

Die UMEL Deutschlands

als Urheberin infamer Verleumdungen über deutsche Ärzte im Ausland

Der Leser wird sich der Verleumdungen erinnern, die unter der Urheberschaft der UMEL Deutschlands, die durch die Herren Dr. Sack und Dr. Harless, beide München, vertreten wird, Ende 1964 in einer französischen Zeitung über die Kollegen von Gugel, Jungmann, Meider, Reese und Sewering veröffentlicht wurden. Zahlreiche ärztliche Organisationen, insbesondere Vorstand und Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, hatten in scharfen Erklärungen das Verhalten der UMEL als infame Verleumdung gebrandmarkt (vgl. dazu „Bayerisches Ärzteblatt“ 1965, Heft 3, Seite 218).

Für die UMEL Deutschlands hatten daraufhin die Herren Dr. Sack und Dr. Harless eine Einstweilige Verfügung beim Landgericht München I beantragt und erhalten, wonach die Behauptung verboten werden sollte, daß sie — die UMEL oder eines ihrer Vorstandsmitglieder — die Urheber jenes verleumderischen Artikels seien. Diese Einstweilige Verfügung stützte sich ausschließlich auf die eidesstattlichen Erklärungen der Herren Dr. Sack und Dr. Harless.

Im sogenannten Klageerzwingungsverfahren haben der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. Sewering, und der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Herr Dr. Völlinger, eine Anordnung des Gerichts erwirkt, wonach die UMEL Unterlassungsklage gegen die beiden Herren zu erheben hatte. Diese Klage der UMEL wurde in erster Instanz vom Landgericht München I am 30. September 1965 abgewiesen (vgl. „Bayerisches Ärzteblatt“ 1965, Heft 11, Seite 817 ff). In diesem Urteil hat das Gericht u. a. festgestellt, daß die Klägerin Urheberin des fraglichen Artikels ist.

Gegen dieses Urteil hatte die UMEL Deutschlands, vertreten durch die Herren Dr. Sack und Dr. Harless, Berufung eingelegt. Die Berufung ist nunmehr durch das Urteil des Oberlandesgerichts München vom 18. Oktober 1966 zurückgewiesen worden.

Wir veröffentlichen nachstehend das Urteil in vollem Wortlaut (jedoch ohne Wiedergabe des Tatbestandes, der als bekannt vorausgesetzt wird):

IM NAMEN DES VOLKES

Der 9. Zivilsenat des Oberlandesgerichts München erläßt auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 12. Juli 1966 unter Mitwirkung des Senatspräsidenten Dr. Nitzke als Vorsitzenden und der Oberlandesgerichtsräte Dr. Nagel und Plötz

in dem Rechtsstreit

Deutsche Landesektion der „Union pour une Médecine Européenne Libérale“ (Union für eine freiheitliche europäische Medizin) e. V., vertreten durch den Landessekretär Dr. Peter Sack, München 12, Ganghoferstraße 84, und das Vorstandsmitglied Dr. Harless, Klägerin und Berufungsklägerin, vertreten durch Rechtsanwalt . . .

gegen

1. Dr. Völlinger Friedrich, Prakt. Arzt, 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns,
2. Dr. Sewering Hans-Joachim, Lungenfacharzt, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer,

beide München 23, Königinstraße 85, Beklagte und Berufungsbeklagte,

vertreten durch Rechtsanwalt . . .

wegen Unterlassung

folgendes

Urteil:

- I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Landgerichts München I vom 30. September 1965 wird zurückgewiesen.
- II. Die Klägerin hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.
- III. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

Tatbestand

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, sachlich jedoch nicht gerechtfertigt.

I.

Das Landgericht hat die Klage aus sachlichen Gründen abgewiesen, ohne die Frage zu prüfen, ob die Wiederholungsfahr gegeben ist. Das erscheint nicht angängig. Die Wiederholungsfahr ist Prozeßvoraussetzung; sie ist keine anspruchsbegründende Tatsache, sondern rechtfertigt das für eine Unterlassungsklage erforderliche besondere Rechtsschutzbedürfnis. Dieses Rechtsschutzbedürfnis muß noch im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsgericht vorliegen (RGR Komm. BGB 11. Aufl., Vorbem. vor § 823 Anm. 75; Erman BGB 3. Aufl., Vorbem. vor § 823

Anm. 9 b, dd; Soergel BGB 9. Aufl., § 1004 Anm. 57; RG JW 1933, 1658). Als Prozeßvoraussetzung ist daher die Frage, ob Wiederholungsgefahr gegeben ist, vor Würdigung der sachlichen Voraussetzungen der vorbeugenden Unterlassungsklage zu prüfen.

Die Wiederholungsgefahr ist gegeben, wenn eine ernsthafte, durch Tatsachen begründete Besorgnis weiterer Eingriffe besteht. Nach herrschender Meinung wird im allgemeinen schon aus der Tatsache des stattgefundenen Eingriffs die Befugnis weiterer Eingriffe hervorgehen, wenn nicht das Verhalten des Beklagten eine sichere Gewähr gegen weitere Eingriffe bietet oder die tatsächliche Entwicklung einen neuen Eingriff unwahrscheinlich macht. An die Beseitigung der Wiederholungsgefahr sind stets strenge Anforderungen zu stellen. Die Wiederholungsgefahr wird regelmäßig dann zu bejahen sein, wenn der Beklagte den Antrag auf Klageabweisung mit der Begründung aufrechterhält, die als verletzend beanstandete Handlung sei berechtigt, und zwar auch dann, wenn der Beklagte im Verlauf des Rechtsstreits die Versicherung abgibt, sich der beanstandeten Handlung in Zukunft zu enthalten (BGHZ 1, 241 [248]; 14, 163 [167]; RGZ 115, 416; 170, 319; RG JW 1935, 2738; RG GRUR 1939, 494 [499]; RGR Komm. a. a. O. Vorbem. vor § 823 Anm. 75; Palandt BGB 25. Aufl., Vorbem. vor § 823 Anm. 8 b, ee; Erman a. a. O. Vorbem. vor § 823 Anm. 9 b, dd).

Da die Beklagten nach wie vor Klageabweisung beantragen und sich darauf berufen, ihr von der Klägerin beanstandetes Verhalten sei durch das vorangegangene Verhalten der Klägerin gerechtfertigt, folgt hieraus bereits die Wiederholungsgefahr. Hinzu kommt, daß die Beklagten — auch nach den Beanstandungen der Klägerin — erklärt haben, sie hätten keinen Anlaß, sich von ihren Veröffentlichungen zu distanzieren oder in Zukunft über Urteile nicht zu berichten (Bl. 98). Außerdem hat der Beklagte zu 2) (zugegebenermaßen) auf dem Bayerischen Ärztetag im November 1965 die (frühere) Ansicht aufrechterhalten (Bl. 98).

II.

Aktiv- und Passivlegitimation sind nicht mehr streitig.

Bei der sachlich-rechtlichen Erörterung des Klagebegehrens sind die einzelnen Punkte, in denen die Klägerin von den Beklagten Unterlassung begehrt, gesondert zu behandeln.

1.

Die Klägerin beantragt, den Beklagten durch Urteil zu verbieten, zu behaupten oder zu verbreiten, die Klägerin oder eines ihrer Vorstandsmitglieder sei Urheberin des Artikels „Réveil de nos confrères d'outre-Rhin“ in der Dezember-Ausgabe des französischen Mitteilungsblattes „Médecine et Liberté“. Sie macht dazu (wie schon im ersten Rechtszuge) geltend, unter dem Begriff „Urheberschaft“ sei nicht der geistige Schöpfer zu verstehen, wie das Landgericht angenommen habe. Vielmehr sei darunter, wie sich aus dem Verhalten der Beklagten nach dem Erscheinen des Artikels ergebe, der „Veranlasser“ des Artikels, also derjenige gemeint gewesen, der das Erscheinen des Artikels in der französischen Zeitung veranlaßt habe. Dies sei jedoch weder sie noch eines ihrer Vorstandsmitglieder gewesen.

Diese Ansicht geht fehl.

Nach der Formulierung des Antrages begehrt die Klägerin das Verbot der Behauptung, sie (oder eines ihrer Mitglieder) sei Urheberin des fraglichen Artikels gewesen. Das, was die Klägerin unter dem Wort „Urheber“ verstanden wissen möchte, wäre als Auslegung nur dann gerechtfertigt, wenn sich aus der Erklärung der Beklagten die Behauptung ergäbe, die Klägerin habe die Veröffentlichung des fraglichen Artikels veranlaßt. Rein sprachlich ist die Bedeutung beider Ausdrücke so verschieden voneinander, daß in den Begriff „Urheberschaft“ nicht das hineininterpretiert werden kann, was die Klägerin jetzt zur Begründung ihres Antrags daraus entnehmen möchte. Für die Feststellung des Begriffes „Urheber“ oder „Urheberschaft“ kommt es entscheidend allein darauf an, was unter diesem Begriff objektiv nach dem allgemeinen, natürlichen Sprachgebrauch zu verstehen ist. Danach (also nach dem Sprachgefühl und nicht nach dem Urheberrecht) ist „Urheber“ der geistige Schöpfer eines Artikels oder jedenfalls derjenige, der den Artikel zumindest inspiriert hat. Nicht hingegen ist nach dem allgemeinen Sprachgebrauch derjenige als Urheber anzusehen, der die Veröffentlichung maßgeblich beeinflusst hat.

Wenn die Klägerin in der Berufungsbegründung hierzu geltend macht, die Beklagten seien (nur) darüber verärgert gewesen, daß der Bericht in der Zeitung gestanden habe, die Beklagten hätten immer behauptet, der Artikel sei eine gezielte Aktion der Klägerin, die Beklagten hätten also den Veranlasser des Artikels gemeint, so geht dieser Gedankengang fehl.

Freilich haben die Beklagten daran Anstoß genommen, daß der Artikel in einer Zeitung gestanden hat. Sie haben sich aber nicht über die Tatsache, daß der Artikel in der Zeitung gestanden hat, empört, sondern über den Inhalt des Artikels, zumal dieser Artikel noch dazu in einer französischen erschienen ist. Die Veröffentlichung eines Artikels kann auch logischerweise nicht für sich allein Anlaß zu einer Empörung bieten, sondern gegebenenfalls der Inhalt des Artikels. Daß dieser Inhalt allein die Reaktion der Beklagten ausgelöst hat, zeigt auch der nachfolgende Satz, mit dem die Beklagten das Zustandekommen des Artikels charakterisiert haben:

„Der Artikel läßt eindeutig die Urheberschaft der UMEL Deutschlands erkennen.“

Die KVB — und damit auch die Beklagten — haben nicht so sehr an der bloßen Tatsache der Veröffentlichung Anstoß genommen, als vielmehr an der Substanz dieses Erzeugnisses.

Daß die Klägerin bzw. ihr Landessekretär Dr. Sack Urheber des in der französischen Zeitung erschienenen Artikels in dem vorstehend dargelegten Sinne ist, kann nicht zweifelhaft sein. Das wird nicht nur durch die vorgelegten Schreiben des Dr. Hariess (Bl. 16a/6), Dr. Babiak (Bl. 16a/7) und Dr. Sack (Bl. 16a/8 und 9) bestätigt, sondern auch von der Klägerin selbst nicht in Frage gestellt. Die Klägerin räumt vielmehr ein, daß die einzelnen Tatsachen, die der Artikel in der französischen Zeitung enthält, auf einer Stellungnahme beruhe, die ihr Landessekretär Dr. Sack „an die UMEL-Vorstandsmitglieder“ gesandt hat (Berufungsbegründung S. 3 — Bl. 74). Daraus folgt, daß die Begründung der Klägerin in ihrem Antrag auf Erlaß einer Einst-

weiligen Verfügung zu diesem Punkt unrichtig war. Dort hatte die Klägerin nämlich vorgetragen (Bl. 4 in 6 Q 9/65 LG München I):

„Die Antragstellerin hat weder als Vereinigung noch über die Vorstandsmitglieder persönlich irgend etwas mit dem Artikel ‚Erwachen unserer Kollegen jenseits des Rheins‘ zu tun.“

Die Klägerin macht in diesem Zusammenhang geltend, der Bericht habe „streng vertraulich“ sein sollen; er sei durch eine bisher nicht aufgeklärte Indiskretion in die Hand der Redaktion der französischen Zeitung geraten, die die Veröffentlichung vorgenommen habe. Dieser Einwand ist unzulässig.

Gegenüber dem Klagebegehren, den Beklagten zu verbieten, zu behaupten oder zu verbreiten, die Klägerin oder eines ihrer Vorstandsmitglieder sei Urheberin des Artikels, ist dieser Einwand ohne Bedeutung. Hierfür kommt es — wie ausgeführt — allein auf die Frage der Urheberschaft dieses Artikels in dem oben dargestellten Sinn und nicht darauf an, ob und auf welche Weise es zur Veröffentlichung dieses Berichtes gekommen ist. Im übrigen kann die Klägerin sich gegen die bei den Beklagten durch den Artikel ausgelöste Reaktion auch nicht damit verteidigen, die Veröffentlichung beruhe auf einer Indiskretion.

Es kann offen bleiben, ob die Klägerin im Hinblick auf die bei der UMEL bestehende Verpflichtung zur Berichterstattung den Bericht abgegeben und trotz des vertraulichen Charakters mit der Veröffentlichung hat rechnen müssen (vgl. dazu Schriftsatz der Klägerin vom 11. 7. 1966, Bl. 100/102). Die Tatsache, daß es — gleich auf welche Weise — zur Veröffentlichung des Berichtes gekommen ist, fällt jedenfalls in den „Gefahrenbereich“ der Klägerin oder ihrer Vorstandsmitglieder. Der Verfasser dieses Berichts, Dr. Sack, mußte ein solches Risiko um so mehr in den Kreis seiner Erwägungen einbeziehen, als er wußte und beurteilen konnte, in welchem erheblichem Maße sein Bericht abträgliche Mitteilungen für die darin genannten Personen enthielt. Es muß daher der Klägerin — wenn es gegen ihren Willen zur Veröffentlichung gekommen ist — überlassen bleiben, sich wegen der nachteiligen Folgen, die die Veröffentlichung für sie ausgelöst hat, an die Empfänger dieses Berichts (nach ihrer eigenen Darstellung — ist der Bericht „an die UMEL-Vorstandsmitglieder“ gesandt worden — Berufungsbegründung S. 3 — Bl. 74 — nach dem Schriftsatz vom 11. 7. 1966, S. 1 — Bl. 100 — gehören dazu außer Dr. Sack 8 Personen) zu halten, durch deren Verhaltensweise es zu dieser „Indiskretion“ gekommen sein muß. Vom Standpunkt jedes Lesers des Artikels aus und insbesondere der Standesorganisationen der Betroffenen — und damit auch der Beklagten als Vorstandsmitglieder dieser Organisationen — stellt sich der Inhalt des Artikels als Verunglimpfung der Betroffenen dar, die auf den Bericht der Klägerin oder ihres Vorstandsmitglieds Dr. Sack zurückzuführen ist („Urheberschaft“).

Im übrigen erachtet es der Senat für zweifelhaft, ob der von der Klägerin an die UMEL-Vorstandsmitglieder übersandte Bericht tatsächlich vom Absender nur für den internen Gebrauch gedacht war. Dagegen spricht die Tatsache, daß der in der französischen Zeitung erschienene Artikel in der „Wir-Form“ abgefaßt ist und am Schluß den Appell enthält, der begrifflich nur ein solcher der Klägerin und nicht der ausländischen Ärzte sein kann. In der Fußnote der französischen Fas-

sung (Bl. 10a/4 S. 2) findet sich zudem der ausdrückliche Hinweis „UMEL allemande — Section de l'UMEL Europe“.

Da sonach die Behauptung der Beklagten, die Klägerin — oder eines ihrer Vorstandsmitglieder — sei Urheberin des fraglichen Artikels in der französischen Zeitung, nichts Unwahres enthält, hat die Klägerin keinen Anspruch darauf, den Beklagten eine solche Behauptung zu verbieten. Das Landgericht hat somit zu Recht die Klage in diesem Punkt als unbegründet erachtet.

2.

Die Klägerin begehrt weiterhin ein Verbot gegen die Beklagten, zu behaupten oder zu verbreiten, die Klägerin habe den Beklagten zu 2) oder Dr. Meider infam verleumdet und in niederträchtiger und schändlicher Weise versucht, den Beklagten zu 2) mundtot zu machen und auszuschalten.

Es erscheint zweckmäßig, die beiden Angelegenheiten, und zwar des Beklagten zu 2) und Dr. Meiders, getrennt zu behandeln.

a) Beklagter zu 2):

Daß die Äußerung, jemand habe einen anderen „infam verleumdet“ und „in niederträchtiger und schändlicher Weise versucht“, jemanden mundtot zu machen und auszuschalten, an sich eine Behauptung mit beleidigendem Inhalt darstellt, deren Unterlassung verlangt werden kann, bedarf keiner Ausführung. Im vorliegenden Fall liegen jedoch den Erklärungen der KVB — und damit der Beklagten — vom 5. 3. 1965 (Bl. 16a/1) und des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer (Bl. 16a/2) der Bericht in der französischen Zeitung mit der Überschrift „Erwachen der Kollegen jenseits des Rheins“ zugrunde, der bezüglich des Beklagten zu 2) folgenden Absatz enthielt (Bl. 16a/5 S. 5):

„Die treibende Kraft dieser Aktion ‚Kampfgemeinschaft‘ war Dr. Sewering, Präsident der Ärztekammer Bayern, Präsident der Kassenärztlichen Vereinigung Oberbayern, Vizepräsident der Bundesärztekammer, gegenwärtig Generalsekretär im Ständigen Ausschuß der Ärzte im Gemeinsamen Markt und früher, nach einer Erklärung des ehemaligen SA-Standartenführers Dr. Wallnöfer, SS-Sturmführer der ‚Reiter-SS‘, der seinen ständigen Wohnsitz in Dachau, Oberanger 14, hat.“

Die Aufzählung sämtlicher führender Positionen, die der Beklagte zu 2) in Standesorganisationen auf hoher und höchster Ebene innehat, insbesondere die Erwähnung der Tatsache, daß der Beklagte zu 2) Generalsekretär im Ständigen Ausschuß der Ärzte im Gemeinsamen Markt ist und der gleichzeitige Hinweis darauf, daß der Beklagte zu 2) SS-Sturmführer der Reiter-SS war, der seinen ständigen Wohnsitz in Dachau hat, kann beim Erscheinen eines solchen Artikels in einer französischen Zeitung nur zu dem Schluß führen, daß der Beklagte zu 2) als führende Persönlichkeit so hohe Ämter bekleidet, obwohl er SS-Sturmführer war. Dabei ist nicht von wesentlicher Bedeutung, ob der Beklagte als Angehöriger der Reiter-SS und nicht einer anderen Organisation der SS bezeichnet worden ist. Vom Ausland wird jede Zugehörigkeit zu einer Organisation der SS als im höchsten Maße diffamierend angesehen, ohne daß das Ausland Unterschiede bei den einzelnen Organisationen macht. Ebenso selbstverständlich muß bei jedem ausländischen Leser einer solchen Mitteilung,

der zudem der Halbsatz angefügt ist „der seinen ständigen Wohnsitz in Dachau hat“ zwangsläufig der gedankliche Schluß ausgelöst werden, dieser SS-Sturmführer stehe im Zusammenhang mit dem im Ausland hinlänglich bekannten Komplex „Dachau“.

Schlechthin abwegig ist es, wenn die Klägerin dazu ausführen läßt, sie habe den Hinweis auf Dachau als ständigen Wohnsitz des Beklagten zu 2) für erforderlich gehalten, „weil der Beklagte zu 2) seinen Wirkungskreis in München und nicht in Dachau hat“ (Berufungsbegründung S. 5 — Bl. 76).

Die Klägerin stellt nicht in Abrede, daß in dem Bericht Dr. Sacks an die UMEL-Vorstandsmitglieder eine solche Mitteilung tatsächlich enthalten war. Unbestritten ist auch, daß der Beklagte zu 2) nicht SS-Sturmführer war, sondern (als junger Student) als einfacher SS-Mann — ohne Dienstrang — der Reiter-SS angehört hat. Die in dem Bericht enthaltene Mitteilung war daher falsch.

Hiergegen macht die Klägerin geltend, sie habe nicht selbst diese Behauptung aufgestellt, sie habe vielmehr mitgeteilt, daß der frühere SA-Standartenführer Dr. Wallnöfer dieses gesagt habe, was sie unter Beweis stelle.

Dieser Einwand schlägt nicht durch.

Zwar trifft es zu, daß es in dem Artikel der französischen Zeitung heißt:

„...früher, nach einer Erklärung des ehemaligen SA-Standartenführers Dr. Wallnöfer, SS-Sturmführer der Reiter-SS...“

Diese Fassung der Mitteilung könnte dagegen sprechen, daß es sich hierbei um ein „Behaupten“ im Sinne des § 186 StGB handelt, weil ein solches regelmäßig nur dann vorliegt, wenn etwas als eigene Meinung hingestellt wird. Zu den Tatbestandsmerkmalen des § 186 StGB gehört aber neben dem Behaupten auch das Verbreiten, das dann gegeben ist, wenn eine von einem andern aufgestellte Behauptung weitergegeben wird, ohne daß zu deren Wahrheitsgehalt positiv Stellung bezogen wird (vgl. dazu: Schönke-Schröder StGB 11. Aufl., § 186 Anm. 6; Leipziger Kommentar StGB § 186 Anm. II 1). Ein solches Verbreiten liegt aber nach dem eigenen Vorbringen der Klägerin in jedem Fall vor, so daß insoweit der Tatbestand des § 186 StGB erfüllt ist. Die Erhebung des angebotenen Beweises (Berufungsbegründung S. 4 — Bl. 75) zu der Behauptung, daß Dr. Wallnöfer eine solche Äußerung auf einer Ärzteversammlung tatsächlich getan habe, ist daher nicht veranlaßt.

Die Klägerin bzw. ihr Landessekretär Dr. Sack hat aber nicht nur eine fremde Wahrnehmung kommentarlos weitergegeben, sondern sie sich auch zu eigen gemacht. So enthält der Brief Dr. Sacks vom 2. 2. 1965 an den Direktor der Redaktion der französischen Zeitung „Médecine et Liberté“ in Paris, die diesen fraglichen Artikel „Erwachen unserer Kollegen jenseits des Rheins“ veröffentlicht hat, den (bereits im Tatbestand zitierten) Absatz (Bl. 16a/9 S. 2):

„Aber um auf den neuen Generalsekretär des Ständigen Ausschusses, Herrn Dr. Sewering, zurückzukommen, so handelt es sich um einen ehemaligen SS-Sturmführer der Reiter-SS. Und dabei geht es nicht um eine interne Angelegenheit der deutschen Ärzte. Das ist etwas, was die französischen Ärzte wie auch alle anderen Ärzte Europas angeht.“

Dieser Brief ist ersichtlich nicht nur an den Verlagsdirektor der französischen Zeitung, sondern an alle

Vorstandsmitglieder der UMEL in Paris gesandt worden (vgl. dazu den Verteiler auf dem französischen Text des Schreibens vom 2. 2. 1965, S. 3 — Bl. 10a/8). Bemerkenswert ist an diesem Brief, daß Dr. Sack zwar am Anfang richtiggestellt hat (siehe Zitat im Tatbestand), daß nicht der Chef des Hartmannbundes in Bayern ehemaliger SS-Angehöriger war, sondern der Beklagte zu 2). In dem (vorstehend nochmals zitierten) weiteren Absatz schreibt Dr. Sack über den Beklagten zu 2): „...handelt es sich um einen ehemaligen SS-Sturmführer der Reiter-SS...“ Es wird in diesem Brief also keine Einschränkung dahin gehend gemacht, daß es sich lediglich um die kommentarlose Weitergabe der Behauptung eines anderen handelt. Vielmehr wird diese Feststellung als eigene Behauptung mitgeteilt.

Es bedarf keiner Ausführung, daß die Mitteilung in einer ausländischen (französischen) Zeitung, der Beklagte zu 2) — als Inhaber von hohen, im einzelnen aufgezählten Ämtern in Standesorganisationen — sei früher SS-Sturmführer gewesen, in unmittelbarer Verbindung mit dem Hinweis auf seinen „ständigen Wohnsitz“ Dachau unter Berücksichtigung der dadurch ausgelösten Gedankenverbindung eine ungewöhnlich schwere Diffamierung des Betroffenen darstellt. Diese Herabsetzung wiegt um so schwerer, als die SS-Führer-Eigenschaft (im Zusammenhang mit dem Hinweis auf seinen ständigen Wohnsitz Dachau) einem Mann angelastet wird, der nach dem Kriege nicht nur in Deutschland hohe Ämter bekleidet, sondern auch Generalsekretär im Ständigen Ausschluß der Ärzte in der EWG ist. Deshalb ist die in der Erklärung der KVB vom 5. 3. 1965 enthaltene Behauptung, die Klägerin habe hierdurch versucht, den Beklagten zu 2) mundtot zu machen und auszuschalten — ihrem sachlichen Gehalt nach — nicht zu beanstanden. Daß dieses zumindest im Rahmen der Erwägungen Dr. Sacks als Verfasser des Berichts gelegen hat, wird zudem durch den Inhalt seines bereits erwähnten Briefes vom 2. 2. 1965 an den Direktor der Redaktion der französischen Zeitung bestätigt, zumal sich dort auf der ersten Seite der (schon erwähnte) Satz im Zusammenhang mit dem Beklagten zu 2) findet:

„Es handelt sich also um den Nachfolger des Herrn Dr. ... im Ständigen Ausschluß, was noch schlimmer ist, nachdem dies eine internationale Organisation ist.“

Es bestehen auch gegen die Formulierung „verleumdet“ keine Bedenken. Freilich ist der Tatbestand der Verleumdung im Sinne des § 187 StGB nicht erfüllt. Die Beklagten sind aber keine Juristen und haben das Wort „verleumden“ so, wie es im allgemeinen Sprachgebrauch üblicherweise verwendet wird, nämlich als Kennzeichnung einer schwerwiegenden und weittragenden Herabsetzung, gebraucht. Schon deswegen ist auszuschließen, daß insoweit überhaupt ein strafbares Verhalten der Beklagten hinsichtlich der von ihnen verwendeten Formulierung vorliegt.

