

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 10

München, Oktober 1967

22. Jahrgang

20. Bayerischer Ärztetag in München

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 13./14./15. Oktober 1967

Eröffnung

des 20. Bayerischen Ärztetages mit einem Festakt am Freitag, den 13. Oktober 1967, 19.30 Uhr, im Konzertsaal der Staatlichen Hochschule für Musik, München 2, Arcisstraße 12

Festvortrag:

Die ärztliche Standesvertretung in Bayern in Vergangenheit und Gegenwart

Arbeitstagung

im Regina-Palast-Hotel, Max-Joseph-Saal, München 2, Maximiliansplatz 5

Beginn: Samstag, 14. Oktober 1967, 9.30 Uhr

Fortsetzung: Sonntag, 15. Oktober 1967, 9.30 Uhr

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

Tagesordnung

1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
2. Rechnungsabschluß 1966 und Varanschlag 1968
3. Änderung der Beitragsordnung zur Bayerischen Landesärztekammer
4. Neuwahl des Krankenhausausschusses
5. Bericht über die Aktion der Bayerischen Landesärztekammer zur Früherkennung der Zuckerkrankheit
6. Wahl des Tagungsortes des 21. Bayerischen Ärztetages 1968

Am Samstag, den 14. Oktober 1967, 20.30 Uhr, findet im Festsaal des Hotels „Bayerischer Hof“, München 2, Promenadeplatz 6, ein **Großer Münchener Ärzteball** statt.



**Grußwort
des Bayerischen
Ministerpräsidenten
zum
20. Bayerischen
Ärztetag in München**

Allen Teilnehmern des Bayerischen Ärztetages 1967 entbiete ich die Grüße der Bayerischen Staatsregierung. In einer Zeit, in der die Gesunderhaltung des einzelnen und des Volkes wie nie zuvar in das Bewußtsein der Öffentlichkeit gerückt ist, gewinnt die Mitwirkung des Arztes in der öffentlichen Gesundheitspflege größte Bedeutung. Ein nachahmenswertes Beispiel dieser Mitarbeit war die Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit in der Landeshauptstadt, die von den Gesundheitsbehörden in enger Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer und ihren Kreisverbänden nun in ganz Bayern durchgeführt wird.

Die Staatsregierung begrüßt vor allem das Fortbildungsprogramm, das die bayerischen Ärzte in zahlreichen Veranstaltungen mit den neuesten Errungenschaften der medizinischen Wissenschaft bekannt macht und ihnen die Erfahrungen großer Kliniken und Krankenhäuser vermittelt und das in nicht minder anerkannter Weise auch der zeitgemäßen Schulung des ärztlichen Hilfspersonals dient.

Ich wünsche dieser bedeutsamen Arbeit, die einen wirksamen Beitrag zur Gesundheitspolitik der Staatsregierung darstellt und über Ärzte und Pflegepersonal unseren Kranken hilft, weiterhin viel Erfolg, wie ich allen Ärzten und ihren Organisationen für die aufopferungsvolle Arbeit danke.

Dr. h. c. Gappel

Die Landeshauptstadt München



**grüßt
die Teilnehmer
des
20. Bayerischen
Ärztetages**

In der Zeit vom 13. bis 15. Oktober 1967 veranstaltet die Bayerische Landesärztekammer in München in festlichem Rahmen den 20. Bayerischen Ärztetag, zu dem rund 160 Delegierte erwartet werden. Als Oberbürgermeister der bayerischen Landeshauptstadt darf ich alle Teilnehmer im Namen des Stadtrats, aber auch persönlich auf das herzlichste willkommen heißen. Ihre Beratungen, denen ich einen vollen Erfolg wünsche, werden sicher nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in der Öffentlichkeit auf großes Interesse stoßen, denn das Programm Ihrer Tagung enthält unter anderem für die Volksgesundheit so wesentliche Punkte wie die Früherkennung der Zuckerkrankheit. Mein zweiter Wunsch ist, daß alle Gäste neben ihrer Arbeit einen angenehmen Aufenthalt in unserer schönen Stadt finden, um mit guten und bleibenden Eindrücken wieder wohlbehalten nach Hause zurückzukehren.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Vagel' with a stylized flourish at the end.