Wenn das aber zugunsten der Klägerin angenommen würde, könnten die Beklagten für sich den Schutz des § 193 StGB (Wahrnehmung berechtigter Interessen) in Anspruch nehmen. Freilich weichen die Formulierungen „infam verleumdet“ und „in niederträchtiger und schändlicher Weise versucht“ von der an sich üblichen Form der sachlichen Zurückweisung ehrenkränkender Angriffe ab. Indes muß die Klägerin sich entgegen-

halten lassen, daß ihre Art des Vorgehens (sie muß sich hierbei das Verhalten ihres Landessekretärs zurechnen lassen), wie sie sich aus dem Zeitungsartikel ergab, in Verbindung mit dem (teilweisen) unwahren Inhalt des Berichts eine Reaktion auszulösen geeignet war, die von dem normalen Maß nicht unerheblich abweichen konnte. Hat aber die Klägerin durch den von ihrem Landessekretär inspirierten Artikel, der in einer ausländischen Zeitung erschienen ist, eine solche Reaktion veranlaßt und herausgefordert, so muß sie es hinnehmen, wenn der Angegriffene oder dessen Standesorganisation in gleicher Weise und mit entsprechender Heftigkeit reagiert (vgl. dazu BGH NJW 1964, 1472).

Da sonach die Beklagten sich insoweit auf den Schutz des § 193 StGB berufen können, fehlen für den Klageantrag (Verbot der Behauptung, die Klägerin habe den Beklagten zu 2) infam verleumdet und in niederträchtiger und schändlicher Weise versucht, ihn mundtot zu machen und auszuschalten), soweit es sich um den Beklagten zu 2) handelt, die rechtlichen Voraussetzungen.

b) Dr. Meider:

Das gleiche gilt bezüglich des begehrten Verbotes der Behauptung, die Klägerin habe Dr. Meider infam verleumdet.

Auch für die Beurteilung dieses Teils der zu unterlassenden Behauptung ist der Inhalt des auf die Urheberschaft der Klägerin zurückgehenden Artikels in der französischen Zeitung, soweit er sich auf Dr. Meider bezieht, von maßgebender Bedeutung. Der entsprechende Absatz hat folgenden Wortlaut (Bl. 16a/5):

„Der Präsident der Kontrollkommission der Kassenärztlichen Vereinigung, Herr Dr. Meider aus München, ist gleichzeitig Vizepräsident des Hartmannbundes in München. Dieser ‚Arzt‘ hatte in einem Bescheid der Honorarkürzung an einen Kollegen festgestellt, er arbeite in seiner Praxis ‚nach den Regeln einer wissenschaftlichen Medizin‘ und er fügte hinzu, daß diese Arbeitsweise mit der Kassenmedizin unvereinbar sei, wo es sich insbesondere darum handele, Einsparungen usw. zu machen. Der gleiche Funktionär ließ einen anderen Kollegen etwa 10 000 belgische Franken zahlen, weil er nach seiner Meinung zuviel Medikamente verschrieben hatte. Er hatte nicht eine einzige Verordnung untersucht, sondern lediglich festgestellt, daß dieser Kollege eine gewisse, ihm genehmigte Durchschnittssumme überschritten habe.“

Abgesehen davon, daß der Gesamthalt dieses Absatzes bereits in seiner Diktion einen ehrverletzenden Charakter hat, gilt es im besonderen Maße für die Bezeichnung als „Arzt“ (also in Anführungszeichen). Eine solche Formulierung besagt nichts anderes, als daß Dr. Meider nach Ansicht des Verfassers dieses Artikels kein Arzt ist. Die Form der Abwertung stellt sich als Formalbeleidigung dar; sie bedeutet in Verbindung mit den sonstigen, in Anführungszeichen gesetzten Wendungen in diesem Abschnitt des Artikels eine schwere Beeinträchtigung der Ehre des Betroffenen. Hierbei ist von besonderer Bedeutung, daß Dr. Meider nicht irgendein Arzt ist, der von einem Außenstehenden angegriffen wird, sondern daß Dr. Meider in diesem Artikel ausdrücklich als Präsident der Kontrollkommission der Kassenärztlichen Vereinigung und Vizepräsident des Hartmannbundes herausgestellt und in dieser Eigenschaft angegriffen wird.

Was die Klägerin in diesem Zusammenhang zur vermeintlichen Rechtfertigung dieses Verhaltens vorträgt, geht fehl.

Wenn ein Arzt der Ansicht ist, seine Honoraransprüche seien von der KVB zu Unrecht gekürzt worden, muß er — das ist ein elementarer Grundsatz des demokratischen Rechtsstaats — die ihm zustehenden Rechtsmittel gegen diese Maßnahme ergreifen, also die Sozialgerichte anrufen. Bemerkenswert ist dabei, daß der von Dr. Meider (angeblich) unrichtig Behandelte nicht irgendein Angehöriger der Klägerin war. Vielmehr war dies der Landesleiter Dr. Sack persönlich, der sich durch Maßnahmen Dr. Meiders unrichtig behandelt gefühlt hat. Dr. Sack hat also diesen Vorwurf nicht im Interesse eines anderen Kollegen erhoben, sondern für sich selbst. Davon abgesehen ist es aber ein zu mißbilligendes Verhalten, wenn solche — auf persönlichem Gebiet liegende — Vorkommnisse zum Gegenstand eines Berichts für das Ausland gemacht werden, weil der sich daraus ergebende Tenor nur der sein kann: So schlecht liegen die Dinge in der Bundesrepublik.

Aus diesen Erwägungen heraus erscheint es verständlich, wenn die KVB und die Bayerische Landesärztekammer — und damit die Beklagten — sich mit ihren Erklärungen vom 5. 3. 1965 und vom 13. 3. 1965 als Standesorganisationen bzw. als Vorsitzende dieser Organisationen vor den angegriffenen Kollegen gestellt und das — der Form und dem eingeschlagenen Weg nach — in jedem Fall abzulehnde Verhalten der Klägerin zurückgewiesen haben.

Auch in diesem Fall können die Beklagten den Schutz des § 193 StGB trotz ihrer in sehr scharfer Form erfolgten Zurückweisung für sich in Anspruch nehmen. Insoweit wird auch auf die Ausführungen zu diesem Punkt unter a) Bezug genommen.

Die Klägerin hat somit auch im Fall Dr. Meider keinen Anspruch auf Verbot der Behauptung der Beklagten.

3.

Die Klägerin begehrt schließlich, den Beklagten zu verbieten, zu behaupten oder zu verbreiten, sie, die Klägerin, habe falsche Vorstellungen über das Anstands- und Sauberkeitsgefühl der ausländischen Kollegen.

Diese Äußerung der Beklagten stellt keine Tatsachenbehauptung dar, sondern ein Werturteil. Ob dieses Werturteil ehrverletzenden Charakter hat und damit die Grundlage für einen Unterlassungsanspruch darstellen kann, ist zweifelhaft. Dies kann indes offenbleiben. Auch wenn grundsätzlich der Tatbestand der Beleidigung bejaht wird, können sich die Beklagten in diesem Fall, der gegenüber den vorstehend unter 1) und 2) erörterten Äußerungen der Beklagten im Rahmen der Erklärung der KVB und der Bayerischen Ärztekammer von weit geringerer Bedeutung und Schwere ist, ohne weiteres auf den Schutz des § 193 StGB berufen. Damit entfällt auch in diesem Punkt für die Klage die rechtliche Grundlage.

Da das Landgericht somit zu Recht die Klage auf Unterlassung in allen Punkten abgewiesen hat, ist die Berufung der Klägerin als unbegründet zurückzuweisen.

Kosten: § 97 Abs. 1 ZPO.

Vorläufige Vollstreckbarkeit: § 708 Nr. 7 ZPO.

gez. Dr. Nitzke
Senatspräsident

gez. Dr. Nagel

gez. Plötz
Oberlandesgerichtsräte

Aus der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt Regensburg (Direktor: Regierungsmedizinalkdirektor Dr. med. W. Biechteler)

Schwangerenvorsorge

Zur Bewertung der Antikörpertiter bei der Schwangeren-Immunsierung durch Antigene des Rh-Systems

Von W. Biechteler

Die große Bedeutung der Bestimmung von Rh-Antikörpern im mütterlichen Serum im Rahmen der Schwangerenvorsorge steht — vor allem auch nach dem Erfolg der „Aktion Rhesusfaktor“ in Bayern — seit vielen Jahren außer jedem Zweifel. Sie dient der rechtzeitigen Erkennung von Neugeborenen, die durch das Auftreten eines Morbus haemolyticus neonatorum (Mhn) gefährdet sind. Die diesen Kindern drohende Gefahr des Todes oder der Debität infolge Kernikterus kann durch rechtzeitige Austauschtransfusion wesentlich gemildert, wenn auch nicht ganz behoben werden. Es gelingt erfahrungsgemäß, durch diese therapeutische Maßnahme die Sterblichkeit des Mhn von 70—80% auf 10% und darunter zu senken (MENK 1964). Daß trotz rechtzeitig bekannter Gefährdung immer noch ein Teil der Kinder tot geboren wird, oder trotz Austauschtransfusion unmittelbar nach der Geburt stirbt, zeigen in eindrucksvoller Weise die Zahlen von BÖTTGER (1964).

Im Jahre 1953 schrieb NORDMEYER: „Es bestehen heute noch unüberwindliche Schwierigkeiten für eine Prognose der kindlichen Schädigung“, und 1966 äußerte sich KRAUSE: „Die immer wieder angestellten Versuche, zu einer prognostisch verwertbaren Korrelation zwischen Antikörpertiter-Wert und kindlicher Schädigung zu kommen, haben zu unbefriedigenden Resultaten geführt.“ Anhand der uns vorliegenden Literaturangaben und durch Auswertung eines eigenen Kollektivs wollen wir nun versuchen, den Ursachen für die Schwierigkeit der mütterlichen Antikörpertiterbewertung nachzugehen und zu prüfen, ob die oben angeführten pessimistischen Deutungen der Sachlage gerecht werden.

Das eigene Material wurde aus einer Fragebogenaktion gewonnen, die sich an Ärzte unseres Einsendeberelches wendete, die uns im Rahmen der Schwangerenvorsorge Blutproben mit positivem Antikörperbefund eingesandt hatten. Alle positiven Blutproben wurden mittels Fermenttests (Papain-Zysteintest) und indirekten Coombstests untersucht. Die Titerangaben beziehen sich auf das Ergebnis des indirekten Coombstests. Insgesamt erhielten wir 79 ausgefüllte Fragebogen. Von ihnen erwiesen sich 67 für unsere Auswertung geeignet. Hinsichtlich der Verteilung auf die einzelnen Antikörpertiter ergab sich das in der Tabelle dargestellte Bild.

Im folgenden soll nun unter Auswertung der Tabelle versucht werden, die Kriterien für die Antikörpertiterbeurteilung anhand der verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten aufzuzeigen. Grundsätzliche Voraussetzung für eine Schwangerensensibilisierung im Rh-System ist eine Rh-unverträgliche Schwangerschaft, Bluttransfusion, Injektion oder Implantation. Zahlenmäßig darf die Gefahr allerdings nicht überschätzt wer-

den, da bekanntlich auch in Rh-unverträglichen Ehen nur etwa 5% der Frauen mit Antikörperbildung reagieren.

Es bestehen folgende Kombinationsmöglichkeiten:

1. Positiver Antikörpertiter — geschädigtes oder totes Kind (Echte Immunsierungen)

Diese Kombination ist erwartungsgemäß am häufigsten und umfaßt in unserer Tabelle 47 von insgesamt 67 Immunsierungen. Die Schwerpunkte der Titer lagen bei 1:32 und 1:64, die Streuung erstreckte sich jedoch von 1:4 bis 1:2048. Die mütterlichen Titer bei den toten geborenen oder kurz nach der Geburt verstorbenen Kindern bewegten sich zwischen 1:64 und 1:1024. Eine feste Beziehung zwischen der Höhe des Antikörpertiters und der Schwere der kindlichen Erkrankung besteht nicht. Trotz niedriger Titer kommen gelegentlich schwergeschädigte oder tote Kinder zur Welt (PFAU 1949, ZACHARIAS 1954 u. a.). In unserem Untersuchungsgut betrug die Zahl der Totgeburten oder kurz nach der Geburt Verstorbenen 8, bei einer Gesamtzahl von 67 immunisierten Müttern.

Die Immunsierung der Schwangeren erfolgt meist erst gegen Ende der Schwangerschaft. Daher haben im 7. bis 8. Schwangerschaftsmonat entnommene Blutproben die größten Aussichten für einen positiven Antikörpernachweis. Hohe und anstehende Titer sowie ein eventueller Titersturz in den letzten Wochen der Schwan-

Kinder	Antikörpertiter in der mütterlichen Serumverdünnung										Insges.
	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	1:256	1:512	1:1024	1:2048	
gesund	7	4	2	2	2	1	1	0	0	1	20
an Mhn erkrankt (Austauschtransfusion)	4	2	5	8	9	1	5	2	2	1	39
wegen Mhn tot geboren od. kurz nach der Geburt verstorben	0	0	0	0	1	2	2	1	2	0	8
											67

Zusammenstellung der mütterlichen Antikörpertiter bei Schwangeren mit gesunden bzw. an Mhn erkrankten oder gestorbenen Neugeborenen

gerschaft werden allgemein als besonders gefährdend angesehen (Nordmeyer 1953, Böttger 1965).

Die Rh-Sensibilisierung verteilt sich nicht gleichmäßig auf Erstschwangere und Mehrgebärende. Nur etwa 10% der Immunisierten sind Erstschwangere (Böttger 1964). Bei Mehrgebärenden nimmt — vor allem bei Reinerbilgkeit (DD) des Mannes — die Schwere der Erkrankung laufend zu, bis schließlich mit natürlich ausgehenden, lebensfähigen Kindern nicht mehr zu rechnen ist. Weisen Erstschwangere eine „leere“ Anamnese auf — also keine unverträglichen Bluttransfusionen usw. —, so können vor dem 4. Schwangerschaftsmonat durch den blutgruppenunverträglichen Feten keine Rh-Antikörper im mütterlichen Blut gebildet werden, denn die fetalen Blutkörperchen erhalten erst im 3. Fetalmonat ihr Rh-Gepräge (DAHR 1950). Vorher ist eine Immunisierung der Mutter nicht möglich. Im Zweifelsfall kann man also durch einen Antikörpersuchtest vor dem 4. Schwangerschaftsmonat bei Erstgebärenden feststellen, ob es sich um eine echte Immunisierung handelt.

Der Anteil der echten Immunisierungen an der Gesamtzahl der nachgewiesenen Sensibilisierungen im Rh-System dürfte etwa 70—75% betragen. Der Rest verteilt sich auf die nun zu besprechenden übrigen Kombinationsmöglichkeiten.

2. Positiver Antikörpertiter — gesundes Kind (Unechte Immunisierungen)

Der Begriff „unechte“ Immunisierung scheint uns zutreffender, als der gelegentlich verwendete Ausdruck „unspezifisch“. Letztlich entstehen alle Rh-Immunisierungen durch spezifische Antikörper des Rh-Systems, meist durch den Rh-Faktor D, sei es durch unverträgliche Schwangerschaften oder Bluttransfusionen, Injektionen usw. Die zur Erzielung einer Rh-Sensibilisierung erforderliche Mindest-Blutmenge ist offenbar sehr gering (STARK 1951) und wird von DIAMOND (zit. nach PROKOP 1963, S. 145) auf nur 0,05 ml (1 Tropfen) geschätzt. Eine andere Frage ist, inwieweit die einmal gebildeten Antikörper in der Lage sind, das Kind zu schädigen. Der Begriff des „unechten“ bezieht sich daher nur auf die jeweilige konkrete Schwangerschaft, denn im Hinblick auf die späteren Schwangerschaften können derartige Antikörper bei ein und derselben Frau durchaus Anlaß zu einem Mhn des Neugeborenen geben, von den möglichen antikörperbedingten Zwischenfällen im Transfusionswesen ganz abgesehen. Zahlenmäßig machen diese unechten Immunisierungen etwa 25—30% aller Rh-Sensibilisierungen aus. Bei den von KRAUSE (1966) geschilderten 20 Müttern mit Rh-Antikörpertitern von 1:1 bis 1:512 erwiesen sich 7 Kinder, also nahezu ein Drittel, nicht geschädigt. Ähnlich sieht es in unserem eigenen Material aus: Von 67 nachgewiesenen mütterlichen Immunisierungen mit Titern von 1:4 bis 1:2048 waren 20 unecht, d. h. es wurden trotzdem gesunde Kinder geboren. Dieses Verhältnis steht in guter Übereinstimmung mit HÖRMANN (1957), der mit unspezifischen oder anamnesticen Reaktionen in Höhe von 25—30% aller nachgewiesenen Sensibilisierungen rechnet. Im Untersuchungsgut von PREISLER (1953), das 23 Frauen mit Rh-Antikörpern umfaßt, trat nur bei 13 Kindern ein Mhn auf.

Was die Häufigkeit der einzelnen Titer anlangt, so dominieren in unserem Material im Gegensatz zu den

echten Immunisierungen die niedrigen Titer von 1:4 und 1:8 mit 11 von insgesamt 20 Fällen unechter Immunisierungen. Sehr undurchsichtig werden aber die Verhältnisse durch die Tatsache, daß gelegentlich auch hohe Titer, Titersteigerungen während und Titerabfall gegen Ende der Schwangerschaft trotz Rh-negativer Feten vorkommen. Über derartige Beobachtungen haben DAHR (1949), SPEISER (1951), PREISLER (1953), NORDMEYER (1953) und ZACHARIAS (1954) berichtet.

Dabei tritt als Folgeerscheinung eines vorangegangenen immunisierenden Reizes (Schwangerschaft mit Rh-positivem Kind, unverträgliche Bluttransfusion usw.), der spezifische Antikörperbildung bewirkt hatte, eine sogenannte anamnestiche Reaktion auf. Es ist im Prinzip dasselbe Phänomen, wie wir es vom Nachweis der gegen Bakterien gerichteten Antikörper (Agglutinine) mittels der WIDALSchen Reaktion gelegentlich beobachten: Die spezifischen Typhusbakterien-Antigene haben z. B. nach Überstehen eines Typhus abdominalis oder auch nach Typhus-Schutzimpfung entsprechende spezifische Typhusantikörper im menschlichen Serum erzeugt. Ein späterer unspezifischer Reiz, z. B. eine hochfieberhafte Grippe, kann nun in seltenen Fällen unspezifisch diesen von früher noch vorhandenen Antikörpertiter erneut in die Höhe treiben. Man kann also die anamnestiche Reaktion kurz als unspezifische Steigerung eines vorhandenen spezifischen Titers umreißen. Es ist in diesem Zusammenhang interessant, daß die höchste jemals beobachtete Rh-Titersteigerung von 1:1000000 unspezifischer Natur war (Hörmann 1957).

Ähnlich wie bei den bakteriell erzeugten Antikörpern ist es auch in der Schwangerschaft. Hier bewirkt der Reiz der neuen Schwangerschaft — auch mit einem Rh-negativen Kind — die unspezifische Steigerung eines bestehenden Titers. Wechsel von Rh-negativem und Rh-positivem Kind kommen in einer Ehe mit Rh-negativer Frau nur bei mischerbiger Erbanlage des Ehemannes (Dd) vor. Derartige anamnestiche Reaktionen werden naturgemäß nicht bei Erstschwangeren mit „leerer“ Anamnese, sondern fast ausschließlich bei Mehrgebärenden mit belastender Vorgeschichte beobachtet.

Trotz der Behauptung von Spelser und Nordmeyer, daß anamnestiche Reaktionen ein überaus seltenes Ereignis seien, erlebten wir im Rahmen der Schwangerenvorsorge-Untersuchungen innerhalb von 1½ Jahren 2 Fälle dieser Art, obwohl wir aus äußeren Gründen nur etwa die Hälfte unserer positiven Antikörperbefunde auswerten konnten. Diese beiden Fälle können gut als praktische Beispiele für das über die anamnestiche Reaktion Gesagte dienen:

I. Fall — Ursula G.:

Blutformel A, Rh-negativ: Cde/cde, Kell negativ, Duffy positiv, 4. Schwangerschaft. Über die vorangegangenen Schwangerschaften und die sonstige Vorgeschichte wurde leider nichts bekannt.

Indirekter Coombstest positiv (27. 8. 1965)

am 27. 8. 1965 Titer 1:512

am 10. 11. 1965 Titer 1:1024

am 27. 11. 1965 Titer 1:2048

Am 5. 1. 1966 Entbindung durch sectio: Neugeborenes gesund, Rh-negativ!

Besser geklärt und noch interessanter ist der

2. Fall — Helga E.

Blutformel 0, Rh-negativ: Cde/cde
 Blutformel des Ehemannes 0, Rh(D)-positiv
 Geburt des 1. Kindes Günter am 12. 3. 1961:
 Blutformel: 0, Rh(D)-positiv, gesund
 Geburt des 2. Kindes Angelika am 25. 3. 1962:
 Blutformel: 0, Rh(D)-positiv, nach 24 Stunden Mhn,
 Austauschtransfusion, gesund
 Jetzt 3. Schwangerschaft mit folgendem Titerverlauf:
 Indirekter Coombstest am:
 12. 10. 1964 positiv, Titer 1:64
 18. 11. 1964 positiv, Titer 1:160
 10. 12. 1964 positiv, Titer 1:640 (!)
 18. 1. 1965 positiv, Titer 1:160
 18. 2. 1965 positiv, Titer 1:160
 16. 3. 1965 positiv, Titer 1:80
 12. 4. 1965 positiv, Titer 1:40
 5. 5. 1965 positiv, Titer 1:32
 Am 24. 5. 1965 Geburt eines gesunden Rh-negativen Knaben.

Die belastende Vorgeschichte, der Titeranstieg bis 1:640 und der Abfall bis zur Geburt hätten hier ein schwer geschädigtes Kind erwarten lassen. Offenbar ist der Ehemann heterozygot Rh-positiv (Dd).

Die beiden Beispiele zeigen, daß die unspezifischen Antikörpertiterverläufe weitgehend die Titer bei spezifischer, echter Immunisierung nachahmen können, ohne daß wir derzeit in der Lage wären, die echten von den unechten Immunisierungen zu unterscheiden.

Da wir in unserem eigenen Material nur bei einem Bruchteil der Neugeborenen die Blutgruppe in Erfahrung bringen konnten, können wir über die Häufigkeit derartiger unechter Immunisierungen (zum Teil mit Titersteigerungen und Rh-negativen Kindern) nur sagen, daß es in unserem Untersuchungsgut mindestens 6 von insgesamt 20 Fällen aus der Gruppe „Positiver Antikörpertiter — gesundes Kind“ waren.

Nachdem Preisler (1953) in seinem Material von 23 Rh-Immunisierungen 6 Frauen mit Rh-negativem Kind beobachtete, kann man wohl nicht mehr — wie oben erwähnt — von einem überaus seltenen Ereignis sprechen. Interessant ist, daß Preisler auch 2 Immunisierungen mit gesunden Rh-positiven Kindern sah, trotz eines Antikörpertiters von über 1:8. KRÜPE (1963) berichtete über eine VIII-para, die nach 2 normalen und 5 geschädigten Kindern ein gesundes Rh-positives Kind von demselben reinerbigen Mann bekam. Trotz gesundem Neugeborenen kann in diesen Fällen sogar der direkte Coombstest bei Rh-positivem Kind stark positiv sein (Prokop 1963).

Hörmann (1957) erklärt diese Fälle mit einer mangelnden Krankheitsbereitschaft der Frucht, Krüpe seinen Fall mit der alleinigen Bildung von kompletten Rh-Antikörpern, die bekanntlich die Plazenta nicht passieren.

Unter Berücksichtigung dieser Sachlage wird man aus der Sicht des Laboratoriumsarztes bei Mitteilung von positiven mütterlichen Antikörperbefunden dem einsendenden Kollegen besser nicht schreiben — wie BERNDT (1964) dies vorschlug — „daß bei der Geburt ein Kind mit einer hämolytischen Erkrankung zu erwarten ist“, sondern vorsichtiger, „daß die Gefahr eines Mhn beim Neugeborenen besteht“.

3. Negativer Antikörpertiter — geschädigtes Kind

Dieser Kombination entsprechende Fälle scheinen sehr selten zu sein, sind aber immerhin in der Literatur beschrieben (Dahr 1949, Thomaschek 1962). Die Erschei-

nung wird so zu erklären versucht, daß nach mehreren vorangegangenen Schwangerschaften mit Mhn-Kindern die Antikörper aus dem mütterlichen Serum sofort und vollständig auf das Kind übertreten. Vielleicht ist allerdings derartige Angaben — vor allem wenn sie schon weiter zurückliegen — mit entsprechender Vorsicht zu begegnen, da die Nachweismethoden und die Testseren in der letzten Zeit zweifellos vervollkommen wurden. Auch das sogenannte „Zonenphänomen“, d. h. Auftreten positiver Reaktionen — paradoxerweise erst in höheren Serumverdünnungsstufen —, kann heute durch entsprechende Technik als methodische Fehlerquelle im Laboratorium ausgeschaltet werden. Für den Antikörpernachweis im Labor können nur indirekter Coombstest und Fermenttest zusammen optimale Ergebnisse zeitigen.