Dr. Vagel
Oberbürgermeister



Grußwort zum Bayerischen Ärztetag

Die ärztliche Standesvertretung in Bayern veranstaltet in diesen Tagen ihren 20. Ärztetag nach dem Krieg und Zusammenbruch. Das ist ein Jubiläum, über das wir uns freuen dürfen, und ein Markstein in der Geschichte der ärztlichen Standesvertretung in Bayern. Wir feiern gleichzeitig den 40. Geburtstag des Bayerischen Ärztegesetzes von 1927, welches die Errichtung einer alle Ärzte umfassenden Berufsvertretung in Bayern ermöglicht hat.

Ich heiße die Delegierten der bayerischen Ärzte in unserer Landeshauptstadt herzlich willkommen. Ein ganz besonders dankbarer Gruß gilt denjenigen Kollegen, die seit dem Zusammenbruch unablässig in der ärztlichen Standesvertretung mitgearbeitet haben und damit auch ein persönliches Jubiläum feiern dürfen.

Wir haben in diesem Jahr die große Freude und Ehre, Vertreter der Ärzteschaften unserer befreundeten Nachbarländer Liechtenstein, Österreich und der Schweiz, und wie seit Jahren, hervorragende Vertreter der ärztlichen Standesvertretung der Kammern, der Kassenärztlichen Vereinigungen und freier Verbände der Bundesrepublik als unsere Gäste begrüßen zu dürfen.

Ihnen allen gilt unser Gruß und Dank!

Möge der 20. Bayerische Ärztetag die Dynamik und die Lebenskraft der Ärzte des Freistaates Bayern und ihrer Standesvertretung ausstrahlen und die Verbundenheit mit seiner Bevölkerung bekräftigen. Möge er zugleich der Beginn weiterer erfolgreicher Jahre im Dienste der Ärzte des Landes und der Gesundheit seiner Menschen sein.

Dr. Hans J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer



Herzlich willkommen in München!

Zum 20. Male findet diesmal der Bayerische Ärztetag statt. Er ist bereits eine nicht mehr wegzudenkende Tradition der gesamten bayerischen Ärzteschaft geworden, und so ist es für den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München eine besondere Auszeichnung und Verpflichtung, daß diese Jubiläumstagung in der Landeshauptstadt abgehalten wird.

Mehr als 4500 Ärzte gehören dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München als Mitglieder an, davon 1700 in eigener Praxis niedergelassene Kollegen. München stellt also das größte ärztliche „Ballungszentrum“ Deutschlands, wenn nicht sogar Europas, dar.

Die große Tradition der Münchener Medizinischen Fakultät und weiterer medizinischer Forschungszentren ist so bedeutend und bekannt, daß es in diesem Rahmen nicht möglich wäre, ihre glänzenden Vertreter und Bahnbrecher der medizinischen Wissenschaft in Vergangenheit und Gegenwart aufzuführen. Daneben befinden sich in München die Spitzen einer ganzen Reihe von ärztlichen Organisationen und Dienststellen des öffentlichen Gesundheitswesens, so daß man geradezu von einem medizinischen Verwaltungszentrum ersten Ranges sprechen kann. Schließlich erfüllen die 1700 in eigener Praxis niedergelassenen Ärzte in stiller, aufopfernder Pflichterfüllung und unter nicht leichten Bedingungen ihre wichtigen Aufgaben zum Wohl der Volksgesundheit. Das rasche Wachstum der Stadt München hat einen erheblichen Mangel an Krankbetten und auch empfindliche Schwierigkeiten im Straßenverkehr und bei den Parkmöglichkeiten mit sich gebracht, unter denen besonders die praktizierenden Kollegen zu leiden haben.