Das Auftreten eines Mhn beim Neugeborenen, trotz fehlenden Antikörpernachweises in den letzten Monaten vor der Geburt, dürfte im Rahmen der blutgruppen-serologischen Schwangerenvorsorge heute ein äußerst seltenes Ereignis sein. In unserem Beobachtungsgut haben wir bisher keinen derartigen Fall angetroffen. Man muß vielmehr FISCHER (1963) zustimmen: „Das Fehlen von Rh-Antikörpern gegen Ende der Schwangerschaft schließt eine Schädigung des Kindes mit großer Wahrscheinlichkeit aus.“

4. Negativer Antikörpertiter — gesundes Kind

In diese Gruppe gehört die große Masse der Schwangerschaften Rh-negativer Frauen aus Rh-unverträglichen Ehen. Der Anteil dieser Ehen an der Gesamtzahl der Ehen beträgt etwa 13%. Setzt man diese 13% Frauen gleich 100, so antworten nur 5 von ihnen auf ein Rh-positives Kind mit Sensibilisierung, das sind etwa 0,65% aller Schwangeren. In Wirklichkeit liegt die Zahl der gefährdeten Kinder dieser 0,65% aller Schwangeren aber noch niedriger, da 47,6% (Prokop 1963) aller Ehemänner hinsichtlich ihrer Rh-Konstellation als mischerbig (Dd) anzusehen sind. Aus Ehen von Rh-negativen Frauen (dd) mit mischerbig Rh-positiven Männern (Dd) entstehen im Durchschnitt 50% Rh-positiv und 50% Rh-negative Kinder. Nur die Rh-positiven Kinder sind aber durch Mhn gefährdet. Nach Nordmeyer (1953) erkranken nur 3 von 1000 Neugeborenen, also 0,3% an einem Mhn im Rh-System.

Schlußfolgerungen

Unsere Betrachtungen lassen erkennen, wie schwierig es im konkreten Einzelfall ist, aus einem nachgewiesenen Rh-Antikörpertiter und seinem Verlauf eine Prognose hinsichtlich der zu erwartenden Schädigung des Neugeborenen zu stellen. Es scheint sicher zu sein, daß nur etwa 70—75% der Fälle mit positiven Antikörpertitern zu einem Mhn führen. So ist es auch vorerst nicht zu vermeiden, daß etwa 25—30% der Klinikeinweisungen von Müttern mit positivem Antikörperbefund sich nach der Entbindung insoweit als unnötig erweisen, als gesunde Kinder geboren werden, die auch nach der Geburt gesund bleiben. Weder die Titerhöhe noch das Ansteigen der Titer während der Schwangerschaft sind hinreichend sichere Kriterien, und der prognostisch besonders ungünstig angesehene Titersturz wird gelegentlich durch eine anamnestiche Reaktion imitiert. Es muß nach weiteren Kriterien für eine sichere Prognose hin-

sichtlich der kindlichen Schädigung gesucht werden. Ob die von Krause (1966) als sicherste und wichtigste Methode zur antenatalen Diagnose des Mhn angesehene Amniozentese mit anschließender Spektralfotometrie des Fruchtwassers allgemeine Anerkennung finden wird, bleibt abzuwarten. Um die einzig bedeutsamen echten Immunisierungen immer sicher aus der Gesamtzahl der Mütter mit positivem Antikörpertiter herauszufinden, bedarf es möglichst vieler Einzeldaten anamnestischer, erbblologischer (Blutformel des Vaters und der bisherigen Kinder) und serologischer Art (Titerverlauf). Je zahlreicher die Kriterien, um so beweiskräftiger ist die Gesamtbeurteilung. Für die Schwangerenvorsorge ergeben sich daraus folgende Forderungen:

1. Erhebung einer in Richtung Mhn „gezielten“ Anamnese.
2. Bei belastender Vorgeschichte Anstellung eines Antikörpersuchtestes bereits in den ersten drei Monaten der Gravidität, eventuell auch in der schwangerschaftsfreien Zeit und vierwöchentliche Kontrolle während der Schwangerschaft (zur Erfassung eines eventuellen Titersturzes in den letzten Wochen vor der Entbindung auch öfters).
3. Bei jeder Schwangeren im 7. oder 8. Schwangerschaftsmonat Antikörpersuchtest, im positiven Fall Kontrollen wie unter Nr. 2.
4. Bestimmung der Blutformel des Ehemannes und der bisher geborenen Kinder bei jedem positiven Antikörpernachweis.
5. Einweisung zur Entbindung in eine Klinik mit Möglichkeit zur Austauschtransfusion in jedem Fall von Antikörpertitern von 1:4 und darüber.
6. Enge Zusammenarbeit zwischen einweisendem Arzt, Geburtshelfer und blutgruppenserologischem Labo-

ratorium, besonders bei diskrepanten oder schwer zu deutenden Befunden.

7. Die Kenntnis der Blutformel jedes Staatsbürgers (z. B. grundsätzliche Bestimmung bei Schuleintritt) würde die Schwangerenvorsorge vereinfachen und einer wirksamen Verhütung des Mhn zugute kommen.

Zusammenfassung

Es werden die Schwierigkeiten bei der Bewertung von positiven mütterlichen Antikörpertitern aufgezeigt. Etwa 25—30% der mütterlichen Immunisierungen sind unecht und ohne Bedeutung für das Kind. Eine sichere Trennung der echten von den unechten Sensibilisierungen vor der Geburt ist zur Zeit nicht möglich. Die derzeitigen Grundlagen für die Beurteilung von Antikörperbefunden und die daraus zu ziehenden Schlußfolgerungen werden dargestellt.

Schrifttum:

1. BERNDT: Arch. Hyg. 148, 357 (1964)
2. BÖTTGER: Bayer. Ärzteblatt 9, 644 (1964)
3. BÖTTGER: Bayer. Ärzteblatt 9, 622 (1965)
4. DAHR: Dtsch. Med. Wschr. 39, 1162 (1964)
5. DAHR: Münch. Med. Wschr. 92, 945 (1960)
6. FISCHER: Dtsch. Med. Wschr. 52, 2529 (1963)
7. HÖRMANN: Med. Klin. 36, 1672 und 1715 (1967)
8. KRAUSE W.: Münch. Med. Wschr. 17, 960 (1966)
9. KRÜPE: Das ärztl. Labor. 5, 164 (1963)
10. MENK: Münch. Med. Wschr. 32, 1393 (1964)
11. POHL: Dtsch. Ges. Wes. 8, 304 (1963)
12. PFAU: Dtsch. Med. Wschr. 13, 369 (1949)
13. PREISLER: Dtsch. Ges. Wes. 8, 420 (1963)
14. PROKOP und UHLENBRUCK: „Lehrbuch der menschlichen Blut- und Serumgruppen“ Edition Leipzig 1963
15. SPEISER: Z. Imm. Forsch. 108, 259 (1961)
16. STORK: Dtsch. Med. Wschr. 15, 517 (1961)
17. THOMASCHEK: Münch. Med. Wschr. 20, 960 (1962)
18. ZACHARLIS: Dtsch. Ges. Wes. 9, 1419 (1964)

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Walter Biechteler, Regierungsmedizinalkommissar, Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt, 84 Regensburg, Landshuter Str. 22

Die 17. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg der Bayerischen Landesärztekammer

findet vom 9. bis 11. Dezember 1966 unter der wissenschaftlichen Leitung von **Professor Dr. Schubert** statt

Themen: Therapie der Erkrankungen der Leber und der gallenabführenden Wege
Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen
Wohlstand und Krankheit

Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85

Automation – eine medizinische Provokation?

Ablösung des Arztes durch die Technik?

Von Bruno Leo Friton, VDI

„Die Menschheit ist stolz auf Maschinen, die selbstständig denken — aber sie ist bestürzt, wenn ein Mensch es tut.“

Der diesjährige Deutsche Ingenieur-Tag zu Berlin, Mitte Mai, hatte in 17 Vortragsgruppen als Hauptgedanken: „Automatisierung — Aufgabe des Ingenieurs.“ Es wurden in vielseitigen Lösungswegen die breiten ingenieurwissenschaftlichen Grundlagen der Automation dargelegt.

Die Spezialisierung in Technik und Wissenschaft geht schon so weit, daß jedermann heilfroh ist, wenn er sein ureigenes Arbeitsgebiet gerade noch übersehen kann. Bei aller persönlichen Aufgeschlossenheit übergeordneten technisch-wissenschaftlichen Aufgaben gegenüber, entscheiden doch bedauerlicherweise in vielen Fällen unverselle Fülle der Fragen des Spezialgebietes und eigene Arbeitslast darüber, wie weit man an sich noch über den Zaun hinweg in benachbarte oder gar fernerliegende Territorien blicken kann und darf. Nachdem Verfasser auf den Tag — als einziger bayerischer Arzt — 15 Jahre Mitglied der größten deutschen wissenschaftlichen Gesellschaft, i. e. des Vereins Deutscher Ingenieure, ist, ließ er es sich — als „Arztingenieur“ — nicht nehmen, diese große Chance der Automatisierung wahrzunehmen, um dann seine Gedanken zum Deutschen Ingenieur-Tag vom Luginsland Berlin der Gesamtkollegenschaft mitzutellen. Er dachte dabei auch an frühere Kongreßthemen: „Konstruieren — schöpferische Ingenieurarbeit“ und „Fertigung — Verwirklichung schöpferischer Gedanken“ u. a.

In dem Buch „Moderne Arztpraxis, Wege zur Rationalisierung“ (Verlag für Gesamtmedizin) habe ich im Jahre 1961 ausführlich „Allgemeine Gesichtspunkte“ der Rationalisierung in der Medizin für die Medizin erläutert. Über das Automations-Phänomen ist seit Aufkommen des Begriffs in den fünfziger Jahren auch in Ärztekreisen wohl viel diskutiert, aber immer noch nicht aufschlußreich genug geschrieben worden. Automation ist nämlich keine Frage, die man allein mit ja oder nein beantwortet, keine Aufgabe, die man schlechthin so oder so lösen kann; sie ist nichts anderes als Rationalisierung mit den modernsten Mitteln von Technik und Wissenschaft, auf dem Wege der medizinischen Entwicklung. Auch wir Ärzte müssen uns, ob wir jetzt wollen oder nicht, endlich ernst mit der Automation auseinandersetzen und dabei bestrebt sein, ihren wirkungs- und sinnvollen Einsatz allmählich zu ermöglichen.

„Technik ist die Bestätigung der Schöpferkraft des Menschen, die im Rahmen der Naturgesetze und im Dienste menschlicher Daseinsbewältigung eine von menschlicher Zwecksetzung bestimmte Wirklichkeit in und neben der Naturwirklichkeit schafft“ — sic: P. WILPERT, Köln. Es kommt demnach auf uns an, was wir, aufs Ganze gesehen, mit den Instrumenten machen; denn auch unsere jetzige Welt ist machbar. In diesem Sinne ist Automation eine Macht, die ständig

macht. Selbstverständlich können in diesem Gedankenaustausch hier nicht alle damit zusammenhängenden Fragen erörtert werden. Sinn dieser Information ist vielmehr, einige Anregungen, ja vielleicht nur einen Anstoß zu geben.

Was ist Automatisierung? Eine eindeutige, gleichermaßen klare und auch kurze Antwort kann freilich auch durch diese Abhandlung nicht gegeben werden. Zu verschieden sind die Ziele der Menschen, die sich der Automation zuwenden. Automatisierung ist nur Technik. Jedes Instrument, jedes Gerät ist ein technischer Apparat, eine starr programmierte Maschine. Nie zuvor waren die Grenzen der medizinischen Technik aber so weiträumig gezogen wie heute. Sie reichen von der dünnsten Nadel bis zur gewaltigen Kobaltschleuder. Aber solche Technik hat nur dann einen Sinn, wenn sie unser Leben erleichtert, es schöner und erfreulicher gestaltet. Obwohl es fast unlösbare Aufgaben stellt, erfüllt auch uns alle das immense Wachstum der medizinischen Technik doch mit Stolz! Denn gerade unserer Technik wohnt ein unabdingbares Endziel inne: Hilfe für den Nächsten.

Ergo ad obsistendum voluntati medicorum Hallelujah!

Bei der Umstellung einer „Fertigungsstätte“ auf vollautomatische Fabrikation müssen nach Professor LINSKY folgende Gesichtspunkte unbedingt beachtet werden: Standardization, simplification, flexibility, reuse and quick setup. Alle „Fertigungsläufe“ sollen von selbstständig „denkenden“ Kontrollgeräten fehlerfrei und präzise überwacht, alle Vorgänge mit unveränderlicher Regelmäßigkeit auf Millimeter- und Sekundenbruchteile von mechanisch „dressierten Arbeitsgehirnen“ ausgeführt werden. Die Anwendungsmöglichkeiten der automatischen Techniken sind je nach dem Anwendungsgebiet sehr unterschiedlich.

In der Medizingeschichte gab es mannigfaltige Zeiträume, in denen gewisse Spezialitäten florierten. Die Antike lieferte Beiträge zur Konstitutionslehre; das Ende des Mittelalters brachte reine Erkenntnisse der Anatomie; das 16.—18. Jahrhundert förderte Physiologie und Ontologie; die 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts erbrachte die Entwicklung der Wundarznei, das Ende derselben schuf die Keimlehre, die Serumdiagnostik und -therapie. Die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts ist neben Biochemie (Antibiotika) und Seelenheilkunde durch Röntgenologie, Elektronenmikroskopie (Virusforschung) und Ultraschall, Instrumentologie und Apparatebau charakterisiert. Die zweite Hälfte des Säkulums ist gekennzeichnet durch Elektronik und Atomreaktion. Das Zeitalter der Technik umfaßt natürlich auch in der Iatrik die Gesamtheit der Maßnahmen, welche die sich in stetem Erschaffen und Verändern kundtuende, universelle Schöpferkraft — aufgrund genauester Einhaltung der Naturgesetze — in den Dienst menschlicher Zwecke stellt. Vom griechischen Altertum bis in unsere Tage ist ein sehr weiter Weg. Instrumentierung, Mechanisierung, Rationalisierung und Auto-

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

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

Zusammensetzung:

Bism. subnit. „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

mation bilden nun einmal die jetzige Thematik. Der moderne Atom-Arzt steht ununterbrochen in der Alarmphase. Neben den reinen Wissenschaftlern wird man aber auch künftig nicht mehr an dem, was private Initiatoren zu sagen haben, achtlos vorübergehen können.

Ständig erfolgen, solange es technischen Fortschritt gibt, einschneidende Änderungen für die Arbeitssituationen in den Arbeitsräumen. Jeder untrügliche Blick in die Zukunft ist uns zwar verwehrt, aber die weitere technische Entwicklung kann man doch in etwa voraussehen; ihr sind ja, außer durch Geist und Geld, fast überhaupt keine Schranken mehr gesetzt. In 20 oder 50 Jahren wird wiederum alles anders aussehen. Wichtig ist allein die Frage, ob die Automation als solche einen Bruch oder nur eine Veränderung darstellt. Aber auch sie setzt sich schließlich nur in einem Stufenprozeß durch. Wie Verfasser schon in seinem Buch „Diskurs eines Geburtshelfers über das Zangenproblem“ (1951) ausführte, tritt desgleichen die Automation in Wellen auf — so wie in den zwanziger Jahren die Technokratie. Auch bei der Durchführung der Automatisierung stoßen wir jedoch, wie bei den Rationalisierungsfortschritten, immer wieder auf Grenzen. Das eigentliche Wesen der Automation ist mithin der neue und gesellschaftliche Gehalt, der geboren wird: die ganz neue Art, die im Zuge einer solchen Entwicklung steht. In der medizinischen Technik treten ebenfalls jeweils bestimmte neue Zäsuren auf, die von größerer Bedeutung und Auswirkung sind als jene Zeiten, in denen ein normaler Fortschritt erfolgte. So ist es auch durchaus keine Utopie mehr, daß wir unter Umständen im 21. Jahrhundert den „Fließband-Homunkulus“ haben werden . . .

Die Entwicklung der Technik zielt von Grund auf zunächst ins Materielle. Ihr verdanken wir die Kernphysik und Weltraumfahrt. Von unserem Verständnis und unserer Einsicht hängt es nun ab, ob die Automation beginnen wird, uns zu beherrschen, d. h. ob wir uns zu Sklaven ihrer Folgeerscheinungen machen, oder ob wir uns auch durch sie geistig fortentwickeln. Das muß auch dem einleuchten, der keinerlei Verständnis für technische Daten hat. Früher fragte man im allgemeinen nur dann nach technischen Möglichkeiten, wenn dafür direkt ein konkretes Bedürfnis vorlag. Heute setzt sich die Technik beinahe selbst Ziele. Sie baute einen Riesenapparat auf. Fortwährend tauchen

neue Zwecke (technie immanent) auf, und die Technik sucht heute schon wieder nach völlig anderen Gestaltungen. So hat man jetzt einen Computer mit einem Mikrolabor auf Planeten geschickt. Dort wird Materie entnommen. Der Computer steuert das Labor und trifft selbst Entscheidungen.

Da der technische Fortgang die Tendenz hat, Arbeitskraft freizusetzen, wird das allgemeine Bildungsniveau künftig sehr angehoben, und eine größere Intelligenzschicht entsteht. In den USA spricht man im Hinblick auf die technischen Veränderungen allgemein von „technological change“. Die Abbildung zeigt eine Werkstückmanipulation, einmal „von Hand“ in der Aufgliederung der Handhabung in ihre Teilfunktionen, ein andermal „automatisiert“.

Früher war noch alles im einfachen abendländischen „Koordinatensystem geordnet“, es geschah nicht allzuviel Neues unter der Sonne. Dieses Lehrgebäude brach jedoch ein für allemal zusammen. Heute besteht das Achsenkreuz nur noch privat. Die technische Weiterentwicklung unserer Tage unterscheidet sich von dem früherer Zeiten durch zunehmende Vielfalt und wachsende Schnelligkeit. Die Forschung stößt z. B. in der Verhaltensforschung in immer neue Dimensionen vor. Ja, der technische Fortschritt kommt in seiner modernen Form so rasant voran, daß der Lebensstil von sich aus immer weiter wächst.

Auch die Automation ist ein absolut neues Ordnungsprinzip. Ich bin der Ansicht, daß gerade die Betriebe beachtenswert, lehrreich, gehaltvoll und vorausdeutend sind, in denen sich die Automation bereits vollzogen hat; sie geben uns jetzt schon einen Hinweis, was in der Zukunft auf uns wartet. Die Automatisierung ist die letzte erkennbare Phase der Rationalisierungsmaßnahmen. Merkwürdig: Nur ein rein finanzielles Moment wirkt hier im besonderen noch bremsend, die höhere Verlustgefahr vorzeitiger Veralterung hochgezüchteter Spezialapparate. Rationalisierung und Automation, an sich fast un menschliche Begriffe, haben indessen nur dann noch einen Sinn, wenn sie unter ein höheres Prinzip gestellt werden. Menschlichkeit und Berufstreue sollte man daher als oberste Grundsätze hinstellen. Nur so kann man Arzt und Patient die Phobie vor der Automation nehmen. Sogar der Arzt muß wissen, worauf er hinaus will und vor allem bereit sein, entsprechende vorausschauende Maßnahmen durchzuführen. Wie Verfasser bereits in „Bay. ÄBl.“

Revonal®

Revonal® retard

Einschlaf- und Wiedereinschlafmittel

Tabletten zu 0,2 g Methaqualon Packungen mit 10 und 20 Tabletten

Einschlaf- und Durchschlafmittel

Zweischichttabletten zu 0,3 g Methaqualon
Packungen mit 10 und 20 Tabletten

Zwei »patente« Schlafmittel

EMLAB
DARMSTADT

das ist neu

Für das koronarkranke Herz

weniger Belastung

weniger O₂-Bedarf

weniger Gefährdung

weniger Schmerz

durch

NITRO (MACK) RETARD

mit sehr langer

gleichmäßiger Wirkung

Hainrich Mack Nachf. Chem.-pharm. Fabrik 7918 Illertissen/Bayern



Zur Prophylaxe und Dauerbehandlung
täglich 2x1 Kapsel mit Zwölfstundeneffekt.
Muster auf Wunsch.



Spitzenleistungen zu rationalisieren und automatisieren. Vor 100 Jahren begann es langsam mit dem ersten tragbaren Pyrometer zur Temperaturmessung und dem ersten Thermostaten für die Temperaturregelung. Es endet vorläufig mit dem umfassendsten Werkzeug der Automation, dem Elektronenrechner. Claude HATHAWAY erkennt sein Kind, das Elektronengehirn, bestimmt nicht mehr. Längst mannbar, ist es ja nunmehr in der KVB ebenfalls beheimatet — in unserer Kassenabrechnung. Ohne Elektronenrechner wäre auch hier eine Lösung all unserer Aufgaben einfach nicht mehr denkbar. Aber sogar der Rechner rationalisiert sich schon selbst. Vor 10 Jahren hatte so ein Ding noch die Ausmaße eines Einfamilienhauses; heute werden in die Sputniks Rechner von der Größe einer Aktentasche eingebaut. Größe nimmt ab — Leistung zu!

In den USA werden elektronische Datenverarbeitungsanlagen in den verschiedensten Bereichen verwendet. Aber auch bei uns bahnen sich jetzt Entwicklungen an, die die Heilkunde ungeheuer beeinflussen werden. In manchen Gebieten wird gründliche medizinische Forschung sogar erst jetzt möglich. Wichtige Obliegenheiten des Hilfspersonals, des Krankenhausbetriebes sowie der Ärzte lassen sich nunmehr gewissenhaftest durchführen. Die Medizin von morgen wird in einem unvorstellbaren Ausmaß von elektronischen Datenverarbeitungsanlagen beherrscht werden. Gerade der neue Werdegang auf dem Sektor des Informationswesens und der Regeltechnik wird da umwälzenden Charakter haben. Rußland hat schon seit langem ein eigenes Automatisierungsministerium. Unsere Bundesregierung hat noch keine Spezialabteilung, die sich planmäßig und folgerichtig mit den wirtschaftlichen und sozialen Aspekten der Automation beschäftigt. Von sich aus hat sie, so seltsam das klingen mag, auch keine diesbezügliche wissenschaftliche Forschung angeregt. Wir sollten aber nicht wiederum allzulaut nach der Hilfe des Staates rufen, sondern die Lösungen in Gemeinschaft mit der Wissenschaft suchen — nach dem System: „Do it yourself“.

Aufgrund eigener Erkenntnisse und Erfahrungen arbeite ich schon seit langem in der Praxis der Automation mit und bereite deshalb bereits 1951 mehrere amerikanische Staaten, um an Ort und Stelle zu eruiieren, was für Auswirkungen die Automation dort auf Mensch und Gesellschaft hat. Es ist ja etwas anderes, ob jemand über Automation arbeitet und schreibt, nachdem er sie selbst in fast allen Erdteilen erlebte, oder ob ein anderer aus vielen Abhandlungen eine neue verfaßt. Allüberall ist drüben die Automation generalisiert (und lehrbar). Vor 60 Jahren kam, wie bekannt, eine Mechanisierungs-Aufundab-Bewegung, gekoppelt mit immer stärkerer Automation, über den amerikanischen Doppelkontinent. Die Meinungen über deren Auswirkungen waren damals ebenso zahlreich und unterschiedlich wie jetzt bei uns. Will man aber nachteilige Folgen, die beispielsweise in den Staaten eintraten, seitdem FORD vor einem halben Jahrhundert die ersten Schritte auf Mechanisierung und Automation hin tat, vermeiden, müssen die Menschen umlernen. Wir sollen schon von der Schule eine erweiterte Bildungsgrundlage mitbringen; sie darf nun einmal nicht bei den bestandenen Prüfungen verweilen, sondern muß fortwährend erneuert werden. Andernfalls sind sonst sogar Spezialisten später aufgrund der in-

zwischen wieder völlig veränderten Technik nicht mehr „umsetzbar“ und verlieren Prestige und Lohn. „Es gibt für die deutsche Medizin keinen Grund, passiv der Entwicklung in den USA zuzusehen. Auch in Deutschland ist die Forschung in diesem Bereich notwendig. Dazu braucht die Medizin einen breiteren Zugang zu derartigen Anlagen. Nur so kann die notwendige Vertrautheit mit der Materie entstehen, aus der fruchtbare Hypothesen und sinnvoller Einsatz in alien Bereichen von selbst wachsen“ (Fortschr. Med., 84. Jg., 1966, Nr. 7).

Wir Ärzte dürfen die Automation jedenfalls nicht als furchterregende Umwälzung betrachten, sondern als Veränderung in einem lückenlosen, zusammenhängenden, durchgehenden Duktus. Auch für uns ist die Automation ein Gegenstand der Hoffnung; sie ist nichts anderes als eine evolutionistische Fortsetzung des technischen Fortschrittes, der seit 150 Jahren im Gange ist. In den USA richtet man heute schon Zentralstellen ein, von denen aus eine Schwester Puls und Fieber aller Kranken auf dem Fernsehschirm ablesen kann. Es gibt hierzulande noch Krankenhäuser, die sich gegenüber Automatisierungsmaßnahmen gewissermaßen als „Reservate“ betrachten; sie lehnen es weiter ab, nach einem von Menschen vorgegebenen automatischen Programm zu arbeiten. So wird das Kranksein immer kostspieliger. Wir müssen darum auch hier zwischen Übergangs- und Dauerproblemen unterscheiden.

Zugegeben — diese meine Betrachtung vernachlässigt viele Schwierigkeiten. Es muß aber auch Ärzte geben, die nicht vor kleinen Problemen resignieren und wegen der hier und dort auftretenden Härten lieber auf den ganzen Automationsfortschritt verzichten. Das späte Eindringen der Automation in die Krankenhäuser und Arztbetriebe liegt ja keineswegs an Einfallslosigkeit, sondern vielleicht daran, daß sich aus verschiedenen Gründen gerade dieser Komplex der Automation gegenüber als besonders schwer formbar erweist.

Technischen Fortschritt gab es schon eh und je, von der Antike bis in unser Jahrhundert. Die Umwandlung des Arztseins von der Unfehlbarkeit und der sokratischen Erkenntnis des eigenen Nichtwissens zu unserem perfekten, technischen Können ist seit der Erfindung des Hörrohrs immer weiter fortgeschritten. Neu ist nur die zunehmende Vielfalt der technischen Entwicklung. Auch wir Ärzte sind, wie ich bereits im Kriege einmal ausführte, nicht gegen, sondern für den technischen Fortschritt; wir sehen nicht nur die Chancen, sondern auch die Risiken; denn im Alltag ist, in Abwandlung eines Salomo-Spruches, beinahe alles *super*: Superitas superitatum, et omnia superitas . . .