Für die Münchener ärztliche Standesvertretung ist es angesichts dieser Lage nicht immer leicht, die Interessen des Berufsstandes zu wahren. Sie ist um so mehr bestrebt, in enger Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, die Ärzteschaft in Krankenhaus, Verwaltung und in der freien Praxis zu einem einheitlichen Standesbewußtsein zusammenzuschweißen, und dadurch dem Stand die gebührende Stellung und Achtung in der Gesellschaft zu erhalten. Vor allem auch diesem Ziele möge der 20. Bayerische Ärztetag dienen!

In diesem Sinne grüßt die Münchener Ärzteschaft alle bayerischen Kollegen und wünscht den Teilnehmern erfolgreiche Ergebnisse ihrer Beratungen, aber auch harmonische und fröhliche Stunden festlichen Beisammenseins.

Dr. v. Brentana-Hammeyer

1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München

Die Neugründung der Zweiten Medizinischen Fakultät in München

In einem Festakt, umrahmt von musikalischen Darbietungen des Streichquartetts der Münchner Philharmoniker, wurde am 14. September 1987 das Städtische Krankenhaus r. d. Isar als künftige Ausbildungsstätte in die Obhut des Freistaates Bayern übergeben.

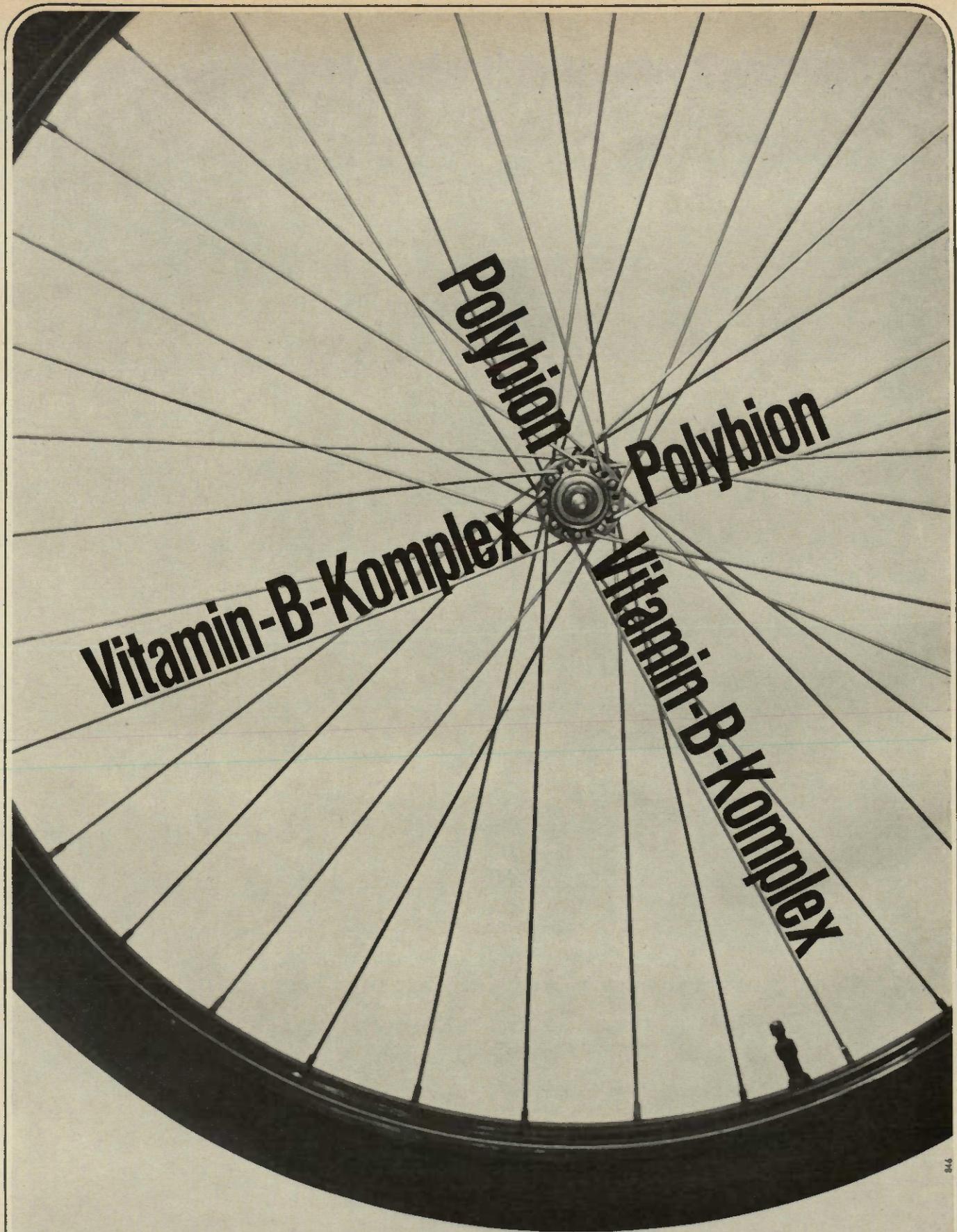
Der Krankenhausreferent der Landeshauptstadt, Stadtrat Dr. Erwin Hamm, brachte einen kurzen Überblick über die Entwicklung der „Haidhauser Krankenstube“ zur höchsten Stufe medizinischen Ansehens, zu einer medizinischen Fakultät. Vor 35 Jahren hatte der Münchner Stadtrat den Beschluß gefaßt, das Krankenhaus zu schließen und die Kranken nach Schwabing und links der Isar zu überführen. Schon damals hat sich die Bayerische Staatsregierung