Heute noch, wie vor 22 Jahren, danke ich dem großen Arzthethiker BERGER-FÜRSTENBERG für seine mein Wollen so warm anerkennenden Worte: „Den richtigen Maßstab hält dafür das Wort des Dr. med. Friton, eines hochverdienten Erfinders und Konstrukteurs auf dem Gebiete ärztlicher Technik: „Wir Ärzte beten die Technik ebensowenig an, wie wir sie verfluchen, aber wir bejahen sie“ — ZM 1944. Auch 1966 können wir Ärzte die Frage nach Segen und Fluch der Automatisierung nicht anders als positiv beantworten. Weitere Rationalisierung und weitere Automation, also Steigerung des schöpferischen Schaffens — das sind die Aufgaben der Zukunft.

Wir wissen außerdem viel zuwenig über die Auswirkungen der Automation auf den arbeitenden Menschen; hier ist noch viel gewissenhafte Tiefsee(ren)-Forschung auszuloten. Einerseits brauchen wir den Menschen, der mit den neuen Techniken bestens vertraut ist; er muß sich allerdings schicksalhaft damit abfinden, daß er das Gefühl des Schöpferischen, das man noch den alten Handwerkern andichtete, nicht mehr erlebt. Andererseits werden aber an relativ wenige unglaublich hohe Anforderungen gestellt. Unsere gesamte biologisch-somatische Substanz werden wir also nolens volens durch uns selbst „umkonstruieren“. Trotz der universell fortschreitenden seelischen Abwertung, die unser Raketenzeitalter mit sich bringt, wird es in der Medizin-Technik jedoch nie Vollautomatik geben, da ja immer ein gesunder Mensch einem kranken Menschen Hilfe leisten muß. Letzte Kontrollinstanz ist und bleibt der „homo sapiens“, aber die Reihe der „Reparatur“ beschließt wiederum ein Mensch. Rationalistisch zu Ende gedacht: Eine lebende „fabrica“ (Vesalius) hilft einer anderen lebenden „fabrica“. Die trotz allem wirklichkeitsferne Welt perfekter, hybrider Super-Technik darf den Menschen nicht zur Sache machen. Daher ist auch die Total-Automatisierung des Heilberufes ebensowenig erstrebenswert wie seine Vollrationalisierung.

Wir erfinden — als Gehilfen unserer Arbeit! — Elektronengehirne, die auf Tastaturen mit fixen Lösungen reagieren und schweigen, wenn man nicht drückt. Wir dürfen uns aber nicht auf das Niveau von Maschinen herabdrücken lassen, auch nicht, wenn eine Großrechenanlage für Technik und Forschung, die IBM 7090, in einer Sekunde schon 210 000 Additionen oder Subtraktionen durchführt.

Zahl und Rechnen, die Grundpfeiler der Naturwissenschaft, haben auch in der auf hoher Stufe stehenden Arztkunst eine ungeahnte Subtilität erfahren. Zahl und Rechnen, das ist das Schloß, in dem sich der Schlüssel zu modernstem Welterkennen dreht. Die Menschheits-Entwicklung hat eine Höhe erreicht, so steil, daß der Maßstab für den zurückgelegten Weg und Anstieg uns fast schon entschwindet. Der heutige Mensch ist in dieses Sinnes vollster Bedeutung schwerelos geworden . . .

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Bruno Leo Friton, Mitglied der Techn.-Wissenschaftlichen Vereine Münchens, 8261 Hart a. d. Alz.

AUS DEM STANDESLEBEN

Gruppenversicherungsvertrag mit der Vereinigten Krankenversicherung A.G.

Krankentagegeldversicherung erweitert

Die Bayerische Landesärztekammer hat mit ihrem Vertragspartner, der Vereinigten Krankenversicherung A.G., eine wesentlich längere Leistungsdauer in der Krankentagegeldversicherung vereinbart. Der Tagegeldanspruch der im Gruppenvertrag versicherten niedergelassenen Ärzte wird durch den Zusatztarif 006 auf 104 Wochen, der der angestellten Ärzte bis zur 104. Krankheitswoche erweitert. Dadurch können jene harten wirtschaftlichen Folgen vermieden werden, die bei länger als 52 Wochen andauernder krankheits- und unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit auftreten. Der Vorteil einer generellen Ergänzung aller bestehenden Tagegeldversicherungen durch den Tarif 006 besteht darin, daß kein im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherter Arzt davon ausgeschlossen wird. Das gilt auch dann, wenn er das Tagegeld schon ein volles Jahr bezogen hat oder die Ausschöpfung dieser Versicherungsleistung nahe bevorsteht.

Die Lösung des Problems, die jeder Kollegin und jedem Kollegen einen Rechtsanspruch auf Leistungsverlängerung sichert, war wegen der künftig zu erwartenden Fälle dringend erforderlich. Zudem konnten dabei einige nicht unerhebliche Vorteile erreicht werden. So sind z. B. alle Vorerkrankungen — auch die behandlungsbedürftigen — in den erweiterten Versicherungsschutz eingeschlossen.

Die Prämie für den Zusatztarif 006 beträgt für je 10 DM Krankentagegeld lediglich 0,65 DM bis 1,10 DM. (Sie ist nur dann höher, wenn für eine risikoerhebliche Vorerkrankung das Tagegeld bereits für mehr als 13 Wochen bezogen wurde oder der Arzt das Aufnahmehöchstalter von 60 Jahren überschritten hat.) Für die geringfügige Mehrprämie, die der Zusatztarif erfordert, bewirkt er eine wesentliche Steigerung der Leistungsdauer: im mindesten Falle um 100 Prozent.

mehrgleisige

ferment-therapie

eupeptum

Oberbauchstörungen
Meteorismus
Dyskinesien

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

IFAH GMBH HAMBURG 22

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

36. Fortbildungskurs — Leitung Dr. D. J a h n

(Fortsetzung)

2. Hauptthema: Hepatopathien

Professor Dr. W. WEPLER, Kassel:

„Die morphologische Diagnose der Hepatitis und ihre Abgrenzungen“

Die klassische Form der akuten Virushepatitis ist durch folgende Symptomtrias gekennzeichnet: Infiltration der Periportalfelder, Reaktion der Sternzellen und Schädigung an den Leberzellen. Auffallenderweise geht die Intensität der histologischen Veränderungen mit der Schwere des klinischen Bildes nicht immer parallel. Die periportale Infiltration ist rundzellig, lymphozytär, plasmazellulär, das Gerüst ist aufgelockert ödematös, die Grenze zwischen Bindegewebe und Läppchen — bei der eine Grenzlamelle diskutiert wird — wird aufgebrochen. Die Reaktion der Sternzellen ist zunächst diffus, nach Abklingen der Aktivität nimmt die Reaktion allerdings rasch ab. Einzelne Restknötchen, häufig an Stellen, an denen Leberzellen untergegangen sind, erlauben dem Erfahrenen mitunter die Erkennung einer früher durchgemachten Hepatitis. Besondere Bedeutung für die Diagnose der akuten Hepatitis hat die Veränderung am Parenchym. Die läppchenzentralen Leberzellschäden sind geradezu ein Indiz der akuten Hepatitis. Die frühzeitige Leberzellnekrose deutet an, daß die Viren das Parenchym selbst angreifen und die entzündliche Reaktion des Mesenchyms — im Gegensatz zu den bakteriellen Infektionen — nachfolgt. An dieser Stelle ist auch die entscheidende differentialdiagnostische Möglichkeit. Das Bild der Cholangiolitis ist dabei bis heute noch strittig geblieben, weil eindeutige anatomische Veränderungen nicht zu umreißen sind und man eher funktionelle Störungen annahm. Hingegen hat die von KALK beschriebene Hepatitis mit cholestatischem Einschlag histologisch zusätzlich intrahepatische Cholestasezeichen, welche allerdings nicht in allen Fällen eine sichere Trennung gegenüber chirurgischen Gallengangverschlüssen erlaubt. Histologisch gibt es zwar pathognomonische Kriterien der Hepatitis und beim Verschlussikterus mit intrahepatischer Cholangitis die großkalibrigen Gallenzylinder in der Läppchenperipherie, so daß die Biopsie Klarheit bringt, wengleich Grenzfälle möglich bleiben. Dann muß das klinische Bild den Ausschlag geben. Ein weiteres angrenzendes Problem ist die cholestatische Hepatose, pathogenetisch auch als Drogenikterus bezeichnet. Es fehlen sicher die charakteristischen Merkmale der Hepatitis, also vor allem die Parenchymveränderungen. Bei der Eisenfärbung sollte man versuchen, diffuses Eisen gegenüber dem körnigen abzugrenzen; denn ersteres ist als Zellerfallspigment ein Spätcharakteristikum der durchgemachten Hepatitis. Es verschwindet etwa nach 4 Monaten.

Professor Dr. W. LANG, München:

„Möglichkeiten und Grenzen der Leberdiagnostik in der Praxis“

Die weltäus wichtigste Lebererkrankung ist die Hepatitis epidemica. Die Ikterische Verlaufsform ist relativ

zuverlässig zu diagnostizieren, die Laboratoriumswerte werden mehr zur Objektivierung herangezogen. Hierbei sind die Serum-Transaminasen, die Papierelektrophorese, die Bestimmungen des Prothrombinspiegels, die alkalische Phosphatase und mitunter das Serum-Eisen und die Thymolreaktion von überragender Bedeutung. TAKATA, WELTMANN und ähnliche Eiweißlabilitätsteste, verschiedentlich auch als „Leberteste“ deklariert, sind eine unnötige Laborbelastung. Hingegen ist die leicht durchführbare Thymoltrübungstestung als Suchreaktion noch wertvoll. Die Bestimmung der Serum-Cholinesterase mittels einfacher Papierfarbsteste gestattet Hinweise auf eine Leberparenchymerschädigung, allerdings keine differentialdiagnostische Abgrenzung der Virushepatitis. Werte unter 30% der Norm scheinen prognostisch sehr ungünstig. Leider ist bisher keine spezifische, virologische Diagnostik gelungen. In der Verlaufsbeobachtung hat die Berechnung des sogenannten Deritisquotienten (Verhältnis von Oxalat- zur Pyrovatransaminase) eine gewisse Bedeutung. Ein Ansteigen über 1 scheint auf eine schwerere Zell-Läsion hinzuweisen. Die Normalwerte der Transaminasen (SGPT und SGOT) sind nach den internationalen Einheiten jetzt bei 12 begrenzt.

Die Leberbiopsie hat vor allem durch die Möglichkeit der Blindpunktion mit der Menghini-Methode umfangreiche Bedeutung gewonnen. Da ein erheblicher Teil der Lebererkrankungen herdförmig verläuft, liegt eine noch größere Sicherheit in der gleichzeitigen Laparoskopie. Differentialdiagnostisch interessante Befunde sind dabei im Sinne des Morbus Boeck, der Miliartuberkulose und der Lymphogranulomatose zu finden. Weit schwieriger, als oft dargestellt, stellt sich das Problem der Differenzierung eines extrahepatischen Verschlussikterus. Die beliebte alkalische Phosphatase bringt häufig eher Verwirrung. Mitunter kann durch Laparoskopie bzw. Blindpunktion vom Histologen noch ein Hinweis gegeben werden, nicht selten versagt aber das gesamte diagnostische klinische Rüstzeug. Dann bleibt die diagnostische Laparatomie, um die Klärung nicht unnötig lange hinauszuschieben.

Professor Dr. N. G. MARKOFF, Chur/Schweiz:

„Klinik, Differentialdiagnose und Therapie bei der akuten Hepatitis“

Das typische biochemische Bild ist durch die frühzeitigen Transaminasenanstiege charakterisiert. Neben SGOT und SGPT findet auch die LDH und die Cholinesterase Verwendung, eine indirekte Funktionsprobe ist schließlich der Quickwert. Erhöhte GPT-Werte zeigen den Zellmembranschaden an, stark erhöhte GOT-Werte die Membranläsion oder Zellnekrose, da 40% des Ferments in den Mitochondrien lokalisiert sind. In diesen Fällen ist auch die LDH deutlich miterhöht. Im sogenannten SCHMIDT'schen Index (GOT + GPT)

LDH

wird bei unkomplizierter Hepatitis ein Wert um 50 bis 60 und mehr erreicht, während beispielsweise beim Verschlussikterus Werte von 5 bis 15 resultieren. Übergänge in cholestatische Formen können



Prof. Dr. W. Wepler,
Kassel



Prof. Dr. W. Lang,
München



Prof. Dr. N. Marköf,
Chur/Schweiz



Dr. M. Schmid,
Zürich

durch den Anstieg der Leukinaminopeptidase (LAP) und der alkalischen Phosphatase erfaßt werden. Die drohende Lebernekrose ist an hohen LDH-Aktivitäten bei gleichzeitigem Abfall der SGOT und SGPT erkennbar. Für die Elektrophorese gibt es keinen leberspezifischen Befund, wohl aber überwiegt die Hypalbuminämie und die γ -Globulinvermehrung. Noch unspezifischer sind die zahlreichen Labilitäts- und Trübungsproben sowie die Galaktoseprobe. Der Harnbefund ist nur bezüglich Bilirubinnachweis bedeutungsvoll, während Urobilinogenproben mit Rücksicht auf falsche negative Ergebnisse bei Antibiotikatherapie mit Zurückhaltung angesehen werden müssen.

Differentialdiagnostisch ist eine Reihe anderer Erkrankungen zu bedenken, welche eine sogenannte reaktive Hepatitis hervorrufen. Bedeutung hat vor allem die Hepatitis bei Herpes zoster, bei infektiöser Mononukleose und bei Parotitis epidemica. Gelbfieber, Grippe, Pocken, Poliomyelitis, Rlesenzellhepatitis usw. sind andere, seltene Ätiologien.

Ergibt die Leberbiopsie eine intrahepatische Cholestase, muß der Skala des Mononukleosesyndroms nachgegangen werden. Hierunter reihen sich die Bruzellose, Listeriose, Toxoplasmose, Lues II und schließlich der sogenannte Drogenikterus — vor allem bekannt bei PAS-Infusionen, anorganischem Arsen und Chlorpromazin — ein. Das interessante Kapitel einer virushepatitisähnlichen Drogenreaktion der Leber ist noch im Fluß. Ätiologisch sind in letzter Zeit auch Muskelrelaxantien, Antidiabetika, verschiedene Narkotika (Hallotan oder Fluotan) sowie bestimmte Anabolika angeschuldete worden.

Therapeutisch ist zu sagen:

1. eine große Zahl heilt ohne spezielle Behandlung aus;
2. eine rationelle Therapie des Leberzellschadens, insbesondere mit Medikamenten, besteht derzeit nicht.

Erst bei progressiver Verlaufsform über eine Beobachtungszeit von 1 bis 2 Wochen mit Verschlechterung des Ikterus und der biochemischen Befunde stellt sich die Frage der Kortikosteroide. Ausgedehnte Untersuchungen haben die Gefahren der Nebenwirkungen sehr deutlich herausgestellt. Trotzdem wird es Einzelfälle geben, die einer vorübergehenden Prednisonmedikation bedürfen mit dem Versuch, einen ungünstigen Verlauf zu korrigieren. Die Diätbehandlung der Hepatitis ist lockerer geworden. In den ersten Krankheitstagen Fruchtsäfte, Reis und Kompott, nach Wiedereinstellen des Appetits erfolgt bereits eine gemischte Kost, eiweiß- und kohlehydratreich, aber nicht fettarm. Bei der akutförmigen Form muß ein großer Einsatz versucht werden — Proteinrestriktion, orale Neomycingaben, intravenöse Elektrolytkorrektur, kortikosteroide, orale

Gabe von Laktulase sowie Infusionen von Apfelsäure oder ähnlichen Präparaten. Intermittierende Peritoneal- oder Hämodialyse bringt kaum Vorteile, vielleicht sollte man nach neuester Literatur mehrmalige Blutaustauschtransfusionen versuchen.

Dr. M. SCHMID, Zürich:

„Beurteilung, Klassifizierung und Behandlung der chronischen Hepatitis“

Die chronische Hepatitis wurde zunächst als besondere Verlaufsform der Virushepatitis aufgefaßt. Später wurde der Begriff weiter verwässert und verfälscht, indem alle Folgezustände in diesem Schmelztiegel zusammenkamen. Die lupoide Hepatitis als Beispiel einer Autoimmunpathogenese hat aber wieder neue Gedanken in diese gesamte nosologische Gruppe gebracht und die Notwendigkeit einer differenzierteren ätiologischen wie pathogenetischen Betrachtung aufgezeigt.

Die klinische Symptomatologie ist nicht in der Lage, hier Ordnung zu schaffen. Hingegen ist auf Grund der guten biopsischen Möglichkeiten pathologisch-anatomisch folgende Unterscheidung möglich:

1. Eine chronisch persistierende Hepatitis (Residualhepatitis), welcher eine leichtere Hepatitis vorausging und auf der Basis einer besonderen Konstitution — differenzierte neurasthenische Typen — histologisch ein unspezifisch reaktives Fortschwelen zu beobachten ist. Die periportale Infiltration geht nie mit einer anliegenden Parenchymabschmelzung einher. Das Leiden heilt, wenn auch nach Jahren, ab. Die klinischen Symptome sind sehr diskret, die Funktionsproben oder Transaminasen kaum pathologisch, ein Viertel der Fälle scheint völlig beschwerdefrei. Die immunologischen Phänomene sind immer negativ.

2. Eine aktiv chronische Hepatitis, welche die Tendenz zur Zirrhosebildung in sich trägt, aber ätiologisch durchaus uneinheitlich sein kann.

So steht neben der Virushepatitis das FELTY-Syndrom (Kollagenosen), die Fettleber und die primär chronische Hepatitis unbekannter Ätiologie zur Debatte. Klinisch auffallend ist die Altersverteilung mit einem Schwerpunkt jenseits der 50er Jahre, bei Frauen also vorwiegend in der Menopause. Bei vergrößerter Leber und Milz fällt ein Gewichtsverlust auf, die Laborbefunde entsprechen einer aktiven Leberzirrhose mit eingeschränkten Funktionstesten, signifikant erhöhten Transaminasen und γ -Globulinen. Serologische Tests sind nicht selten positiv — Rheumafaktoren, LE-Phänomen — und die lupoide Hepatitis ist eine Spielart dieser Gruppe. Histologisch finden sich massive, periportale Entzündungszeichen, vor allem plasmazelluläre Infiltrationen mit mottenfraßähnlichen Nekrosen des an-

grenzenden Parenchyms. Bindegewebsstraßen treten in Verbindung mit Einengung von Sinusoiden, was zu perizentralen Nekrosen Anlaß gibt. Während die auslösende Noxe durchaus uneinheitlich zu sein scheint, vermutet man als unterhaltenden Mechanismus ein immunpathologisches Geschehen. Dafür spricht die exzessive γ -Globulinvermehrung, der Nachweis zirkulierender Antikörper, der Reichtum immunkompetenter Zellen im periportal Feld und die häufig zu findende Kombination mit anderen Autoimmunerkrankungen (Kollagenosen, Colitis ulcerosa, Thyreoiditis usw.).

Therapeutisch gibt es bisher keinen spezifischen Weg. Häufig zeigen stationäre Patienten auch ohne weitere Medikation eine gewisse Besserung, Vitamine sind lediglich roborierend zu betrachten, Leberextrakte immer einer kritischen Verlaufskontrolle zu unterziehen, weil Aktivitätssteigerungen vorkommen können. Biopsiekontrollen sind nur über längere Intervalle sinnvoll. Eine Besserung ist ablesbar, wenn ein „ruhigeres“ Zellbild mit Leberzellregenerationen, einem Rückgang der Zellnekrosen und der Sternzellproliferationen erkennbar wird. Der Versuch mit Kortikosteroiden ist nur bei lupoiden Verlaufsformen und bei lange persistierendem Ikterus gestattet. In anderen Fällen ist der biopsische Eindruck meist negativ, es findet sich eher eine gesteigerte Zellverfettung, und der Übergang in Zirrhose kann nicht verhindert werden. Bei den immunologischen Fällen wären die Zytostatika eine kausale Therapieform, doch sind die Erfahrungen bisher nicht ausreichend, um eine allgemeine Dosierungsempfehlung geben zu können.

Privatdozent Dr. W. DÖLLE, Marburg:

„Beurteilung und Behandlung der kompensierten und dekompensierten Leberzirrhose“

Die kompensierte Zirrhose trägt zwar alle klinischen Merkmale einer fortgeschrittenen Leberparenchymschädigung, doch müssen die Laborwerte durchaus nicht gravierend sein, vielmehr fehlt gerade die Gelbsucht, eine stärkere Beeinträchtigung der Leberfunktion sowie Ödeme und Aszites. Therapeutisch müssen vor allem alle schädigenden Noxen ausgeschaltet werden. Der Alkoholgenuß ist zu verbieten, die Ernährung muß eiweißreich gestaltet werden, eine ausreichende Nachtruhe ist anzustreben, natürlich sind auch Überanstrengungen zu vermeiden, wengleich die Patienten in der Regel arbeitsfähig bleiben. Medikamente sind in

diesem Stadium nicht erforderlich. Wenn bereits eine portale Hypertension besteht, so ist die prophylaktische Shuntoperation zu erwägen.

Bei den Anzeichen der Dekompensation einer Zirrhose — Gelbsucht, stärker pathologische Leberfunktionsproben, Ödeme und Aszites, Ösophagusvarizenblutung, Hypersplenismus und Koma — ist eine stationäre Behandlung erforderlich. Die portocavale Enzephalopathie und das beginnende Leberkoma kündigen sich in psychiatrisch-neurologischen Störungen an. Im Labor kann der Ammoniakspiegel im arteriellen Blut die Situation objektivieren. Ein spezifisch wirksames Medikament zur Besserung der Leberfunktion steht eigentlich nicht zur Verfügung. Die einzelnen Symptome müssen aber doch intensiv therapiert werden. Kochsalzbeschränkung bei Aszites, Eiweißbeschränkung bei portocavaler Enzephalopathie, anabole Steroide und reichliche Eiweißzufuhr bei Albuminmangel und in sorgfältiger Abwägung Glukokortikoide, insbesondere, wenn biopsisch eine stärkere zelluläre Infiltration nachgewiesen werden konnte, sind zu berücksichtigen. Beim Leberkoma sind folgende Maßnahmen einzuleiten: Abführen, eiweißfreie Ernährung und perorale Gabe von Antibiotika. Bei akut dystrophischen Schüben wird man sehr hohe Dosen von Glukokortikoiden einsetzen (200 bis 300 mg tgl.), die Serum-Elektrolyte müssen bilanziert werden, insbesondere ist die Hypokaliämie zu beachten. Neuerdings bewährte sich die Gabe von Laktulose — einem Disaccharid aus Galaktose und Fruktose —, welches auch die Gabe von peroralen Antibiotika überflüssig machen soll. Bei Varizenblutung muß der Volumen- bzw. Blutverlust ersetzt werden, die Blutstillung kann durch die Sonde oder durch vorübergehende Senkung des Pfortaderdruckes mit Hypophysin versucht werden. Vor einer operativen portocavalen Anastomose muß die Splenoportographie die Verhältnisse klären. Ein Aszites darf nur zuletzt durch Punktion entlastet werden, vorher ist Kochsalzbeschränkung und die Gabe von Aldactone A, evtl. Triamteren (Jatropur), u. U. in Verbindung mit Saluretika, die Methode der Wahl.

Professor Dr. K. O. VORLÄNDER, Bonn:

„Die Bedeutung immunologischer Vorgänge bei der chronischen Hepatitis für Prognose und Therapie“

Gerade die mesenchymale Reaktion der chronischen Hepatopathien scheint sehr wesentlich autoimmunologisch geprägt. Sowohl zirkulierende als auch zellgebundene Autoantikörper scheinen eine Rolle zu spielen,



beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

NERVO-OPT®

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Dragees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU



Priv.-Doz. Dr. W. Dölle,
Marburg



Prof. Dr. G. A. Martini,
Marburg



Priv.-Doz. Dr. E. Wildhirt,
Kassel



Prof. Dr. H. W. Hoitz,
Luzern

wobei letztere als positive Immunfluoreszenz im histologischen Präparat imponieren. Der Nachweis zirkulierender Autoantikörper gegen Lebergewebe gelang inzwischen verschiedenen Arbeitsgruppen, und zwar waren bezeichnenderweise vorwiegend chronisch verlaufende Virushepatitiden, primär biliäre Zirrhosen und lupoide Zirrhosen serologisch positiv und die im Begleitversuch geprüften anderen Lebererkrankungen sero-negativ. Pathogene Auswirkungen sind aber nur von den zellgebundenen Autoimmunphänomenen im Interstitium zu erwarten. Die dabei erhobenen Befunde gleichen jenen bei Abstoßungsreaktionen von Homotransplantaten. Bei der primär biliären Zirrhose ist die Autoantigenwirkung an die proliferierten, ductulären Zellen gebunden. Schließlich muß auch der Mechanismus einer Antigen-Antikörperkomplexeinlagerung im Bereich der Leber diskutiert werden. Es gilt als erwiesen, daß primär extrahepatisch gebildete Antigen-Antikörperkomplexe — wobei es sich meist um ein exogenes Fremdanigen handelt — in eine vorgeschädigte Leber abgelagert werden können und dort entzündungsfördernd fortwirken. In gesteigerter Konzentration können solche Komplexe auch die gesunde Leber angreifen, was erklärlich macht, warum die Leber bei allergischen Prozessen miterkranken kann. Solche allergische Schädigungen sind nach Arzneimittelüberempfindlichkeit als Cholangiolitis bekanntgeworden. Neben den klinischen Zeichen der Hepatitis mit cholestatischer Prägung (hohe alkalische Phosphatase) gilt die Bluteosinophilie als charakteristisch. Histologisch findet sich eine zentrallobuläre Stase mit pericholangiolären Infiltraten, wobei eosinophile Zellen neben Plasmazellen und Lymphozyten beteiligt sind.