für das Krankenhaus rechts der Isar interessiert und die Weisung erteilt, von der Schließung Abstand zu nehmen. Es ist anzunehmen, daß dies — wie Hamm unter der Heiterkeit der Festgäste feststellte — in weitschauender Voraussicht zur Ermöglichung der heutigen Übergabe geschah und nicht nur, um der Bevölkerung Haidhausens, die sich in stürmischen Protestkundgebungen gegen die Schließung des ihr so liebgewordenen Hauses verwarhte, gerecht zu werden. Mit dem Ende des Krieges war der absolute Tiefstand des Krankenhauses erreicht. Die Zerstörungen waren so umfangreich, daß nur noch 265 belegungsfähige Krankenbetten in einem Notbetrieb versorgt werden konnten. Nun aber zeigte es sich erst recht, daß die Anhänglichkeit der Bevölkerung an ihr Haidhauser Krankenhaus nicht nur Sentimentalität war. Die Stadt München hat seit der Währungsreform in dieses Krankenhaus 48 Millionen investiert, damit 18 Fachabteilungen und Institute mit insgesamt 1189 Krankenbetten geschaffen, und so hervorragende Arztpersönlichkeiten gewonnen, daß das Ansehen des Hauses nunmehr weit über Deutschlands Grenzen hinausreicht. Die überaus beengten Verhältnisse für die über 3000 Medizinstudenten in München veranlaßten den Bayerischen Staatsminister für Unterricht und Kultus, an die Stadt München heranzutreten, mit der Anregung, geeignete städtische Krankenhäuser für Zwecke der medizinischen Lehre und Forschung zur Verfügung zu stellen. Die schwierigen Verhandlungen hätten aus geringfügigsten Anlässen scheitern können, wenn nicht die beiden Verhandlungspartner in voller Loyalität nur das zu erreichende Ziel im Auge gehabt hätten.

Oberbürgermeister Dr. H. J. Vogel übergab das Krankenhaus an den bayerischen Staat. Er führte aus: „Drei Gefühle beseelen uns aus diesem Anlaß; das Gefühl einer gewissen Wehmut, das Gefühl einer sachlich und verstandesmäßig bedingten Genugtuung und schließlich das Gefühl der Dankbarkeit. Wehmut empfinden wir, weil dieses Krankenhaus mehr als einhundert Jahre ein wesentlicher Bestandteil unseres Gesundheitswesens war. Im Jahre 1834 von der damals noch selbständigen Gemeinde Haidhausen gegründet, erhielt es 1854 bei der Eingemeindung seinen Namen, der es von dem schon vorhandenen Krankenhaus in der Ludwigsvorstadt, dem seitdem so genann-



Kultusminister Dr. L. Huber überreicht dem Rektor der TH, Professor Dr. Gerd Albers, Schlüssel und Gründungsurkunde. In der Mitte Münchens Oberbürgermeister Dr. H. J. Vogel

ten Krankenhaus links der Isar, unterscheiden sollte. In den 113 Jahren, die inzwischen vergangen sind, hat dieses Haus das Schicksal unserer Stadt geteilt und widerspiegelt. Hier haben Generationen von Ärzten, Schwestern und Helfern Hunderttausende, ja Millionen von Münchnern gepflegt und ihnen zur Genesung verholfen oder doch das Sterben erleichtert, den Opfern der Choleraepidemien von 1854 und 1873/74 ebenso wie den Verwundeten des Krieges von 1870/71 und der beiden Weltkriege, den Opfern des Luftkrieges ebenso wie denen, die sonst in schwerer Krankheit und Not hier Zuflucht suchten. Und auch das Haus selbst hat an dem Auf und Ab unserer Stadt teilgenommen. Ausgebaut und erweitert zunächst bis zum Jahre 1943, dann zerstört bis auf einen kleinen Rest und schließlich wieder aufgebaut und von 1954 an bis zu seiner heutigen Größe und Ausstattung weiterentwickelt und modernisiert. Es ist also wahrlich ein Stück München, das heute übergeben wird und von dem wir uns nur schweren Herzens trennen. Deshalb entspringt auch das Gefühl der Genugtuung nicht so sehr dem Herzen, sondern eher der Vernunft, nämlich der Überlegung, daß dem Übergang des Hauses von der Stadt auf den Staat ein wohlabgewogener Vertrag zugrunde liegt, der den beiderseitigen Interessen in angemessener Weise Rechnung trägt. Der Staat, von dem ja auch die Initiative zu den Verhandlungen ausging, gewinnt sofort und mit verhältnismäßig geringem Aufwand zusätzliche Ausbildungsplätze für den medizinischen Nachwuchs. Die Stadt ihrerseits weiß, daß die 1185 Betten dieses Hauses auch künftig in beträchtlichem Umfang für die Bürger und Bürgerinnen Münchens zur Verfügung stehen. Darin liegt auch die Rechtfertigung für den nicht unerheblichen Zuschuß, den die Stadt weiterhin zu den Betriebskosten des Krankenhauses leisten wird. Außerdem sind die Verantwortlichkeiten klar geschieden und auch die Belange des Personals gewahrt, das nach seiner Entscheidung entweder in die Dienste des Staates übertreten oder auch im Dienst der Stadt ver-



E. Merck
DARMSTADT

Dragees
„forte“-Dragees
Tropfen
Ampullen

Appetitlosigkeit, Erschöpfungszustände
Nebenwirkungen der Antibiotikatherapie
Röntgenkater