Als klinische Charakteristika einer möglicherweise immunologisch bedingten chronischen Hepatitis sind zusammenzufassen: Erhebliche Senkungsbeschleunigung — γ -Globulinvermehrung, insbesondere auch die γ -1-M-Globuline —, unspezifische Serophänomene fakultativ positiv — in etwa 50% antizytoplastische Autoantikörper —, zirkulierende Autoantikörper gegen homologe Leberextrakte. Bei vorwiegend cholestatischem Einschlag sind die α -2-Globuline nicht charakteristisch vermindert, eventuell in Verbindung mit einer Gesamteiweißvermehrung über 8 g%.

Die sogenannte lupoide Hepatitis erhält ihre Sonderstellung durch den primär chronischen Verlauf, die gelegentliche Beteiligung von Gelenkerscheinungen, die Kombination mit einem Milztumor und eine histologisch überwiegend cholangiolitische Form mit periportalen Infiltrationen von immunologisch kompetenten Zellen, d. h. Lymphozyten und Plasmazellen. Klinisch ist bemerkenswert, daß diese Form besonders gut auf

Steroide anspricht, die in hoher Dosierung immundepressiv wirken. Immunologisch ist das Auftreten antinukleärer Autoantikörper obligat. Allerdings liegen keine Beweise dafür vor, daß es sich um die Miterkrankung der Leber bei einem viszeralen Lupus erythematodes handeln könnte. Das soll aber auch nicht besagen, daß die Leber bei primär extrahepatisch lokalisierten Autoimmunerkrankungen nicht sekundär miterkranken könne. Kasuistische Belege bestehen von einer Myasthenia gravis, von sogenannten Koliagenkrankheiten, vor allem im Verlauf des SJÖGREN-Syndroms, bei primär-chronischer Polyarthrit, beim Morbus Bechterew, bei Autoimmunthyreoiditis, bei chronischer Kolitis, bei immunologischen Bluterkrankungen sowie bei dermatologischen Bildern dieser Pathogenese.

Als Folgerungen für die Therapie werden zusammengefaßt:

1. Die chronisch progredienten Hepatitiden entwickeln sich häufig vor dem Hintergrund einer immunologisch gesteigerten Diathese;
2. die Leber kann sekundär durch einen hohen Titer zirkulierender Antigen-Antikörperkomplexe (Medikamentenallergien) geschädigt werden;
3. immunhämatische Komplikationen gehen auf zellpathogene Autohämantikörper zurück.

In allen Fällen rechtfertigt sich also therapeutisch der Versuch einer Unterdrückung pathologisch gesteigerter Immunvorgänge. Neben Kortikosteroiden stehen dafür neuerdings auch Antimetaboliten (Purinetol, Imuran, Metotrexat) zur Verfügung. Diese Möglichkeiten bleiben allerdings vorerst Spezialkliniken vorbehalten.

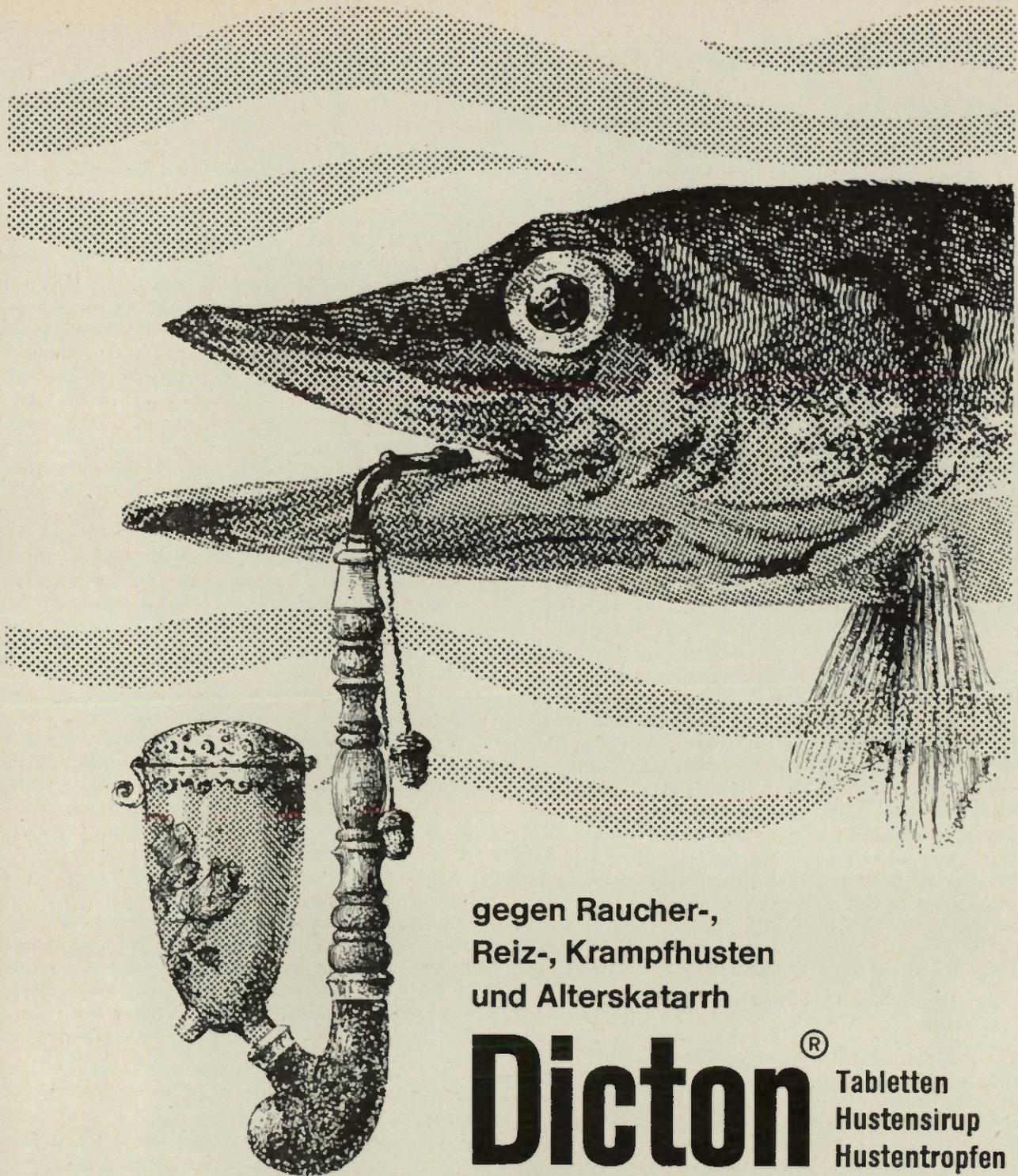
Professor Dr. G. A. MARTINI, Marburg:

„Arzneimittelschäden der Leber — Klinik und Therapie“

Man muß zwischen direkten und indirekten Toxizitäten unterscheiden. In die erste Gruppe wäre beispielsweise der Tetrachlorkohlenstoff einzureihen; denn die Schädigung ist dosisabhängig und reproduzierbar bei allen Expositionen. Eine indirekte Toxizität ist auf eine Vielzahl von Medikamenten denkbar, welche bei einem disponierten Personenkreis dosisunabhängig und ohne Reproduziermöglichkeit im Tierexperiment Nebenwirkungen hervorruft. Dabei wiederum ist nach histologischen Kriterien eine Einteilung in folgende Gruppen möglich:

1. Intrahepatische Cholestase;
2. funktionelle und morphologische Störungen ohne Ikterus;
3. Leberzellschädigung mit Ikterus.

An eine intrahepatische Cholestase als Arzneimittelnebenwirkung ist bei Auftreten allergischer Begleit-



gegen Raucher-,
Reiz-, Krampfhusten
und Alterskatarrh

Dicton[®] Tabletten Hustensirup Hustentropfen

(als Emetin-Narkotin-Kombination unterliegt Dicton
ohne Codein nicht den Betäubungsmittelbestimmungen)

reizlindernd
schleimlösend
hustenstillend

- Tabletten: 30, 60 u. 300 St.
* Hustensirup: 100, 200 u. 500 ml
* Hustentropfen: 15 ml

* auch mit **Codein**



Dolorglet
Arzneimittelfabrik
Bad Godesberg

symptome — Juckreiz, Exanthem, Milzvergrößerung, Eosinophilie — zu denken. Spezifische Laborproben sind kaum zu entnehmen, was die differentialediagnostische Abgrenzung gegenüber einer echten Virushepatitis, einer rezidivierenden Intrahepatischen Cholestase, einer Graviditätscholostase und einem idiopathischen Hyperbilirubinämiesyndrom schwierig macht. Pathogenetisch wird ein immunologischer Vorgang zumindest diskutiert. Die Prognose ist nach Beseitigung der Causa durchwegs gut.

Funktionelle Partialstörungen im Sinne einer Hepatose sind bei einer Reihe von Arzneimitteln beobachtet worden, ohne daß man immer gleich von Toxizität sprechen dürfte. Klinisch kommt es zu einer isolierten Einschränkung des Bromsulphaleintestes, mitunter zu einer geringen Erhöhung der alkalischen Phosphatase, aber nicht zum übrigen humoralen Syndrom einer aktiven Hepatitis. Zu beachten sind vor allem die Phenothiazine, die Östrogene, die Gallenkontrastmittel, Anabolika, Gestagene und das Probenezid.

Im dritten Schädigungstypus findet sich histologisch überwiegend ein Leberzellschaden, weshalb man dann auch von toxischer Hepatitis gesprochen hat. Die klinischen und histologischen Kriterien hierzu sind bekannt. Auslösend ist auf die Medikation von Antiepileptika, Phenacetin, Gold-Wismuthpräparaten, Sedativa, Zytostatika, Antidiabetika und Malariamittel sowie Tuberkulostatika zu achten. In den „Acta hepatologica“ werden laufend etwaige weitere Beobachtungen veröffentlicht.

Für die toxische Hepatitis in Abgrenzung zur Virushepatitis spricht vor allem das Fehlen von Fieber, nur geringe, schmerzhafte Lebervergrößerung, nicht so hoher Transaminaseanstieg und eine einschlägige Medikationsanamnese. Dabei muß speziell auch auf postoperative Ikterusformen hingewiesen werden, weil nach Halothanarkosen ähnliches beobachtet wurde. Vereinzelt Berichte nach Ovulationshemmern sind pathogenetisch unklar, doch sollte man in solchen Fällen das Mittel absetzen.

Privatdozent Dr. E. WILDHIRT, Kassel:

„Aktuelle Probleme der Fettleber in Theorie und Praxis“

Die Fettleber ist pathologisch-anatomisch so definiert, daß mindestens 50% des Parenchyms verfettet sein müssen. Leichtere Verfettungsgrade sind lediglich als Leberverfettung aufzufassen, deren pathologische Bedeutung sehr unterschiedlich sein kann. Pathophysiologisch liegt entweder ein zu großes Fettangebot, ein zu geringer Fetttransport aus den Zellen oder auch eine metabolisch gestörte, gesteigerte Fettbildung in der Leberzelle zugrunde.

Nur die Leberbiopsie vermag die Diagnose zu fundieren.

Statistisch ist eine Häufigkeitszunahme unverkennbar, z. B. ist im Biopsiematerial der Kasseler Klinik ein prozentualer Anstieg von 6,5% (1950) auf 19,3% (1964) zu verfolgen. Ätiologisch muß betont werden, daß aus der Hunger-Fettleber der Nachkriegsjahre eine Überlastungs-Fettleber der letzten 5 bis 10 Jahre geworden ist. Überernährung, Alkoholabusus und natürlich Diabetes sind dabei die Hauptfaktoren. Schließlich muß erwähnt werden, daß nach Ansicht einiger Autoren — KINZLMEIER und RANFT — auch eine früher durchgemachte Hepatitis ätiologisch einen hohen Prozentsatz ausmachen kann. Die in Kassel gewonnenen Erfahrungen können diese Ansicht jedoch nicht unterstützen. Hingegen sollte bei besonderen Industriezweigen auch an eine toxische Genese — Tetrachlorkohlenstoff bei Reinigungsanstalten, Blei bei Akkumulatorenindustrie, Nitrolacke bei Spritzlacklern usw. — gedacht werden.

Die Diagnostik der Fettleber geht nicht selten den Umweg über die vegetative Dystonie, das Überlastungssyndrom und uncharakteristische abdominale und herz-kreislauftypische Syndrome. Auch in den Leberfunktionsproben sind nur geringe Störungen zu erwarten. Leichte Erhöhung des Serum-Bilirubins, pathologische Thymolprobe und pathologischer Bromsulphaleintest sind meist nur in unter 40% der Fälle nachzuweisen. Sicherheit verschafft nur die Leberbiopsie.

Die sekundäre mesenchymale Reaktion der Leber entscheidet über den weiteren Verlauf in Richtung einer Zirrhose. Deshalb ist die Fettleber unbedingt ein behandlungsbedürftiges Leiden. An erster Stelle steht die diätetische Beratung, d. h. Kalorien- und Fettzufuhrbeschränkung, beim Diabetiker aber vor allem Kohlehydratstoffwechsellregulation, außerdem ist gegenüber den sonstigen Lebererkrankungen für genügende körperliche Bewegung zu sorgen und schließlich wäre die medikamentöse Therapie zu besprechen. Leider haben die lipotropen Substanzen insgesamt enttäuscht. Unter Berücksichtigung der latenten Störung des Glukosestoffwechsels sind die oralen Antidiabetika zu einer echten Bedeutung geworden. Die guten Erfahrungen mit Tolbutamidpräparaten sind aber auch bei nichtdiabetischen Fettleibern zu verzeichnen. Täglich 1 g Tolbutamid, eventuell in Verbindung mit essentiellen Phosphorlipiden, ist derzeit die Methode der Wahl.

Professor Dr. F. STELZNER, Hamburg-Eppendorf:

„Indikationen und Ergebnisse der operativen Behandlung beim portalen Hochdruck“

Die Ösophagusvarizenblutungen haben eine Sterblichkeit von über 50%. Bei konservativer Therapie droht außerdem in einem hohen Maß das Rezidiv. Die Splenoportographie und die internistische Begutachtung der

(Fortsetzung Seite 911)

Tropfen, Elixier
hormonfrei

erleichtert
den Schritt
in die Menopause

feminon®

Julius Redel · Cesra-Arzneimittelfabrik · Haueneberstein b/ Baden-Baden

Leberfunktion variieren die Indikation zur Shuntoperation. Gestatten die Eiweißverhältnisse und der Aktivitätsgrad der Zirrhose einen operativen Eingriff, so ergeben sich folgende Möglichkeiten:

1. die portocavale Anastomose — am besten End-zu-Seit-Anastomose — bei nachweislich offener Pfortader. Sie ist die wirkungsvollste Operation;
2. bei Thrombosierung der Pfortader und offener Lienalis empfiehlt sich eine splenorenale Anastomose nach Milzextirpation. Bewährt hat sich die Modifikation einer medialen splenorenalen Anastomose;
3. bei Thrombosierung der Vena portae und lienalis muß eine mesentericoeliakale Entlastungsfistel angelegt werden.

Eine ergänzende Splenektomie ist nur dann indiziert, wenn Rückwirkungen im Sinne eines Hypersplenismus vorliegen. Wenn sich im Angiogramm kein shuntgerechtes Gefäß anbietet, so muß man versuchen, die Blutungsquelle direkt zu verschließen. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, was man bei Patienten mit schlechtem Allgemeinzustand als palliative Maßnahme anzubieten hat. Folgendes Verfahren, in Anlehnung an MILNES-WALKER, hat sich günstig erwiesen: Freilegung der unteren Speiseröhre, Präparation des inneren Muskularismukoseschlauchs, welcher die blutenden Varizen trägt, und Umstechung der Varizen. Eine solche Ligaturoperation gewinnt ein freies Intervall, in welchem der Allgemeinzustand für eine portocavale Anastomose vorbereitet werden kann.

Nach portocavaler Anastomose bleiben 96% blutungsfrei. Die Operationsmortalität beträgt 3%, die Spätmortalität 25%, wobei Leberkoma, Leberkrebs, Pankreatitis, blutende Magengeschwüre und andere interkurrente Leiden hinzutreten. Man beachte, daß nach „Rezidivblutungen“ frische Ulcera des Magens dahinterstecken können. Als Nebenwirkungen der Shuntoperation ist vor allem die Enzephalopathie herauszuheben, welche um so schwerer in Erscheinung tritt, je stärker die Leberzirrhose fortschreitet. Das Wissen um die ammoniakalische Intoxikation weist den Weg zu einer diätetischen Prophylaxe, eventuell kombiniert mit regelmäßiger Darmsterilisierung.

Professor Dr. H. W. HOTZ, Luzern/Schweiz:
„Bluttransfusion und Virushepatitis“

Die Transfusionshepatitis ist das größte Kontingent der Virushepatitiden mit parenteralem Infektionsmodus. Nach Untersuchungen von CREUTZFELD scheinen 33% der ikterischen Hepatitiden auf Transfusionsinokulation zu beruhen. Es kann auf diesem Weg sowohl das Virus B der sogenannten Serumhepatitis als auch das Virus A der infektiösen Hepatitis inokuliert werden. Nach neuerem statistischen Material sind etwa 7% Infekte pro Transfusionseinheit anzunehmen. Gewisse Autoren meinten, einen direkten Zusammenhang zwi-

schen Hepatitis-Häufigkeit und Zahl der verabreichten Bluteinheiten — Maximum bei etwa 6 Konserven — feststellen zu können. Interessant ist, daß man annahm, nur bei kurzfristiger Transfusionsbehandlung sei ein Infektionsrisiko gegeben, da bei längeren Übertragungen ein Schutzfaktor innerhalb der γ -Globulinfraktion mit übergeben werde. Durch fortlaufende Transaminasekontrollen wurde diese Ansicht allerdings kritisiert, indem dann doch anikterische Verlaufsformen auftauchten. Zudem fehlen der anikterischen Form häufig klinische Symptome, der Verlauf ist mehr von leichteren subjektiven Beschwerden charakterisiert. Die praktische Bedeutung dieser Fälle liegt aber einerseits in der Gefahr chronischer Leberleiden, deren Beginn unerkannt bleibt, andererseits werden potentielle Infektüberträger geschaffen.

Das wichtige Problem der Prophylaxe vor Transfusionshepatitiden beginnt bei der vorsichtigen Beurteilung und Indikation zur Transfusion überhaupt. Selbstverständlich ist eine sorgfältige Spenderauswahl notwendig, wobei Hepatitisanamnesen, auch kurzzeitiger Kontakt mit Hepatitis-kranken, chronische Leberleiden in biochemischen Untersuchungen und rückläufige Analysen, die den Spender als Infektionsquelle verdächtig machen, ausgelesen werden müssen. In der Schweiz werden bezahlte Spender nicht mehr verwendet, da man bei ihnen die Tendenz zur Bagatellisierung der Anamnese nicht sicher vermeiden kann.

(Schluß folgt)

Stiftung zur Förderung des Krankenpflegepersonals errichtet

Am 12. 5. 1966 genehmigte der Hessische Minister des Innern die Gründung der B.-Braun-Stiftung Melsungen als erste im Rahmen des neuen Hessischen Stiftungsgesetzes vom 4. 4. 1966.

Die Inhaber der Medizinisch-pharmazeutischen Werke B. Braun Melsungen, Otto Braun und Dr. med. Bernd Braun, haben sich die Förderung der deutschen und österreichischen Krankenpflege zur Aufgabe gemacht und die Stiftung errichtet, deren ausschließliches Ziel es ist, die Aus- und Fortbildung von Krankenschwestern, Krankenpflegern und klinisch tätigen Ärzten zu fördern.

Die Stiftung verfügt in ihrem ersten Geschäftsjahr über 150 000 DM. Mittel in dieser Höhe werden jährlich zur Verfügung stehen. Davon entfallen auf die Ausbildung und Fortbildung von Krankenschwestern 47 500 DM, auf die Fortbildung der Krankenpfleger 20 000 DM und auf die Förderung klinisch tätiger Ärzte 32 000 DM.

Der Rest wird zur Subventionierung der Herausgabe wissenschaftlicher Bücher und Lehrbücher, der Veranstaltung von Symposien und Kolloquien und der Unterstützung der Werbung für den Krankenpflegeberuf eingesetzt.

Cefadysbasin®

TROPFEN

TABLETTEN

AMPULLEN



CEFAK
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

Blumen für den Arzt?!

Spontane Dankesworte, viel Lob — ja, sogar Blumen (!) von dankbaren Patienten ernteten die ersten 800 deutschen Ärzte, die das moderne schwedische turn-o-matic-System in ihrer Praxis einführten. turn-o-matic wurde unter Mitarbeit eines skandinavischen Ärzte-Teams aus der Praxis heraus entwickelt. Über 100 Ärzte rüsten Monat für Monat ihre Praxis mit turn-o-matic aus! Es ist das erste Nummernsystem, das wirklich bis ins Detail durchdacht ist und die leidigen Wartezimmerprobleme ein für alle Male löst!

Keine Wartezeiten mehr beim Arzt? Kein übervolles Wartezimmer — keine gehetzten, nervösen Patienten? Mehr als das — lesen Sie bitte selbst:

„Die beste Investition in meiner Praxis seit 5 Jahren! Viel Lob, spontane Anerkennung — ja sogar Blumen (!) bekam ich von meinen Patienten.“ *Dr. C., Augenarzt in D.*

„Das Ärzte-Team, das bei der Entwicklung dieses schwedischen Systems mitgearbeitet hat, hat ganze Arbeit geleistet. Alle die sonst üblichen Nachteile der bisherigen ‚Nummern‘ sind eliminiert! turn-o-matic ist das erste detailliert durchdachte Nummernsystem, das funktioniert. Dafür mein Kompliment.“ *Dr. E., Praktischer Arzt in B.*

„... spare ein ganzes Wartezimmer mit Stühlen ein. Als Warteraum dient nun die Vorhalle. Meine Patientinnen gehen fast ausnahmslos lieber fort. Vor allem die Mütter sind glücklich darüber.“ *Dr. S., Frauenarzt in St.*

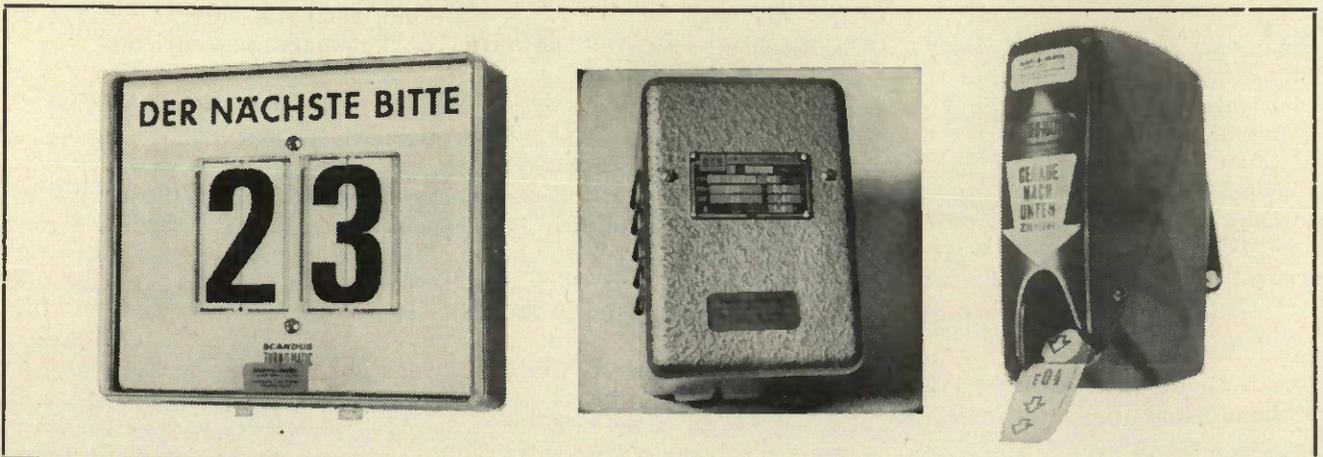
„Vor allem der Ärger mit den im Treppenhaus herumstehenden Patienten hat aufgehört.“ *Dr. M., D.-Arzt in F.*

„Endlich ein vernünftiges System, mit dem man den Betrieb steuern kann. Bei uns werden jeden Tag bestimmte Nummernfolgen ausgegeben und dann ist Schluß!“ *Dr. T., Orthopäde in G.*

„Bei uns verwenden bereits 6 Kollegen Ihr System. Wir sind übereinstimmend der Auffassung, daß Ihre Lösung ein Gebot der Vernunft ist. Jeder verantwortungsbewußte Kollege sollte Ihr System vordringlich anschaffen. Sonst wird er sich vielleicht eines Tages wundern, daß die Leute abwandern.“ *Dr. W., Praktischer Arzt in R.*

„Seit 2 Tagen in Betrieb. Patienten und ich sind ganz begeistert.“ *Dr. O., Praktischer Arzt in B.*

„Konkurrenzlos das beste System auf dem Markt. Empfehlung es wärmstens allen Kollegen.“ *Dr. R., Internist in H.*



„Wir sparen täglich viel Zeit und manchen unnötigen Weg. Vom Ärger wollen wir gar nicht erst reden.“ *Dr. G., Chirurg in W.*

„... ein interessanter Nebenaspekt. Nach nunmehr einem Jahr mit dem schwedischen System konnte ich die Quote der Hausbesuche (die mich als Landarzt sehr stark belasten) merkbar senken. Ich glaube, die Leute haben einfach die Angst vor dem Wartenmüssen verloren.“ *Dr. F., Praktischer Arzt in K.*

„... durchschnittliche Wartezeit vorher: mindestens 2 Stunden. Nunmehr im Normalfall maximal 20 Minuten. Das sagt wohl alles. Eine heilige Ruhe ist in die Praxis eingezogen.“ *Dr. E., Orthopäde in F.*

„Das Ding ist Gold wert! Hier die Anschriften von zwei Kollegen, die auch turn-o-matic haben wollen.“ *Dr. H., Kinderarzt in M.*

Jeden Monat rüsten über 100 Ärzte ihre Praxis mit dem modernen schwedischen turn-o-matic-System aus. turn-o-matic ist die zukunftssichere Investition — auch für Ihre Praxis. Wir bieten Ihnen die zeitgemäße Lösung des Wartezimmerproblems. Nähere Informationen, Referenzen und unverbindliche Vorführung durch:

turn-o-matic 4 Düsseldorf-Reisholz · Stephanstr. 1 · Telefon 0211-719384

Der B.-Braun-Stiftung Melsungen ist ein Beratendes Kuratorium angegliedert, dem folgende Persönlichkeiten angehören:

Professor Dr. G. A. MARTINI, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Marburg/Lahn;

Professor Dr. Max SCHWAIGER, Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Marburg/Lahn;

Monsignore Dr. med. C. M. GENEWEIN, München 15, Kobellstraße 13/0;

Oberin Hanna STOLTENHOFF, Leiterin der Werner-Schule vom Roten Kreuz, Göttingen, Reinhäuser Landstraße 19/21, als Vertreterin des Verbandes Deutscher Mutterhäuser vom Roten Kreuz;

Schwester Therese BERGMANN als Vertreterin der Vereinigung Diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger Österreichs, Wien XVIII, Mollgasse 3 a;

Oberin Ruth ELSTER, Präsidentin des Agnes-Karll-Verbandes, Vorsitzende der Deutschen Schwesterngemeinschaft, Frankfurt/M., Heinrich-Hoffmann-Str. 3;

Schwester M. ENGELTRAUD, Seminarleiterin im Deutschen Caritas-Institut für Gesundheitsfürsorge, Köln-Hohenlind, Werthmannstraße 1;

Direktor Dr. med. Jochen FISCHER, Beratender Sozialhygieniker der Inneren Mission und des Hilfswerkes der Evangelischen Kirche in Deutschland, Hauptgeschäftsstelle, Stuttgart, Alexanderstraße 23;

Direktor Alfred FREIHÖFER, Leiter der Finanzabteilung der Firma B. Braun Melsungen;

Oberin Liselotte KATSCHER, Leiterin der Schwesternhochschule der Diakonie, Berlin 33 (Grunewald), Auguste-Viktoria-Str. 75-78, als Vertreterin des Zehlendorfer Verbandes für Evangelische Diakonie;

Siegfried MACK, Geschäftsführer des Fachverbandes Deutscher Krankenpfleger e. V., Marburg/Lahn, Neue Kasseler Straße 3;

Dr. Viola von RIEDERER, Vorsitzende des Freien Katholischen Berufsverbandes für Krankenpflege e. V., Mainz, Kaiserstraße 23;

Oberin Luise SCHÄFER, Kurhessisches Diakonissenhaus, Kassel, Goethestraße 85, als Vertreterin des Kaiserswerther Verbandes;

Verwaltungsdirektor Th. SCHULTHEIS, Stiftung Hospital zum Heiligen Geist, Frankfurt/M., Steinbacher Hohl 2-26;

Dr. med. E.-O. WIETHOFF, Leiter der Medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung der Firma B. Braun Melsungen.