bleiben kann. Insgesamt also eine Lösung, bei der sich kein Partner übervorteilt fühlen braucht, sondern beide Teile in gleichem Maße geben und nehmen.“ Der Oberbürgermeister dankte sodann den Ärzten, leitenden Ärzten und Chefärzten mit Professor Dr. Maurer als dem ärztlichen Direktor an der Spitze. Der Dank galt den Pflegern und dem hilfsärztlichen Personal, aber auch dem Hauspersonal sowie den Dienstkräften im Wirtschafts- und Verwaltungsdienst. Und er galt natürlich in ganz besonderem Maße den Schwestern, und besonders den Barmherzigen Schwestern, weil ihr Orden bereits seit dem 11. August 1840, also seit mehr als vier Generationen an diesem Krankenhaus tätig ist. Staatsminister Dr. Ludwig Huber hob hervor, daß der vom Oberbürgermeister soeben übergebene Schlüssel seinem Wesen nach das ambivalente Symbol für das Verlassen und für das Betreten eines Hauses ist. Er gedachte der Tatsache, daß die Stadt das Krankenhaus mit sehr erheblichen Mitteln zu einem hochmodernen Behandlungszentrum ausgebaut und in dem sie maßgeblich ihren guten Ruf als Krankenhausstadt begründet hat. Der bayerische Staat betritt dieses Haus, um in ihm künftig seine verfassungsmäßige Aufgabe zu erfüllen, das heißt eine Stätte der medizinischen Forschung und Lehre, der Ausbildung guter Ärzte einzurichten. Dieses Werk entspringt der tiefempfundenen Verantwortung der Staatsregierung für das Wohl der Bürger, für ihr kostbarstes Gut, die Gesundheit, und für das wichtigste Kapital unserer Volkswirtschaft, die Volksgesundheit. Die medizinische Wissenschaft hat in den letzten Jahrzehnten gewaltige Fortschritte gemacht, diese setzen sich Hand in Hand mit Naturwissenschaft und Technik stürmisch fort. Sie eröffnen Möglichkeiten der Heilung und Linderung von Krankheiten, denen die Menschheit früher hilflos gegenüberstand. Voraussetzung dafür ist allerdings die rasche und breite Umsetzung der neuen Erkenntnisse in die gesamte Heilpraxis. Wir brauchen daher mehr Ärzte, wir brauchen Ärzte mit der besten Ausbildung, wir brauchen Forschungs- und Ausbildungsstätten von höchster Leistungsfähigkeit und unermüdlichem Lei-

stungswillen. Diese Erkenntnis ist ein Grundelement der kulturpolitischen Zielsetzung der gegenwärtigen bayerischen Kulturpolitik. Angesichts der weitgespannten Zielsetzungen löst ein Abschnitt, wie er in der heutigen Feler zum Ausdruck kommt, Genugtuung aus und festigt die Entschlossenheit, auf dem eingeschlagenen Wege trotz aller Schwierigkeiten weiterzugehen. Hierbei bedarf es der vielfältigen Zusammenarbeit eines komplizierten Systems der politischen, verwaltungstechnischen und wissenschaftlichen Bereiche. Staatsminister Dr. Huber hat die Technische Hochschule, das neue akademische Wesen schützend unter ihre Fittiche zu nehmen, ihm zu helfen, die unerläßlichen akademischen Kinderkrankheiten schadlos zu überstehen und es in die angesehene und leistungsfähige Gesamtkommunität dieser hundertjährigen Hochschule einzufügen. Der Minister übergab nun dem Rektor der Technischen Hochschule die Urkunde über die Gründung der neuen Fakultät.

Der Rektor der Technischen Hochschule München, Magnifizenz Professor Dr. Gerd Albers, wies auf die neuen Aufgaben hin, die der Technischen Hochschule durch die neue Fakultät erwachsen. Die Hochschule erkennt die positiven Chancen an, die der Begegnung zwischen Medizin und Technik erwachsen. Wechselseitige Anregung und Befruchtung sei zu erwarten. Die Hochschule glaubte, sich der neuen Aufgabe nicht entzählen zu können. Die jetzige Lösung stellt ein Novum dar, da die Medizin jetzt hier an zwei Hochschulen zu Hause ist. Er hoffe auf eine gute Zusammenarbeit.

Der bisherige Direktor des Krankenhauses r. d. Isar und nunmehrige Direktor des neuen Klinikums, Prof. Dr. Georg Maurer, dankte dem Oberbürgermeister und dem Stadtrat sowie Staatsminister Dr. Ludwig Huber für die Errichtung der neuen Fakultät. Sein Dank galt auch den bisherigen und künftigen Mitarbeitern. Wie in der Vergangenheit, so werde auch in Zukunft in diesem Hause der kranke Mensch im Mittelpunkt stehen.