Die erste Sitzung des Beratenden Kuratoriums fand am 4. 7. 1966 in Marburg/Lahn statt. Als Vorsitzende des Kuratoriums wurden gewählt: Professor Dr. Martini (1. Vorsitzender) und Monsignore Dr. Genewein (2. Vorsitzender).

PERSONALIA

Bundesverdienstkreuz für Dr. Gerhard Gmeiner

Dr. med. Gerhard GMEINER, Facharzt für Innere Krankheiten in Lohr/Main, wurde vom Bundespräsidenten mit dem Verdienstkreuz I. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik ausgezeichnet.

FAKULTÄT

Erlangen-Nürnberg

Der ordentliche Professor für Physiologie und Physiologische Chemie, Dr. med. Dr. phil. Friedrich MAY, wurde von seinen amtlichen Verpflichtungen an der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg entbunden.

Der ordentliche Professor für Augenheilkunde und Direktor der Augenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Dr. med. Eugen SCHRECK, hat den an ihn ergangenen Ruf auf den ordentlichen Lehrstuhl für Augenheilkunde an der Universität Frankfurt/Main abgelehnt.

Der außerordentliche Professor Dr. Hans Heinrich WIECK, Universität Köln, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Neurologie und Psychiatrie in der Medizinischen Fakultät berufen.

Dr. med. Siegfried WITTE, außerplanmäßiger Professor für Innere Medizin, wurde zum Leitenden Oberarzt ernannt.

Privatdozent Dr. med. Franz GALL, Oberassistent bei der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik, wurde zum Leitenden Oberarzt ernannt.

Privatdozent Dr. Axel NEISS, wissenschaftlicher Assistent, wurde zum Wissenschaftlichen Rat ernannt.

Privatdozent Dr. med. Ulrich STEPHAN, Oberassistent bei der Kinderklinik und Poliklinik, wurde zum 1. Oberarzt ernannt.

Dr. Gisela FUCHS, wissenschaftliche Assistentin, wurde zur Konservatorin ernannt.

Optaraktyl®

20 Dragées DM 1,95
50 Dragées DM 4,40

gegen
Angst
und
Unruhe

Dr. Schertl GmbH
Euphorta
München 15



AUS DER LANDESPOLITIK**Landtagswahl 1966****Ärzte als Kandidaten**

Am 20. November 1966 findet in Bayern die Wahl des neuen Landtages statt. Jeder Wähler hat zwei Stimmen. Eine Stimme gibt er dem Stimmkreiskandidaten seiner Wahl, die andere Stimme dem ihm genehmen Kandidaten auf den Wahlkreislisten der Parteien.

Folgende Ärzte sind als Kandidaten aufgestellt worden:
(lt. Angaben der Parteien)

Für die CSU: OMR Dr. Michaelis
Dr. Soenning
Dr. Schlosser

Für die SPD: Dr. Cremer
Prof. Dr. Seitz
Dr. Stürmer

Für die FDP: Dr. v. Brentano-Hommeyer
Dr. Dehler
Frau Dr. Finzel

Dr. Luz
Dr. Otto
Dr. Roßteuscher
Dr. Schaudig
Dr. Scherf
Frau Dr. Schleip
Frau Dr. Schmidt
OMR Dr. Wirsching

Für die BP: Dr. Dorn
OMR Dr. Wildenauer

Sie kandidieren in folgenden Wahlkreisen:

im Wahlkreis Oberbayern:

Für die **Christlich-Soziale Union (CSU)**
Kein Arzt als Stimmkreiskandidat

Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 26

*Dr. med. Otto Schlosser,
Facharzt
für Innere Krankheiten,
Schloßberg über Rosenheim*



Für die **Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)**
Kein Arzt als Stimmkreiskandidat

Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 31

*Prof. Dr. med. Walter Seitz,
Direktor der Medizinischen
Poliklinik der Universität
München*



Bei Pertussis *Pertix*-Hommel

Für die **Freie Demokratische Partei (FDP)**

Im Stimmkreis 7 München-Stadt
Wahlkreisliste Platz Nr. 4

*Dr. med. Karl v. Brentano-
Hommeyer, Prakt. Arzt,
München
Mitglied des Bayer. Land-
tages seit 1954
FDP-Stadtrat in München*



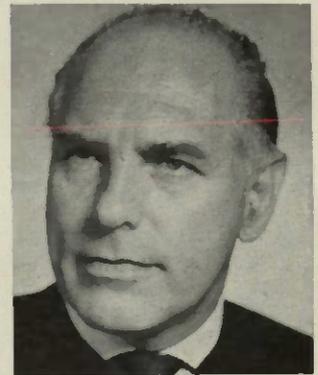
Im Stimmkreis 9 München-Stadt
Wahlkreisliste Platz Nr. 10

*Dr. med. Horst Scherf,
Facharzt für Chirurgie,
München*



Im Stimmkreisverband 19
Garmisch-Partenkirchen / Bad Tölz
Wahlkreisliste Platz Nr. 12

*Dr. med. Ernst Otto,
Facharzt für Hals-, Nasen-
und Ohrenkrankheiten,
Garmisch
FDP-Gemeinderat
und Kreisrat*



Im Stimmkreis 22 Miesbach
Wahlkreisliste Platz Nr. 26

*Dr. med. Max Roßteuscher,
Prakt. Arzt, Schliersee
FDP-Gemeinderat
in Schliersee*



RECORSAN[®] - LIQUID.

Crataegustherapie des Altersherzens

30 ml DM 2,35 o.U.

- Gesellschaften Gräffing und Lüneburg

Im Stimmkreis 13 Altötting
Wahlkreisliste Platz Nr. 28

Dr. med. Paul Wirsching,
Obermedizinalrat,
Mühldorf/Inn



Für die **Bayern-Partei (BP)**:
Im Stimmkreis 7 München-Stadt
Wahlkreisliste Platz Nr. 22

Dr. med. Erich Dorn,
Prakt. Arzt, München
(ohne Bild)

Im Wahlkreis Niederbayern:

Kein Arzt

Im Wahlkreis Oberpfalz:

Für die **Christlich-Soziale Union (CSU)**
Kein Arzt

Für die **Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)**
Kein Arzt

Für die **Freie Demokratische Partei (FDP)**

Im Stimmkreisverband 6
Neustadt/WN / Weiden / Eschenbach
Wahlkreisliste Platz Nr. 11

Dr. med. Paul Schaudig,
Prakt. Arzt, Weiden
FDP-Stadtrat in Weiden



Im Wahlkreis Oberfranken:

Für die **Christlich-Soziale Union (CSU)**
Kein Arzt

Für die **Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)**
Kein Arzt

Für die **Freie Demokratische Partei (FDP)**
Kein Arzt als Stimmkreiskandidat

Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 17

Dr. med. Karl Luz,
Facharzt für Innere Krank-
heiten, Kronach



Im Wahlkreis Mittelfranken:

Für die **Christlich-Soziale Union (CSU)**
Kein Arzt als Stimmkreiskandidat

Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 21

Dr. med. Oskar Michaelis,
Obermedizinalrat, Facharzt
für Lungenkrankheiten,
Schwabach



Für die **Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)**
Kein Arzt

Für die **Freie Demokratische Partei (FDP)**

Im Stimmkreis Nürnberg 1
Wahlkreisliste Platz Nr. 1

*Dr. med. Klaus Dehler,
Facharzt für Innere Krank-
heiten, Oberarzt, Nürnberg
Mitglied des Bayer. Land-
tags seit 1954
Landes- und Fraktionsvor-
sitzender der FDP*



Im Stimmkreis Nürnberg 3
Wahlkreisliste Platz Nr. 15

*Dr. med. Riccarda Schmidt,
Fachärztin für Haut- und
Geschlechtskrankheiten,
Nürnberg*



Im Wahlkreis Unterfranken:

Für die **Christlich-Soziale Union (CSU)**
Kein Arzt

Für die **Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)**

Im Stimmkreis Würzburg-Land /
Marktheidenfeld
Wahlkreisliste Platz Nr. 6

*Dr. med. Fritz Cremer,
Prakt. Arzt, Bürgermeister,
Lengfurt*



Für die **Freie Demokratische Partei (FDP)**
Im Stimmkreis 10 Würzburg-Stadt
Wahlkreisliste Platz Nr. 5

*Dr. med. Irmgard Schleip,
Fachärztin für Nerven-
und Gemütskrankheiten,
Würzburg
(ohne Bild)*

Ohne Stimmkreis
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 15

*Dr. med. Editha Finzel,
Prakt. Ärztin, Gerolzhofen
(ohne Bild)*

Wenn's um Geld geht

SPARKASSE



... auch beim prämiengünstigsten Sparen mit 20-30 % Sparprämie

Für die **Bayern-Partei (BP)**:
Im Stimmkreis Würzburg
Wahlkreisliste Platz Nr. 2

*Dr. med. Eduard Wilden-
auer, Obermedizinalrat,
Facharzt für Orthopädie,
Bamberg
(ohne Bild)*

Im Wahlkreis Schwaben:

Für die **Christlich-Soziale Union (CSU)**

Im Stimmkreis 13 Neu-Ulm-Stadt
und -Land / Illertissen
Wahlkreisliste Platz Nr. 28

*Dr. med. Rudolf Soenning,
Facharzt für Augenkrank-
heiten, Memmingen
Mitglied des Bayer. Land-
tags seit 1950
Vorsitzender des Bayer.
Landesgesundheitsrates*



Für die **Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)**
Kein Arzt als Stimmkreiskandidat

Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 21

*Dr. med. Friedrich Wilhelm
Stürmer, Prakt. Arzt,
Memmingen*



Für die **Freie Demokratische Partei (FDP)**
Kein Arzt

Bezirkstagswahl 1966

Zugleich mit der Landtagswahl finden die Wahlen zu den Bezirkstagen statt. Auch für diese Wahlen hat jeder Wähler zwei Stimmen: die erste Stimme für einen Stimmkreiskandidaten seiner Wahl, die zweite Stimme für den ihm genehmen Kandidaten auf den Wahlkreislisten der Parteien.

Für die Bezirkstagswahlen sind folgende Ärzte als Kandidaten aufgestellt worden:
(lt. Angaben der Parteien)

Für die **CSU**: Dr. Tudyka

Für die **FDP**: Dr. Bandtiow
Dr. Flath

Für die **SPD**: Dr. Engel
Frau Dr. Goetz
OMR Dr. Klug
OMR Dr. Sydath
Dr. Wollmann

Dr. Schreiber
Dr. Zimmermann

Für die **BP**: Dr. Dorrer

Sie kandidieren in folgenden Wahlkreisen:

Im Wahlkreis Oberbayern:

Für die **Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)**
Ohne Stimmkreis
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 32

*Dr. med. Dietrich Klug,
Obermedizinalrat,
Haar bei München*

Gegen Daumenlutschen und Nägelbeißen

Daum-ex

Lokales Entwöhnungsmittel für hartnäckige Daumenlutscher - filmbildende Speziallösung zum Auftragen auf Finger und Nägel

Zahnärzte und Kinderärzte

sind gleichermaßen an einem Lutsch-Entwöhnungsmittel interessiert, um die Folgeerscheinungen am kindlichen Gebiß rechtzeitig zu verhüten. Wenn Erziehungsmaßnahmen allein nicht nützen, bietet Daum-ex eine bewährte Hilfe. Durch den Geschmack seiner Bitterstoffe und anderer Zusätze wird dem Kind ab 1 Jahr das Daumenlutschen bald verleidet. Mit Daum-ex arbeiten die kieferorthopädischen Abt. der Universitätszahnkliniken, zahlreiche Kinderkliniken und Kinderheime. Vgl. Dr. Dr. KNOCHE „Die Lutschanomalien der Zahnstellung und ihre Verhütung“ in Z. R. 1965 Nr. 3, Dr. FLEISCHER-PETERS (kfo. Abt. der Universitätszahnklinik Erlangen), Z. P. v. 1. 8. 1965, Prof. Dr. med. HIRSCH, Facharzt für Pädiatrie. Ärztl. Praxis 1966, Nr. 49, S. 1828

Arztproben und Literatur auf Wunsch



Ein Erzeugnis der DENTINOX-Gesellschaft für pharmazeutische Präparate · 1 Berlin 41

Tropfen
Salbe

Ossidal®

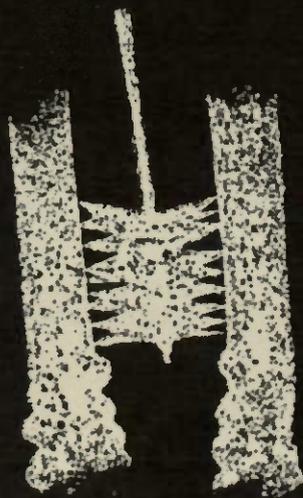


ArzneiMüller
Bielefeld

räumt auf

bei
Thrombose
Thrombophlebitis
postthrombot. Syndrom
Varikosis Ulcus cruris

Salbe außerdem bei
Hämatom
Distorsion
Prellung
Tendovaginitis



Für die **Freie Demokratische Partei (FDP)**
Im Stimmkreis 27 Starnberg
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 4

Für die **Bayern-Partei (BP):**
Im Stimmkreis Rosenheim
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 1

Im Wahlkreis Niederbayern:

Für die **Freie Demokratische Partei (FDP)**
Im Stimmkreis 1 Deggendorf-Stadt
und -Land / Landau/Isar
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 2

Im Wahlkreis Oberpfalz:

Kein Arzt

Im Wahlkreis Oberfranken:

Für die **Christlich-Soziale Union (CSU)**
Ohne Stimmkreis
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 15

Für die **Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)**
Ohne Stimmkreis
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 5

Im Wahlkreis Mittelfranken:

Für die **Freie Demokratische Partei (FDP)**
Im Stimmkreis 7 Dinkelsbühl /
Feuchtwangen / Gunzenhausen
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 20

Im Wahlkreis Unterfranken:

Für die **Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)**
Ohne Stimmkreis
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 12

Für die **Freie Demokratische Partei (FDP)**
Ohne Stimmkreis
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 6

Im Wahlkreis Schwaben:

Für die **Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)**
Im Stimmkreis Kaufbeuren / Mindelheim
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 6

Im Stimmkreis Sonthofen
Auf der Wahlkreisliste Platz Nr. 12

Dr. med. Rudolf Zimmermann,
Facharzt für Hals-, Nasen-
und Ohrenkrankheiten,
Starnberg

Dr. med. Ruppert Dorrer,
Chefarzt, Facharzt für Chirurgie,
Prien/Chiemsee

Dr. med. Oskar Bandtlow,
Facharzt für Hals-, Nasen-
und Ohrenkrankheiten,
Passau

Dr. med. Josef Tudyka,
Chefarzt, Facharzt für Chirurgie,
Naila

Dr. med. Richard Engel,
Prakt. Arzt, Hof/Saale

Dr. med. Fritz Flath,
Prakt. Arzt, Altenmuh

Dr. med. Elisabeth Goetz,
Fachärztin für Nerven- und
Gemütskrankheiten,
Hofheim

Dr. med. Fritz Schreiber,
Facharzt für Augenkrank-
heiten, Lohr/Main

Dr. med. Wolfgang Sydath,
Obermedizinalrat, Facharzt
für Nerven- und Gemüts-
krankheiten, Kaufbeuren

Dr. med. Bruno Wollmann,
Prakt. Arzt, Fischen

TAESCHNER



Säuglingen
Kindern
Erwachsenen
hilft

flüssig · fest

Pertussin®

Balsam

bei Husten, Bronchitis
Bronchopneumonie
Pertussis, Asthma bronchiale

Zwei Formen - gleiche Wirkung
Wie eh und je **ohne Menthol**

Die wichtigsten Bestimmungen des Bayerischen Landeswahlgesetzes

Erfreulicherweise erkennen auch die Ärzteschaft und die sonstigen Heilberufe mehr und mehr, wie bedeutsam es ist, daß auch sie qualifizierte Sprecher in den Parlamenten besitzen. Wenn auch die Zahl der ärztlichen Abgeordneten in den deutschen Parlamenten noch verhältnismäßig gering ist — besonders im Vergleich zu den Juristen —, so konnten doch die wenigen ärztlichen Vertreter im Parlament manche Entscheidung vom Fachlichen her in vernünftigeren Bahnen lenken. Im Zuständigkeitsbereich des Bayerischen Landtags könnten viele Beispiele aufgezählt werden, wo die drei ärztlichen Vertreter*) in voller Einmütigkeit erfolgreich ihren Einfluß geltend machen. So wurde die ursprüngliche Unterbewertung der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz nicht zuletzt aufgrund der energischen Vorstellungen der ärztlichen Landtagsabgeordneten korrigiert bzw. wesentlich verbessert. Die personelle und dienstliche Unterstellung der Staatlichen Gesundheitsämter unter ihre Landratsämter konnte abgewendet und damit die unbedingte fachliche Entscheidungsfreiheit der Amtsärzte erhalten werden. Für viele weitere, die Ärzteschaft, das Hochschulwesen und Krankenhauswesen berührende Fragen der Gesetzgebung und Verwaltung, konnte das Verständnis des Parlaments geweckt und vertieft werden.

Auch die Gewerkschaften, Handwerks- und Handelskammern sowie die Arbeitgeberverbände haben seit langem in allen Fraktionen ihre Vertreter, die dafür sorgen, daß die Interessen ihrer Berufsverbände bei den parlamentarischen Entscheidungen berücksichtigt werden. Man hat deshalb bereits von einer Art Verbandsdemokratie gesprochen, auf die sich unsere modernen Demokratien hin entwickeln. Dies ist nicht unbedingt ein Nachteil, denn die Vertreter bestimmter Berufs- oder Interessengruppen sind ja meistens zugleich erfahrene und ausgebildete Fachleute auf den von ihnen besonders vertretenen Gebieten. Ohne derartige fachmännische Berater wäre ein Parlament zweifellos überfordert.

Wie wird gewählt?

Die wichtigsten Vorschriften des Landeswahlgesetzes: Auch das Bayerische Landeswahlgesetz enthält, ähnlich

*) Dr. von Brentano-Hommeyer (FDP)
Dr. Dehler (FDP)
Dr. Soennig (CSU).

wie das Gemeindegewahlgesetz, die Möglichkeit der Persönlichkeitswahl, jedoch hat der Wähler bei der Landtagswahl nur zwei Stimmen, und zwar eine Stimme für eine der fünf kandidierenden Parteien in seinem Stimmkreis (kleiner weißer Stimmzettel) und eine Persönlichkeitsstimme (Zweitstimme) für irgendeinen der ca. 200 Kandidaten aus seinem Regierungsbezirk (großer weißer Stimmzettel).

Er kann also seine zwei Stimmen zwei verschiedenen Parteien zukommen lassen, wenn er sich mit der Erststimme für eine bestimmte Partei und mit der Zweitstimme (Persönlichkeitsstimme) für einen Kandidaten einer anderen Partei entscheidet.

Kreuzt er dagegen auf dem großen weißen Stimmzettel B mehr als einen Kandidaten an, dann ist seine Wahl ungültig. Dies ist besonders bemerkenswert, weil es bei der Gemeinde- bzw. Stadtratswahl zulässig war.

Die Wählerlisten für die Persönlichkeitswahl sind auf den jeweiligen Regierungsbezirk beschränkt. Der Wähler kann also z. B. im Regierungsbezirk Oberbayern nur einen der in Oberbayern aufgestellten Kandidaten wählen. Die Kandidaten der anderen Regierungsbezirke, etwa Mittelfranken oder Schwaben, sind auf der oberbayerischen Liste nicht enthalten.

Während bei den Bundestagswahlen die sogenannte 5% Klausel gilt, haben wir bei den bayerischen Landtagswahlen die 10% Klausel auf Regierungsbezirksebene. Das bedeutet, daß nur solche Parteien in den Landtag einziehen, die mindestens in einem der sieben bayerischen Regierungsbezirke 10% der gültig abgegebenen Stimmen erhalten haben. Nach den vorliegenden Umfragen der Meinungsforschungsinstitute werden wahrscheinlich nur die drei im Bundestag vertretenen Parteien CSU, SPD und FDP diese schwierige Hürde des Wahlgesetzes überspringen können.

Gleichzeitig mit den Landtagswahlen finden die Wahlen zu den Bezirkstagen statt, also zu den parlamentarischen Vertretungen der sieben bayerischen Regierungsbezirke.

Das Wahlverfahren hierfür ist genau dasselbe. Der Wähler erhält deshalb außer den zwei weißen Stimmzetteln für die Landtagswahlen auch noch zwei grüne

ULCOLIND®

UNTERDRÜCKT UNTERBRICHT

die pathogenetische Kette,

die vom Stress, über eine vegetative Fehlsteuerung der Vasomotoren zu Spasmen der glatten Muskulatur, lokaler Mangeldurchblutung, Hypermotilität und Hypersekretion führt und damit die **Ulcus- und Gastritisgenese** erklärt. — Die zweiphasige Wirkung von **Ulcolid** zielt folgerichtig:

- 1.) auf eine Abschirmung von Störungen aus dem vegetativen Bereich und eine nachhaltige Spasmolyse (Haloperidol 0,1 mg, Diisopromin HCl 2 mg)
- 2.) auf eine lokal-symptomatische Therapie an Magen und Darm (Bismut. alumin. 100 mg, Magnes. trisilic. 100 mg, Succus liquirit. 400 mg).

30 Tabletten
60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

für die Bezirkstagswahlen, und zwar auch hier einen kleinen Stimmzettel für die Parteienwahl im Stimmkreis und einen großen Stimmzettel B für die Persönlichkeitswahl im ganzen Regierungsbezirk.

Briefwahl: Manche Kollegen werden am Wahltag verreist sein; sie können trotzdem ihrer Wahlpflicht genügen, indem sie von der Briefwahl Gebrauch machen. Die Briefwahlstimmzettel können bei der zuständigen Bezirksinspektion abgeholt oder auch schriftlich bestellt

werden. Welche Bezirksinspektion in Frage kommt, ist aus der Wählerkarte zu ersehen.

Die Persönlichkeitswahl ermöglicht es dem Wähler, auf die Kandidatenlisten der Parteien entscheidenden Einfluß zu nehmen, ja sie geradezu zu korrigieren.

Der Nichtwähler dagegen verzichtet sozusagen freiwillig auf die Würde und das Recht eines freien Staatsbürgers und begibt sich auf die Stufe eines Untertanen, dem es gleichgültig sein muß, was Regierung und Verwaltung mit ihm anfangen.