Die 18. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg der Bayerischen Landesärztekammer

findet vom 8. bis 10. Dezember 1967 unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. Schubert statt

**Themen: Therapie der Magen- und Darmkrankheiten
Therapie der Herz- und Kreislauferkrankheiten
Probleme der medikamentösen Geburtenregelung**

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

Die Urkunden des Heiliggeistspitals in München

Register und sein ältestes Saibuch

Von Dr. Walther Koerting

Das „Bayerische Ärzteblatt“ veröffentlichte im Jahre 1962, Heft 9, eine eingehende Würdigung des wertvollen, umfangreichen (29 und 581 Seiten umfassenden) Werkes von Oberarchivrat Dr. Hubert Vogel, das die Urkunden des ehemaligen Spitalarchivs von 1250 bis 1500, zu den ältesten und wertvollsten Beständen des Münchner Stadtarchivs zählend, umfaßte.

Vor kurzem erschieß¹ nun vom selben Verfasser das hier erstmals veröffentlichte Saibuch² von 1390, das die älteste Aufzeichnung von Besitz und Einkünften des Heiliggeistspitals darstellt.

Das Register in diesem zweiten, abschließenden Band berücksichtigt die im ersten Band abgedruckten Urkunden (und mit ihnen zahlreiche bisher unveröffentlichte Quellen zur Münchener Stadtgeschichte) sowie den Inhalt des bisher ungedruckten Saibuches. Für den Medizinhistoriker und darüber hinaus für jeden an der Geschichte des für die Entwicklung des Wohlfahrts-

wesens in München so bedeutsamen Spitals interessierten Arzt stellt das neue Werk eine wesentliche Bereicherung dar. Für seine Bearbeitung muß man dem Verfasser, Oberarchivrat Dr. Hubert Vogel, insbesondere aber auch der herausgebenden „Kommission für bayerische Landesgeschichte bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften“, Abteilung Quelleneditionen, geleitet von Univ.-Professor Dr. Peter Acht, sehr herzlich danken.

Das im Münchner Stadtarchiv befindliche Saibuch ist eine Pergamenthandschrift in Folioformat. Die Deckel bestehen aus zwei etwa 7,5 mm starken Holzplatten, die mit stark beschädigtem, weichem rotem Leder überzogen sind. Der Rücken ist nochmals mit Schweinsleder überzogen. Beide Deckel sind mit je fünf symmetrisch geordneten Messingbuckeln versehen. Der Codex bestand ursprünglich aus 40 von einer Hand durchgehend von pag. 1 bis 80 paginierten Pergamentblättern, jetzt 35, da fünf unbeschriebene Blätter entfernt worden waren. Die Anlage erfolgte durch den Spitalpfleger Hans Kling (Hans Chling), der auch die ersten Einträge in ausgesprochen gotischer Buchschrift schrieb. Er wurde bald von einem anderen Schreiber abgelöst. Durch Nachträge und Änderungen wurde die

¹) „Das Saibuch des Heiliggeistspitals in München von 1390, und die Register zu Urkunden und Saibuch.“ Bearbeitet von Hubert Vogel. (Quellen und Erörterungen zur bayerischen Geschichte. Herausgegeben von der Kommission für bayerische Landesgeschichte, bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften. Neue Folge, Band XVI, Zweiter Teil.) 17 und 212 Seiten sowie 3 Tafeln mit Abbildungen. 20 DM.

²) Saib: die Besitzübertragung eines Gutes, besonders der formelle Rechtsakt usw.