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Alkohol und Unfall

Von Adolf von Lippmann, München

Im Jahre 1958 warnte auf dem Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege in Frankfurt a. M. Obermedizinaldirektor Dr. Otto SCHMITH nachdrücklich davor, die Wirkung auch geringer Alkoholmengen auf das Verkehrsunfallgeschehen zu unterschätzen. Die Statistik der weiteren Entwicklung brachte zunehmend Tatsachen zutage, die nicht mehr weggeredet werden können. Ein ganz beträchtlicher Prozentsatz der Verkehrsunfälle wird durch Personen verursacht, die in mehr oder minderem Grade unter Alkoholwirkung gestanden hatten. Die evident durch Alkoholbeeinflussung zustande gekommenen Verkehrsunfälle sind hinsichtlich der Schwere ihrer Folgen sehr rasch mit an die oberste Stelle der Skala gerückt und dort verblieben. Aufgrund intensiver und spezieller Forschungsarbeiten gehört es heute zur gefestigten Erkenntnis der Ärzte in allen Ländern, daß, unabhängig von den in den einzelnen Gesetzgebungen für die strafrechtliche Verantwortlichkeit festgelegten Grenzen der Alkoholkonzentration im Blut, bereits recht geringe Werte zu abweichenden Verhaltensformen führen können, die dann mittel- oder unmittelbar zu einem gewichtigen Glied in der zu einem Unfall führenden Kausalkette werden. Unsere verkehrsunfallstatistischen Erhebungen können signifikante Ergebnisse nur nach dem Eintritt einer Katastrophe ergeben.

Mit anderen Worten: Die eklatante Störung der Verhaltensweise durch Alkoholeinwirkung tritt, von wenigen Ausnahmen abgesehen, und dann auch noch bedingt, immer nur bei der Untersuchung eines Unfallherganges in das Blickfeld. Über den ganzen Umfang der potentiellen Gefährdung, die im Verkehr von einer Beeinflussung durch Alkohol ausgeht, kann unsere gegenwärtige Statistik recht wenig aussagen. Über die sogenannte Dunkelziffer gibt sie mangels aussagefähiger Daten so gut wie keinen Aufschluß. Auch bei der Untersuchung eines Unfallherganges verschwindet oft die Alkoholbeeinflussung in der Dunkelziffer. Und zwar aus der Suggestion heraus, die von einem offenkundigen Fehlverhalten ausgeht, das auch ohne Alkoholeinwirkung zustande kommen kann. In den Bereich der Dunkelziffer gehören aber auch alle die Fälle, bei denen die Alkoholbeeinflussung, entweder aus Zufall oder wegen eines kompensierenden Verhaltens anderer in die Situation verstrickter Personen, nicht zu einer Katastrophe führt. Es erscheint aber verfehlt, die

Dunkelziffer zu gering zu schätzen. Das ist vielfach geschehen, weil sich die Vorstellung eingeschlichen hat, daß sich eine irgendwie wesentliche Alkoholbeeinflussung des Kraftfahrers im Verkehr wenigstens in der Regel in einer Katastrophe manifestieren müsse. Die durch gewisse Beobachtungen herausgeforderte Vermutung, daß die Alkoholbeeinflussung bei den Unfällen eine weit größere Rolle spielt, als bisher angenommen worden ist, haben in verschiedenen Ländern zu besonderen Untersuchungen geführt. Nach einem in den USA veröffentlichten Bericht haben etwa 50% der in die Untersuchung einbezogenen Unfallopfer unter Alkoholeinfluß gestanden. In der Schweiz hat die Eidgenössische Kommission gegen den Alkoholismus in den Jahren 1964/65 erstmals bei 200 Verunglückten, die in das städtische Krankenhaus einer mittleren Industriestadt zur stationären Behandlung eingeliefert worden waren, Reihenuntersuchungen durchgeführt. Das bei der Einlieferung ins Krankenhaus entnommene Blut wurde durch das Gerichtlich-medizinische Institut Basel (Direktor: Professor Dr. J. IM OBERSTEG) auf seinen Alkoholgehalt untersucht. Die damaligen Resultate sollten durch analoge Untersuchungen in einem großen Kantonsspital durch detailliertere und statistisch aussagefähigere Daten belegt werden. Die Ergebnisse sind kürzlich von Professor Dr. P. KIELHOLZ, Basel, in einem Bericht veröffentlicht worden.

In beiden Krankenhäusern wurden insgesamt 895 Unfallverletzte, die wegen der Unfallfolgen in stationäre Behandlung gekommen waren, einer Untersuchung ihres Blutes auf Alkoholgehalt unterworfen. Von diesen Verletzten waren 376 Verkehrsunfallverletzte und 519 Verletzte durch Arbeits-, Freizeit- und Sportunfälle. Überraschend war das Ergebnis, daß von den letzteren 114, d. h. etwa 22%, unter einer mehr oder minder großen Alkoholeinwirkung gestanden haben, und zwar in der Mehrzahl mit einem Blutalkoholgehalt von mehr als 0,8 Promille, dem in der Schweiz vom Bundesgericht für die Kraftfahrer festgelegten Grenzwert der strafrechtlichen Verantwortlichkeit. Die Untersuchungsergebnisse beider Krankenhäuser weichen in geringer Weise voneinander ab. Dem liegen hauptsächlich regionale Besonderheiten zugrunde. In der Zusammensetzung der Verletzten, namentlich der Verkehrsteilnehmer in einer Industrie- und einer Fremdenverkehrs-



TAESCHNER



Bei hartnäckigem
Husten
hilft zuverlässig

Taecoforte®

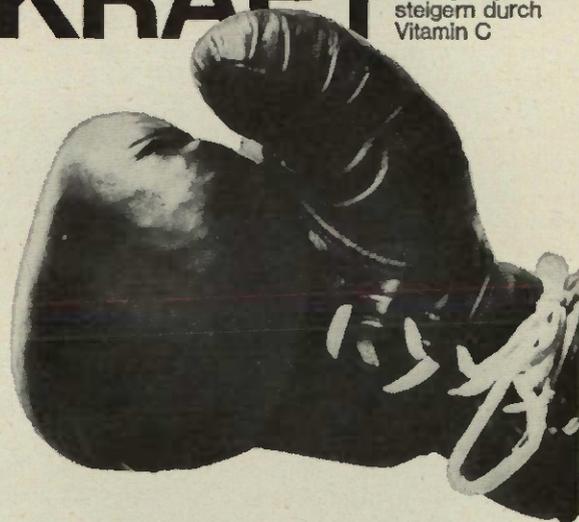
Hustensirup

Täglich 3-5 Teelöffel beseitigen
den quälenden Hustenreiz und
erhalten die Arbeitsfähigkeit

Schnellste Wirkung
durch moderne Wirkstoffkombination

ABWEHR KRAFT

schlagartig
steigern durch
Vitamin C



CEBION

EM Merck
DARMSTADT

Bronchiflux

Nattermann
Tuben

Tee

... macht schnell die Luftwege frei

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 allge-
meiner und nervöser Art.

stadt, bestehen naturgemäß Unterschiede. Die Untersuchungen haben aber gezeigt, daß die Zahl der alkoholabhängigen Verkehrsunfälle viel höher liegt, als ursprünglich angenommen worden ist. Von den 376 in beiden Krankenhäusern behandelten Verkehrsunfallverletzten standen 118, das sind rund 31%, unter Alkoholeinwirkung. Von diesen wiesen 94 bzw. 79,5% einen Blutalkohol auf, der über dem vom Schweizerischen Bundesgericht festgelegten Grenzwert von 0,8 Promille gelegen hat. Jedenfalls hat sich bei diesen Untersuchungen gezeigt, daß die im Jahre 1965 aufgrund der gesamten Untersuchungen an Verkehrstoten ermittelten 14%, die einen erhöhten Blutalkoholwert aufgewiesen haben, gar keine direkten Rückschlüsse auf die Beteiligung des Alkohols am Verkehrsunfall zulassen.

Von den untersuchten Personen, die bei Verkehrsunfällen verletzt worden sind, haben im Hinblick auf die Blutalkoholkonzentration am schlechtesten die Radfahrer mit 42% abgeschnitten. An der zweiten Stelle standen die Motorradfahrer mit 40% und an dritter Stelle die Autofahrer mit rund 29%. Bei den Fußgängern und Mitfahrern, die bei Verkehrsunfällen verletzt worden sind und in den beiden Krankenhäusern in die Untersuchung miteinbezogen werden konnten, waren immerhin 24%, die unter einem merklichen Alkoholeinfluß gestanden hatten.

Um die Ergebnisse weiter zu ergänzen und zu erhärten, sollen nunmehr in anderen Krankenhäusern in der Schweiz die gleichen Untersuchungen angestellt werden. Dabei ist wohl zu berücksichtigen, daß der Blutalkoholgehalt eines Verletzten nicht ohne weiteres bedeutet, daß dadurch der Unfall bedingt gewesen ist. Auf der anderen Seite wird aber die Wirkung des Alkohols als Unfallursache im allgemeinen und sein Effekt auf die Fahrtüchtigkeit immer wieder bagatellisiert. Völlig schief ist die Situation dadurch geworden, daß die Erörterungen darüber auf die Ebene eines puritanischen Kampfes gegen ein Genußmittel gezogen worden sind. Darum handelt es sich ja gar nicht; sondern vielmehr darum, daß dieses Genußmittel bei unzweckmäßiger Verwendung Wirkungen zeitigt, die in bestimmten Bereichen unseres Lebens, wie z. B. auch im motorisierten Straßenverkehr, im Interesse der Sicherheit aller Beteiligten einfach nicht zu gebrauchen sind. Eine Stütze des Widerstandes ist zudem noch die falsche Legende, daß Alkohol in der Lage sei, eine Leistungsverbesserung beim Menschen hervorzubringen. Alle dahingehenden Untersuchungen haben das Gegenteil bewiesen. Der erste Forscher, der die Wirkung des Alkohols auf die menschliche Leistung untersucht hat, war KRAEPELIN. Er ging von seiner ursprünglichen Überzeugung aus, daß mäßige Alkoholmengen die Leistung verbessern müßten. Aber keine seiner Untersuchungen, auch die seiner Schüler nicht, haben diese

Erwartung bestätigen können. Nie ist eine sichere Verbesserung der Leistung unter Alkoholeinfluß gefunden worden. Wenn überhaupt bei gering zugeführten Alkoholmengen ein meßbarer Effekt auftrat, dann war es immer eine Verschlechterung. Viele Forscher haben diese Untersuchungen später wiederholt. Die Methoden wurden verfeinert und verbessert. Aber die Ergebnisse sind immer die gleichen geblieben. Professor Dr. med. K. BÄTTIG, Zürich, wies kürzlich in einer Veröffentlichung darauf hin, daß besonders die Wirkung des Alkohols auf das Autofahren eingehend untersucht worden ist. Verschiedene Forscher fanden bei einem Blutalkoholgehalt von 1 Promille im Durchschnitt eine Zunahme der Fehler um rund 80%! Allgemein stieg die Zahl der Fehler schneller an als der Alkoholgehalt im Blut. Eine Verdoppelung des Alkoholgehaltes hatte eher eine Vervierfachung als eine Verdoppelung der Fehlerzahl zur Folge. Um festzustellen, ob die Leistungsverbesserung nach Alkohol etwa nichts anderes sein könne als eine durch die Einbildung vorgetäuschte stimmungshebende Wirkung, hat Bättig mit freiwilligen Studenten eigene Versuche vorgenommen. Diese haben eine oft verkannte Erscheinung enthüllt. Wenn der Alkohol beginnt, die Leistung zu verschlechtern, hebt er sozusagen zum Ausgleich die Stimmung, das Selbstvertrauen und die Zuversicht in die eigene Kraft, Leistung und Zuverlässigkeit. Schon Blutalkoholkonzentrationen um 0,5 Promille haben Kritikschwäche, Selbstüberschätzung, Enthemmung und Sorglosigkeit zur Folge. Deshalb genügt bei der heutigen Verkehrsdichte und Geschwindigkeit des Verkehrsablaufes, namentlich im gemischten Verkehr, schon eine leichte Alkoholbeeinflussung, um Verkehrsteilnehmer in kritischen Situationen versagen zu lassen.

Die komplizierten psychischen und psychomotorischen Fähigkeiten, wie das Erfassen ständig wechselnder Verkehrslagen, die Voraussicht für die sich weiterentwickelnde Situation, das Abschätzen der Entfernungen und Zwischenräume, das Gefühl für die notwendigen Abstufungen bei Richtungsänderungen und für die welche Betätigung der Bremsen, werden auch schon durch geringe Alkoholkonzentrationen im Blut beeinflusst. Die automatischen Handlungen, mit anderen Worten die Routine, gehen unter Alkoholeinfluß sehr schnell verloren, so daß die Fahrweise auch eines geübten Fahrers rasch auf die Stufe eines Anfängers herabsinkt. Infolge des gesteigerten Leistungsgefühls, vor allem im Stadium der leichten Alkoholbeeinflussung, ist aber der Betreffende völlig davon überzeugt, daß seine Fahrtüchtigkeit und Fahrsicherheit in keiner Weise beeinträchtigt ist. Damit gefährdet er sich und seine Umwelt. Von seiten der Ärzte muß, wie Professor Dr. Kielholz in seinem Bericht besonders unterstrichen hat, vor dieser Gefahr immer wieder eindringlich gewarnt werden.



*zur gezielten Therapie
der Dysmenorrhoe*

durch Spasmyolyse im Genitaltrakt
und zuverlässige Analgesie

Dismenol

(Parasulfamidobenzoensäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,15 g)
AGpharm, Luzern
Hersteller in Deutschland:
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München

AMTLICHES

Aus der Sitzung des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer

am 17. September 1966

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 17. 9. 1966 u. a. folgende Angelegenheiten beraten und dazu Beschlüsse gefaßt:

Neuwahl der nichtrichterlichen Beisitzer der Berufsgerichte und des Landesoberlandesgerichts für die Heilberufe:

Für die im Jahre 1967 neu beginnende 5jährige Amtszeit hat der Vorstand den unter Beachtung des Änderungsgesetzes vom 26. 7. 1966 zum Bayerischen Kammergesetz von den Ärztlichen Bezirksverbänden übermittelten Vorschlägen zugestimmt und beschlossen, sie dem 19. Bayerischen Ärztetag zur Annahme und Benennung der Ärzte an das Bayerische Staatsministerium der Justiz, das sie in dieses Amt zu berufen hat, zu empfehlen.

Lehrberuf der Arzthelferin: Ausbildungswesen:

a) Dauer der Lehrzeit:

Der Vorstand hat dazu folgenden Beschluß gefaßt:

„Die Dauer der Lehrzeit beträgt bei Lehrlingen, die beim Eintritt in das Lehrverhältnis das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, grundsätzlich drei Jahre.

Lehrlingen, die nach der Schulentlassung im gleichen Jahr in das Lehrverhältnis als Arzthelferin-Lehrling eintreten und noch nicht 16 Jahre alt sind, dieses Lebensjahr jedoch bis zum 31. 12. vollenden, kann anstelle der dreijährigen Lehrzeit eine zweijährige Lehrzeit genehmigt werden.

Diese Regelungen sind noch auf die am 1. 9. 1966 begonnenen Lehrverhältnisse anzuwenden.“

b) Ausbildung eines zweiten Lehrlings:

Der Kammervorstand hat folgende Änderung der Ziffer 3 der weiterhin sinngemäß geltenden Richtlinien für die Beschäftigung der Arzthelferin-Anlernlinge beschlossen:

„3. Einstellung:

Über die Einstellung ist ein schriftlicher Lehrvertrag nach dem Muster der Bayerischen Landesärztekammer abzuschließen, der die Art und Tätigkeit der Ausbildung und die Höhe der Ausbildungsbeihilfe festlegt.

In jeder Praxis soll gleichzeitig nur ein Lehrling ausgebildet werden. Die Beschäftigung eines zweiten Lehrlings bedarf der Genehmigung des Ärztlichen Kreisverbandes. Sie soll in der Regel nur dann erteilt werden, wenn der bereits tätige Lehrling bei einer zweijährigen Lehrzeit mindestens das erste, bei einer dreijährigen Lehrzeit mindestens das zweite Lehrjahr vollendet hat und eine als Arzthelferin ausgebildete oder erfahrene Hilfskraft in der Praxis tätig ist.“

c) Verpflichtungserklärung des Lehrherrn:

Auf Beschluß des Vorstands wird folgende Verpflichtungserklärung des Lehrherrn eingeführt:

„Verpflichtungserklärung

Ich verpflichte mich, bei der Ausbildung des von mir mit Genehmigung des Ärztlichen Kreisverbandes... beschäftigten Lehrlings... die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit der Anerkennung des Berufs der Arzthelferin als Lehrberuf erlassenen Ausbildungsvorschriften und die hierzu vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer beschlossenen Richtlinien zu beachten.“

d) Laboruntersuchungen:

Der Kammervorstand hat den bisherigen Umfang der vom Arzthelferin-Lehrling zu erlernenden Laborarbeiten wie folgt erweitert:

1. Urinuntersuchungen

Sulfosalizylsäureprobe
Esbach
Bestimmung des Bence-Jones-Eiweißkörpers
Urobilinogen
Urobilin
Bilirubin
Polarimetrische Bestimmung des Urinzuckers
Combustest (Kombinationstest)
Glukotest (Glukose)
Albustix (Eiweiß)
Icotest (Bilirubin)
Acetest (Aceton)
Phenistix (Phenylketon)
Wichtige Urinsedimente
Gastracid-Rest
Desmoidprobe

2. Blutmorphologie und Gerinnungsüberwachung

Die herkömmliche Zählung der Leukozyten und Erythrozyten
Die Thrombozytenzählung
Kolorimetrische Hämoglobinbestimmung
Blutungszeitbestimmung
Blutfärbemethode nach Wright

3. Blutchemie

Blutzuckerbestimmung nach Crecelius-Seifert
Blutzuckerbestimmung nach Hultmann
Harnstoffbestimmung
Methode zur Erkennung der Hyperlipämie

4. Serumlabilitätsproben

Blutsenkungsreaktion (Hinweis auf Leukämieerkennung)
Informative Unterrichtung über Leberfunktionsproben (Elektrophorese)

5. Stuhluntersuchungen

Untersuchung auf Blut
Stärkenachweis im Stuhl
Fettnachweis im Stuhl
Nachweis von Muskelfasern im Stuhl
Nachweis von Parasiteneiern im Stuhl

Schwangerschaftstest mit Pregnosticon

Unter dem Tagesordnungspunkt „Verschiedenes“ wurden u. a. folgende Angelegenheiten beraten:

a) Ambulante ärztliche Betreuung der Bewohner von Altersheimen:

Der Vorstand stellt fest, daß auch für die Bewohner von Altersheimen der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleiben muß. Eine ambulante ärztliche Tätigkeit, mit Ausnahme von Krankenbesuchen, eines außerhalb des Altersheimes niedergelassenen Arztes in solchen und ähnlichen Heimen, stellt einen Verstoß gegen das in § 6 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958, dem Arzt auferlegte Verbot einer Niederlassung an einem anderen Ort dar, und ist somit unzulässig.

b) Führung beamtenrechtlicher Amtsbezeichnungen bei der Ausübung freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit:

Der Vorstand hat zur Frage der Zulässigkeit der Führung beamtenrechtlicher Amtsbezeichnungen durch Ärzte im Rahmen ihrer freiberuflichen (Neben-)Tätigkeit folgende Stellungnahme beschlossen:

„Der Vorstand stellt fest, daß beamtenrechtliche Amtsbezeichnungen, wie z. B. Oberregierungsmedizinrat, nicht auf dem Praxisschild usw. geführt werden dürfen; insbesondere sind solche Bezeichnungen nicht als ‚ärztliche Titel‘ im Sinne des § 23 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958 anzusehen.“

Als Begründung wird darauf hingewiesen, daß die Vorschriften über die Schilder und die Ankündigungen in der die Ausübung ärztlicher Tätigkeit schlechthin regelnden Berufsordnung für die Ärzte Bayerns sich an den Kreis der niedergelassenen Ärzte richten. Ein beamteter Arzt, der entweder während seiner aktiven Tätigkeit und mit Genehmigung seines Dienstherrn oder als Pensionist freipraktizierende ärztliche Tätigkeit ausübt, hat im Rahmen dieses zweiten Berufes die hierfür geltenden Bestimmungen der Berufsordnung zu beachten. Das Beamtenrecht regelt einen anderen Rechtskreis, nämlich das Verhältnis des beamteten Arztes zu seinem öffentlich-rechtlichen Dienstherrn und insoweit auch die Führung der Amtsbezeichnung.

c) Führung der Bezeichnung „Röntgeninstitut“:

Der Vorstand stellt in Übereinstimmung mit der Ständigen Konferenz der Bundesärztekammer für Fragen

der ärztlichen Berufsordnung fest, daß die Führung der Bezeichnung „Röntgeninstitut“ nach den Bestimmungen des § 23 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958 weder auf dem Praxisschild noch in sonstigen Ankündigungen des Arztes statthaft ist, da sie keine Bezeichnung einer ärztlichen Tätigkeit ausdrückt.

(Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 24. 8. 1966 — Nr. III 8 — 5370/10 — 8/66)

Mitglieder des gemeinsamen Gutachterausschusses für Heilpraktiker

Gemäß § 4 der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz vom 18. 2. 1939 (RGBl. I S. 259) werden mit Wirkung vom 1. 10. 1966 für die Dauer von zwei Jahren als Mitglieder des für alle Regierungsbezirke gebildeten gemeinsamen Gutachterausschusses für Heilpraktiker berufen:

Vorsitzender:

Lothar Staab, Verwaltungsgerichtsdirektor a. D.

Stellvertreter:

Rudolf Interschiek, Verwaltungsgerichtsdirektor a. D.

Ärztliche Mitglieder:

1. Dr. med. David Forchheimer, Prakt. Arzt
2. Dr. med. Hans Krieger, Prakt. Arzt

Stellvertreter:

1. Dr. med. Eugen Ludwig Dietl, Prakt. Arzt
2. Dr. med. Josef Seidl, Prakt. Arzt

Heilpraktiker:

1. Ferdinand Linder
2. Eduard Altmann

Stellvertreter:

1. Rosa Mayerhofer-Leykam
2. Erich Kuhlmann

Die Entschließung vom 24. 8. 1964 — Nr. III 8 — 5370/10 — 10/64 — (MABl. S. 467) tritt am 30. 9. 1966 außer Kraft.

I. A. gez. Dr. Mayer
Ministerialdirigent

**Beachten Sie
die Weihnachtsbitte**

der Landesärztekammer und ihres
Hilfsausschusses!

Jeder Betrag auf das Konto der Bayer.

Landesärztekammer — Weihnachtspende —
(Postcheckamt München Nr. 52 52)

wird Freude und Hilfe bringen!

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1966*)

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Im September war die Erkrankungshäufigkeit sowohl an Diphtherie als auch an Scharlach etwas höher als im August. Ein Fall von übertragbarer Kinderlähmung wurde gemeldet. Merklich stieg auch die Zahl der Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung (übrige Formen).

Erkrankungen an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten der Verdauungsorgane waren im September

etwas häufiger als im Vormonat. So nahm die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) von 34 auf 40 Fälle je 100 000 der Bevölkerung (umgerechnet auf ein Jahr) zu, für Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) wurde im August eine Erkrankungsziffer von 36, im September von 41 Fällen je 100000 der Bevölkerung errechnet.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. September bis 1. Oktober 1966 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus ob-dominalis		Paro-typhus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbe-ruhr)		Enteritis infectiosa							
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirn-entzündung								Salmo-nellose		Übrige Formen					
	dar. parol. Fälle		Meningo- kokken Meningitis		Übrige Formen		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST			
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST				
Oberbayern	4	—	173	—	1	1	—	—	2	—	28	—	—	—	4	—	2	—	27	—	191	—	1	1
Niederbayern	—	—	33	—	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	1	—	1	—	2	—	29	—	1	—
Oberpfalz	—	—	40	—	—	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	—	—	2	—	23	—	—	—
Oberfranken	—	—	97	—	—	—	—	—	4	—	8	—	—	—	1	—	2	—	4	—	7	—	3	—
Mittelfranken	1	—	92	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	5	1	1	—	27	—	31	—
Unterfranken	—	—	32	—	—	—	—	—	1	—	34	—	—	—	—	—	2	—	—	—	13	—	2	—
Schwaben	13	—	61	—	—	—	—	—	4	—	16	—	—	—	5	—	2	—	3	—	26	—	—	—
Bayern	18	—	528	—	1	1	—	—	17	—	101	—	—	—	11	—	14	1	39	—	316	—	38	1
München	3	—	80	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	21	—	129	—	—	—
Nürnberg	—	—	23	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	—	1	—	—	—
Augsburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Regensburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20	
	Botu- lismus		Hepatitis infectiosa		Milz- brand		Verdachts- fälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Kindbett- fieber bei oder nach Fehl- geburt		Feld- fieber		Toxoplas- mose		Wund- starr- kampf	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	91	—	1	—	51	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—
Niederbayern	—	—	32	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	5	1	2	—
Oberpfalz	—	—	53	2	—	—	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	44	—	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Unterfranken	—	—	48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	22	1	—	—	23	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Bayern	—	—	318	3	1	—	114	—	2	—	1	—	1	—	8	1	3	1
München	—	—	39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) ST = Sterbefälle.

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

BUCHBESPRECHUNGEN

„Denk ich an München“. Ein Buch der Erinnerungen von H. Proebst, H. Lang, H. Brandenburg, H. Frhr. v. Branca-Kent, G. Frhr. v. Pechmann, R. Heger, H. Braun, Pilar Prinzessin von Bayern, E. Preetorius, R. Knecht, E. Hoferichter, I. Birnbaum, A. Sailer, W. E. Süskind, H. Mollier, P. Verhoeven, W. Heisenberg, H. Hartung, W. Petzet, I. Nadolny, K. Schwend, E. Roth, O. M. Graf, G. Lanzenstiel, E. Gürster, H. Ranczak, J. Neuhäusler, K. Ude, Konstantin Prinz von Bayern, W. Hoegner, R. Hartmann, G. Feldmeier, G. End, E. W. O. Busse und H.-J. Vogel. Herausgegeben von Hermann PROEBST und Karl UDE, 316 Seiten, mit 16 Bildern in Kunstdruck, Format 16,5×23,5 cm, Leinen, mit farbigem Schutzumschlag, DM 29,—. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Der Verlag Gräfe und Unzer, München, hat hier ein kostbares Buch herausgebracht für jeden, der München liebt. Es ist die authentische Dokumentation eines bedeutenden Stückes deutscher Zeitgeschichte.

35 Münchner haben in autobiographischen Erinnerungen ein weitgespanntes Panorama Münchens und seiner jüngsten Vergangenheit von der Jahrhundertwende bis heute gezeichnet. Die meisten von ihnen haben das Werden der Stadt in den letzten Jahrzehnten mitbestimmt. Was sie hier mit Liebe erzählen und berichten — vieles davon kommt erstmals an die Öffentlichkeit —, ist erlebte Geschichte.

Vom Zauber der Kindheit bis zur Begegnung und Auseinandersetzung mit den großen geistigen, künstlerischen, politischen Ereignissen und Gestalten reicht der Bogen der Erinnerungen. Ein Blick auf das Inhaltsverzeichnis macht die ganze Fülle sichtbar:

Abt H. Lang: „Als der Prinzregent noch lebte“; H. Brandenburg: „Schwabing nach der Jahrhundertwende“; R. Heger: „Im Zeichen Felix Mottls“; G. Frhr. v. Pechmann: „Der Werkbundgedanke in München“; R. Hartmann: „Begegnungen mit Richard Strauss“; Pilar Prinzessin v. Bayern: „Nymphenburger Notizen“; E. Preetorius: „Jahre farbenvoller Blüte“; E. Hoferichter: „Sonderlinge und Originale“; I. Birnbaum: „Studenten machen Politik“; W. E. Süskind: „Das Haus Thomas Mann“; K. Schwend: „Es ging um einen König“; P. Verhoeven: „Falckenberg — wie ich ihn erlebte“; W. Heisenberg: „An der Universität“; E. Roth: „Die ‚Neuesten‘“; Konstantin Prinz v. Bayern: „Maitage 1945“; W. Hoegner: „Der Neubeginn“.

Doch mehr als das: alles, was München und die Münchner von 1900 bis heute bewegte, wird hier gegenwärtig.

Die Bilder — Gemälde und Zeichnungen von Slevogt, Weisgerber, Gulbransson, Thöny, Heine u. a., zum Teil für „Simplicissimus“ und „Jugend“ entstanden — tragen dazu bei, das Leben und Geschehen in München sichtbar zu machen.

André MAUROIS: „Prometheus oder Das Leben Balzacs“ (Übersetzung aus dem Französischen von E. SANDER und Dr. BERGER.) 600 Seiten, Leinen, DM 28,—. Econ-Verlag, Wien-Düsseldorf.

Mit dem Buch „Prometheus oder Das Leben Balzacs“ beginnt der Düsseldorfer Econ-Verlag eine neue Reihe „Die Großen der Weltliteratur“. In ihr werden Biographien der bedeutendsten Dichter und Schriftsteller aus aller Welt erscheinen, geschrieben von Autoren der Gegenwart, die sich jahrelang mit dem Leben und Werk ihrer großen Kollegen beschäftigt haben. Die jetzt vorliegende Balzac-Biographie (in Kürze folgt von Henri Troyat „Tolstoi oder Die Flucht in die Wahrheit“) stammt von André Maurois, der nach eigenen Worten über „dreißig Jahre lang an dem Buch gearbeitet hat“. Dem Werk ging in Frankreich etwas wie ein Mythos voraus. Jahrzehnte wurde es erwartet, und als es schließlich erschien, stand es in kürzester Frist auf den Bestseller-Listen in Frankreich und in den USA.

Warum diese Balzac-Biographie so wichtig ist? Alle bisher vorliegenden Biographien wurden vor der großen Blütezeit der Balzac-Wissenschaft geschrieben. Die Darstellung von André Maurois dagegen beruht auf den neuesten Erkenntnissen und basiert zum Teil auf

Unterlagen, die erst in den letzten Jahren bekannt wurden. Deshalb wurde mit Recht bei Erscheinen des Buches in Frankreich behauptet, Maurois habe mit seinem Werk einen Schlußpunkt unter die bisherigen Biographien des Schöpfers der „Menschlichen Komödie“ gesetzt. Einen Schlußpunkt, für den der heute 80jährige Schriftsteller und Historiker viele Jahre seines Lebens benötigte, um aus dem gewaltigen, unbändigen und ungebändigten Stoff ein Ganzes und Gültiges zu schaffen. So ist dieses Buch, das auf Menschenkenntnis, beweglichem Kunstverstand und einem sechsten Sinn für die Bedeutung des scheinbar Nebensächlichen beruht, die große Balzac-Biographie unserer Zeit und zugleich ein Abschluß und eine Krönung der biographischen Arbeit von André Maurois.

Balzac, der nach unserer Vorstellung einem Genie neben Shakespeare und Goethe am nächsten kommt; der mit der „Menschlichen Komödie“ einen Romanzyklus schuf, dessen Großartigkeit noch heute Staunen erregt; Balzac, der Realist, der Visionär, der Soziologe; Balzac, der unersättliche Liebhaber und Freund; Balzac, der ein Heiliger, ein Gaieerensträfling, ein ehrenhafter und ein bestochener Richter war; Balzac, der verzweifelte Spekuant — der aber immer ein Genie blieb: der wahre Balzac wird hier als Mensch geschildert und als Schöpfer von Werken, die in fast alle Kultursprachen übersetzt wurden.

Maurois schildert das Leben des außerordentlichen Mannes so einfach, ausführlich und offenerherzig wie jemand, der zur Familie gehört, teilnehmend und ohne Zudringlichkeit, minuziös in der menschlichen Schilderung der Person Balzacs und der Menschen um ihn ebenso wie in der Erzählung und Analyse seiner Romane. So entsteht fast unter der Hand die Geschichte eines übermächtigen Willens, der seine Grenzen ständig zu sprengen sucht: die Geschichte des Prometheus unter den Großen der Weltliteratur, die Geschichte Honoré de Balzac.

L. Sprague de CAMP: „Geheimnisvolle Stätten der Geschichte“. 328 Seiten, 30 Abbildungen, Leinen, DM 20,—. Econ-Verlag, Düsseldorf-Wien.

Seit Jahrhunderten versuchen Wissenschaftler und Forscher vieler Disziplinen, den Geheimnissen versunkener oder nur noch als Ruinen bestaunter Stätten der Vergangenheit auf die Spur zu kommen. Trotzdem gibt es auch heute noch zahlreiche solcher Stätten, die mit einem Schleier des Geheimnisses umgeben sind. Dieses Buch von Sprague de Camp, dessen Werk „Die Ingenieure der Antike“ in kurzer Zeit mehrere Auflagen erreichte, beschreibt zwölf Stätten, deren Ursprung, Bedeutung und Geschichte bis zum heutigen Tag noch nicht geklärt werden konnten. Es sind: Tartessos, das als Vorbild der Atlantiserzählung bei Plato gelten darf — die Pyramiden Ägyptens — die megalithischen Anlagen von Stonehenge in Südengland — Troja in Kleinasien — der Damm von Marib in Südarabien — die Festungen von Zimbabwe in Rhodesien — Schloß Tintagel in Cornwall und die Artussage — die Tempelstadt von Angkor in Kambodscha — die Mayatempel in Tikal — die Ruinen der Andenreiche in Peru — das Kulturzentrum Nan Matol auf den Karolineninseln und die geheimnisumwitterte Osterinsel im Pazifischen Ozean.

Der besondere Reiz der Darstellung liegt darin, daß es de Camp gelingt, den Leser in die Arbeit archäologischer und historischer Forschung mit einzubeziehen und miterleben zu lassen, wie wenig jede Forschung zu einem endgültigen Abschluß gelangt. Er wird bei allen zwölf Stätten in die Entdeckung des Ortes, seine Geschichte und die Geschichte seiner Erforschung eingeführt. Er wird mit den seltsamen Theorien und Spekulationen, die sich fast mit jeder dieser Stätten verbinden, und mit dem gegenwärtigen Stand der Fragen und Forschungen bekanntgemacht.

Aus sorgfältiger Schilderung erwächst hier ein Bild des Lebens vergangener Zeiten und versunkener Reiche, deren letzte Geheimnisse wir wohl niemals ganz ergründen werden.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**17. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg**

vom 9. bis 11. Dezember 1966 — Veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer

Wissenschaftlicher Leiter: Prof. Dr. R. Schubert — Tagungsort: Meistersingerhalle Nürnberg

Tagesthema:

Freitag, den 9. Dezember 1966

THERAPIE DER ERKRANKUNGEN DER LEBER UND DER GALLENWEGE

9.00—9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40—10.20 Uhr:

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

„Therapie der akuten Virushepatitis“

10.20—11.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Kalk, Leberklinik Bad Kissingen:

„Therapie der chronischen Hepatitis einschließlich Fettleber“

11.30—12.10 Uhr:

Prof. Dr. R. Schubert, Vorstand der 2. Medizinischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Therapie der Leberzirrhose verschiedener Genese“

12.10—12.40 Uhr:

Prof. Dr. D. Müting, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Homburg/S.:

„Therapie des Coma hepaticum“

14.20—15.00 Uhr:

Filmvorführung (Byk-Gulden, Konstanz):

„Erkrankungen der Gallenwege“

Wissenschaftliche Autoren: Dr. W. D. Becker, Mannheim, Dr. M. K. Moorthi, Mannheim, Prof. Dr. G. Schallock, Mannheim, Priv.-Doz. Dr. E. Wildhirt, Kassel, u. a.

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. L. Demling, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen:

„Therapie der Cholezystopathie und Cholangitis“

15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Mohr, Chefarzt der klinischen Abteilung des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenkrankheiten Hamburg:

„Therapie der parasitären Lebererkrankungen“

16.00—16.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Knothe, Hygiene-Institut der Universität Kiel:

„Antibiotische Therapie bei Salmonelleninfektionen der Gallenwege“

16.50—17.20 Uhr:

Dr. A. Jakob, Vorstand des zentralen Strahleninstituts der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Neuere Möglichkeiten der Strahlendiagnostik bei Erkrankungen der Gallenwege und der Leber“

17.20—17.50 Uhr:

Prof. Dr. K. Stucke, Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg:

„Chirurgie der Leber und der Gallenwege“

17.50—18.10 Uhr:

Prof. Dr. G. Hillmann, Vorstand des Chemischen Instituts der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Klinisch-chemische Schnellmethoden bei Lebererkrankungen“

18.10 Uhr:

Diskussion

Samstag, den 10. Dezember 1966

Tagesthema:**„THERAPIE DER PERIPHEREN ARTERIELLEN UND VENÖSEN DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN“**

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. W. Doerr, Direktor des Pathologischen Universitätsinstituts Heidelberg:

„Periphere Durchblutungsstörungen verschiedener Genese aus der Sicht des Pathologen“

10.10—10.50 Uhr:

Prof. Dr. G. Schettler, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg:

„Konservative Therapie der peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen arteriosklerotischer und entzündlicher Art“

11.20—12.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Hegemann, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen:

„Chirurgische Therapie der arteriellen Durchblutungsstörungen einschließlich der Möglichkeiten der Gefäßplastik“

12.00—12.30 Uhr:

Dr. D. v. Arnim, Vorstand des Physikalischen Instituts der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Physikalische Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen verschiedener Genese“ (mit Film)

14.20—15.00 Uhr:

Filmvorführung

(Farbenfabriken Bayer, Leverkusen)

„Das akute Abdomen“

Wissenschaftliche Autoren: Sir John Bruce, Edinburgh, Prof. Dr. W. Creutzfeldt, Göttingen, Prof. Dr. F. Linder, Heidelberg, Prof. Dr. C. E. Alken, Homburg/Saar, Prof. Dr. N. Hennig, Erlangen, u. a.

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. A. Bernsmeier, Direktor der 1. Medizinischen Universitätsklinik Kiel:

„Therapie der frischen Apoplexie“

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. W. Birkmayer, Vorstand der Neurologischen Abteilung Lainz, Wien:

„Therapie der chronischen zerebralen Durchblutungsstörungen“

16.20—16.50 Uhr:

Dr. K. Sigg, Leiter der Poliklinik für Venenerkrankungen des Frauenspitals Basel:

„Prophylaxe und konservative Therapie der Venenerkrankungen“

Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesia

17.20—17.50 Uhr:

Prof. Dr. K. Denecke, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung der Städt. Krankenanstalten Fürth:

„Chirurgische Therapie bei venösen Durchblutungsstörungen: akute Venenverschlüsse, Shunt, periphere Varizen, Hämorrhoiden“

17.50—18.10 Uhr:

Prof. Dr. G. Weber, Vorstand der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Differentialdiagnose und Therapie des Ulcus cruris“

18.10 Uhr:

Diskussion

Sonntag, den 11. Dezember 1966

Tagesthema:

WOHLSTAND UND KRANKHEIT

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. A. Jores, Direktor der II. Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Hamburg:

„Wohlstand und Krankheit aus der Sicht des Kliniklers“

10.10—11.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Thomae, Direktor des Universitätsinstituts für Psychologie Bonn:

„Abhängigkeit der seelischen Entwicklung vom Wohlstand“

11.30—12.00 Uhr:

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

„Leistungsgesellschaft und Krankheit“

12.00—12.30 Uhr:

Dozent Dr. H. J. Holtmeier, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik, Freiburg:

„Ernährung und Wohlstand“

12.30 Uhr:

Diskussion

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstr. 85, Tel. 36 11 21

Fortbildungsveranstaltungen der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns in München

Seminar über Erkrankungen der Leber, des Darmes und des Pankreas:

Am Mittwoch, den 2. 11. 1966, um 20.15 Uhr, am Samstag, den 5. 11., um 15.30 Uhr, und am Samstag, den 12. 11. 1966, um 15.30 Uhr, im Hörsaal der II. Medizinischen Universitätsklinik, München, Ziemssenstraße 1. Leitung: Professor Dr. E y m e r.

Praktischer Augenspiegelkurs

(Mit Vorträgen über die Erstversorgung perforierender Augenverletzungen, Verätzungen und über das Glaukom): Am Samstag, den 19. 11., Mittwoch, den 23. 11., und Samstag, den 26. 11. 1966. Samstag um 15.30 Uhr, Mittwoch um 20.15 Uhr, in der Universitäts-Augenklinik, München, Mathildenstraße.

Leiter: Professor R e m k y.

Therapie und Erkennung akuter Vergiftungen:

Am 3. und 10. 12. 1966 in München, im Krankenhaus rechts der Isar. Beginn 15.30 Uhr, jeweils zwei Doppelstunden.

Leiter: Dr. von C l a r m a n n.

Laborkurs für Ärzte und fortgeschrittene Laborkräfte:

Am Samstag, den 14. 1. und 21. 1. 1967, in München im Kursaal der II. Med. Univ.-Klinik. Je 3 Stunden.

Leiter: Professor Dr. O. W i e l a n d.

EKG-Kurs für Fortgeschrittene:

Vom 11. 2. bis 15. 3. 1967, jeweils Samstag, 15.30 Uhr, und Mittwoch, 20.15 Uhr, in der II. Medizinischen Universitätsklinik, München, Ziemssenstraße 1.

Leiter: Privatdozent Dr. D. A t h a n a s i o u.

Diagnostik der Blutkrankheiten:

Vom 19. 4. bis 6. 5. 1967, jeweils Samstag, 15.30 Uhr, und Mittwoch, 20.15 Uhr, in der II. Medizinischen Universitätsklinik, München, Ziemssenstraße 1.

Leiter: Privatdozent Dr. B o r c h e r s.

Anmeldungen zu allen Kursen nur beim Sekretariat der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns, 8000 München-Waldperlach, Hamannstr. 8, Tel. 4 60 28 48

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

„Fortbildung vor der Tür des Praktischen Arztes“

7. Dezember 1966:

„Das akute Abdomen“

Professor Dr. med. H o l l e, Direktor der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik München:

„Aktuelle Probleme der akuten Komplikationen des Gastro-Duodenal-Ulcus“

Privatdozent Dr. med. M e y e r, Oberarzt, Chirurgische Klinik der Universität München:

„Die Behandlung der akuten Pankreatitis bzw. der Pankreaserkrankungen“

Film: „Das akute Abdomen“ (Farbwerke Bayer)

Anschließend Diskussion

Tagungsort: Gasthof „Goldener Pflug“, Ising bei Seebuck/Chiemsee. Beginn 19.30 Uhr.

Auskunft: Sekretariat Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Dr. med. H. M a t u s c z y k, 8210 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9, Telefon 482.

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz e. V.

am 17. November 1966 in München

Die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz e. V. veranstaltet in Verbindung mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge am Donnerstag, den 17. 11. 1966, im Plenarsaal der Bayerischen Akademie der Wissenschaften, München 22, Marstallplatz 8, eine Tagung zu dem Thema „Probleme der menschlichen Belastung im Wandel der technischen Arbeitsmethoden“.

Die Schirmherrschaft hat der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Hans SCHÜTZ, übernommen.

Alle interessierten Kreise aus Technik, Medizin, Wirtschaft, Wissenschaft und aus dem sozialen Bereich erlauben wir uns, zu der Tagung einzuladen.

Auskunft erteilt das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, Abteilung Arbeitsschutz, 8000 München 13, Winzererstraße 9, Tel. 5 20 82 54 oder 5 20 82 88.



Standardartin.

antitussicum

Der experimentell
im pharm. Reihenversuch
wirkungsbestimmte
Hustensaft

KREWEL-WERKE, Esorf b. Köln



Die Bundeswehr stellt ÄRZTE als Sanitätsoffiziere auf Zeit ein

Die Verpflichtungszeit beträgt je nach Wunsch zwei oder drei Jahre. Verlängerung der Dienstzeit bis zu 15 Jahren ist möglich, desgl. der Übertritt in die Laufbahn des Berufssanitätsoffiziers.

Je nach Länge der Verpflichtungszeit erfolgt Verwendung

- auf Fachabteilungen der Bundeswehr-Lazarette (Amberg/Opf., Bad Zwischenahn, Detmold, Gießen, Glückstadt, Hamburg, Hamm / Westf., Kempten / Allg., Kiel, Koblenz, München, Wildbad)
- oder in Bundeswehr-Instituten

(Wehrmedizinisches Institut der Bundeswehr, Blutspendezentrale, Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe, Schiffahrtsmedizinisches Institut der Marine)

- und als Truppenarzt

Bei Verpflichtung auf:	2 Jahre	3 Jahre
Lazarett- oder Institutstätigkeit	18 Monate	24 Monate
(Die Tätigkeit in Bundeswehrlazaretten kann als Facharztausbildung anerkannt werden.)		
Truppentätigkeit	6 Monate	12 Monate

Geboten wird:

Dienstgrad: Stabsarzt. (Fachärzte mit mindestens 10 Jahre Tätigkeit als Ärzte können als Oberstabsärzte eingestellt werden.)

Besoldung: nach Besoldungsgruppe A13 des Bundesbesoldungsgesetzes (wie Regierungsmedizinalrat)

Dienstzeitversorgung:

- Urlaub: bei einem Lebensalter von 30 Jahren: 27 Arbeitstage.
- Trennungsentschädigung nach Maßgabe der Bestimmungen.
- Nach Beendigung der Wehrdienstzeit erhalten Stabsärzte nach 2 Jahren etwa DM 5000.— 3x Bezüge des letzten Monats, nach 3 Jahren etwa DM 13500.— 8x Bezüge des letzten Monats als einmalige steuerfreie Abfindung.
- Nachversicherung in der Rentenversicherung für die Dauer der Wehrdienstzeit.

Bitte informieren Sie mich über die Laufbahn des Sanitäts-Offiziers außerdem bitte ich um die Zusendung von Bewerbungsunterlagen (Gewünschtes bitte ankreuzen)

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Ort: () _____ Straße: _____ Kreis: _____

OS 19 83/37/1501 praktischer Arzt Facharzt Fachrichtung _____ Bestellung vom: _____

Bitte in Blockschrift ausfüllen und senden an Bundeswehramt, 5300 Bonn, Postfach 7120



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.

November 1966:

- 19.—20. 11. in München: 6. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin Bayerns e. V., 8036 Herrsching vor München, Summerstraße 3.
23. 11. in Ising bei Seebruck/Chiemgau: „Diagnostik und Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen“. Auskunft: Sekretariat für Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Dr. med. H. Matusczyk, 8210 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9.
- 26.—27. 11. in München: Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Professor Dr. med. Frick, 51 Aachen, Goethestraße 27.

Dezember 1966:

- 1.—3. 12. in Hamburg: 98. Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen. Auskunft: Professor Dr. O. Lindenschmidt, 2 Hamburg 33, Rübenkamp 148, Allgemeines Krankenhaus Barmbek.
- 2.—3. 12. in Berlin: Symposion über klinische Immunologie der Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung. Auskunft: Dozent Dr. Lunzenauer, Pathologisches Institut der Humboldt-Universität, 1 Berlin, Schumannstraße 20—21.
4. 12. in Hamm: Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe: „Osteopathien und Osteochondrosen“. Auskunft Dr. med. habil. D. Lipp-ros, 46 Dorimund, Hohenzollernstraße 35.
7. 12. in Ising bei Seebruck/Chiemgau: Das akute Abdomen. Auskunft: Dr. med. H. Matusczyk, Sekretariat für Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, 8210 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9.
- 9.—10. 12. in Bochum: Tagung der Gesellschaft für Lungen- und Atmungsforschung. Auskunft: Professor Dr. W. T. Ulmer, 4630 Bochum, Institut für Lungenforschung, Hunscheidtstraße 12.
- 9.—10. 12. in München: 16. Tagung der Münchener Otolaryngologischen Gesellschaft. Auskunft: Professor Dr. A. Herrmann, 8 München 15, Pettenkoferstraße 8a.
- 9.—11. 12. in Nürnberg: 17. Wissenschaftliche Ärztagung, veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer, unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. R. Schubert, Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.
- 10.—11. 12. in Hennen (Sieg): Wochenendkurs zur Ausbildung und Fortbildung als Sportarzt. Auskunft: Dr. med. P. Schloemann, 5090 Leverkusen-Alkenrath, Bernhard-Letterhaus-Straße 17.
- 17.—18. 12. in Bad Bergzabern: Wochenend-EKG-Kurs für Fortgeschrittene über die gesamte Elektrokardiographie und über die neue diagnostische Methode. Auskunft: Sekretariat der Herz-Spezialklinik 6748 Bad Bergzabern.

Januar 1967:

- 12.—14. 1. in Nairobi: Wissenschaftliche Konferenz über Krebs der East African Medical Research Council. Auskunft: East African Medical Research Council, P. O. Box 30 005, Nairobi/Afrika.
- 14.—28. 1. in Madonna di Campiglio: 31. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportärztdiploms. Auskunft: OMR Dr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstraße 16.
- 18.—21. 1. in Gleßen: V. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 63 Gleßen, Buchheimstraße 10.

- 18.—22. 1. in Santiago/Chile: 1. Lateinamerikanischer Kongreß für Parasitologie. Auskunft: 1.er Congreso Latinoamericano de Parasitología, Secretaría General, Casilla 9183, Santiago/Chile.
- 19.—21. 1. in Hamburg: Wintertagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Professor Dr. Jacobi, Marienkrankenhaus, 2 Hamburg 22, Alfredstraße 8.
- 23.—28. 1. in St. Moritz: 9. Alpines EEG-Meeting. Auskunft: Dr. H. R. Richter, Neurologische Universitätsklinik, Basel, Socinstrasse 55.

In diesem Heft inserieren folgende pharmazeutische Firmen:

Athenstaedt, Arzneimittel, Bremen
 Baumolan, Erlangen
 C. F. Boehringer & Soehne GmbH, Mannheim
 Dr. Braun & Herberg, Bad Schwartau
 Cefak, Dr. Brand & Co. KG., Kempten
 Delta-Chemie, Pauly & Co. KG., Hamburg
 Dentinox-Gesellschaft für pharmazeutische Präparate, Berlin
 Dolorgiet, Bad Godesberg
 Dorsch & Co. KG., München
 Karl Engelhard, Frankfurt/Main
 Gödecke & Co. AG., Freiburg
 Heel GmbH., Baden-Baden
 Arzneimittelfabr. Hüls, Dr. Hense, Hüls
 Ludwig Heumann & Co., Nürnberg
 Farbwerke Hoechst AG., Frankfurt/Main
 Dr. Hommel's GmbH., Mühlheim/Baden
 Hormon Chemie, München
 Ifah GmbH., Hamburg
 Jacopharm, Hamburg-Schenefeld
 Klinge, München 23
 Krewel-Werke, Eitorf b. Köln
 Lindopharm KG., Hilden/Rhld.
 Luitpold-Werk, München
 Heinrich Mack Nachf., Illertissen/Bay.
 Medika, München
 E. Merck AG., Darmstadt
 L. Merckle GmbH., Blaubeuren
 Arznei Müller, Bielefeld
 A. Nattermann & Co., Köln-Braunsfeld
 Nordmark-Werke GmbH., Hamburg, Werk Uetersen
 Patentex GmbH., Frankfurt
 Permicutan KG., Dr. Euler, München
 Recorsan-Gesellschaften, Gräfelting
 Julius Redel, Cesra Arzneimittelfabrik, Haueneberstein
 b. Baden-Baden
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin
 Richter & Cle., Eitville
 Dr. F. Sasse, Berlin
 Dr. Schertl GmbH., München
 W. Schwarzhaupt KG., Köln
 Sharp & Dohme GmbH., München
 Simons Chem. Fabrik, Gauting
 Taeschner & Co., Berlin
 Uzara-Werk, Melsungen
 Vial & Uhlmann, Frankfurt

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beiliegend:
 Klinge, München 23,
 C. F. Boehringer & Soehne, Mannheim,
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin,
 Dr. F. Sasse, Berlin,
 Vial & Uhlmann, Frankfurt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/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. Postscheckkonto 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 Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pfäuum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