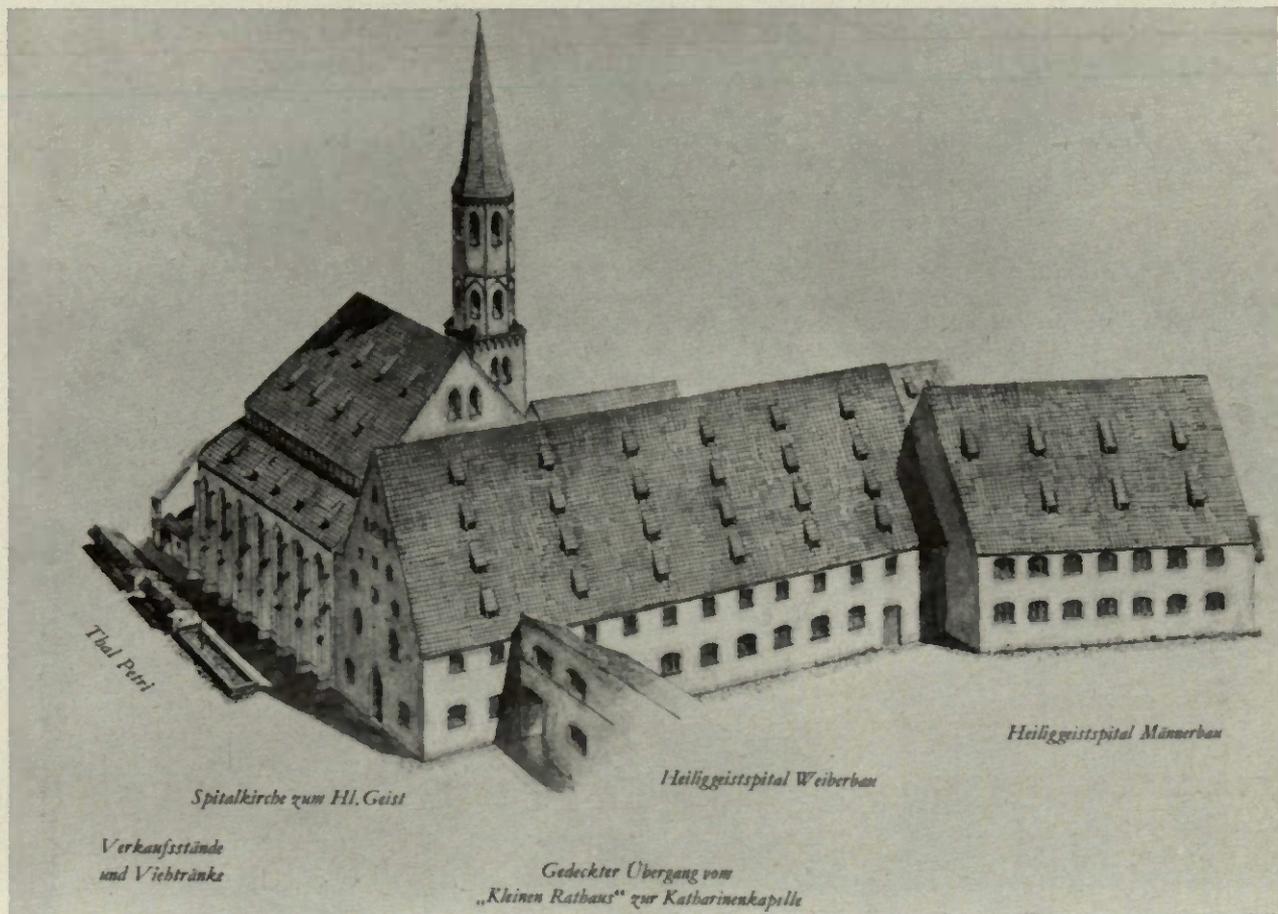


Abbildung 1

Das Heiliggeistspital um 1572 — siehe Anmerkung 5

Gelusil[®]-LacQuick

Das erste sofort lösliche
Magenmittel
mit Spezial-Milchkomponente
vereinigt die therapeutischen
Eigenschaften des
bewährten Gelusil-Lac
mit neuen Vorzügen:

bequeme Zubereitung
schnellste Löslichkeit
prompte Wirkung



GÖDECKE

NEU



Magnesiumaluminium-Silikathydrat (DBP) 0,1 g und sofort lösliches, fettfreies Milchpulver 0,9 g
pro 1 g Granulat

Packung mit 10 Beuteln zu 4,5 g Granulat
Dose mit 100 g Granulat

1 / 47

Handschrift bis in die Mitte des 15. Jahrhunderts auf dem laufenden gehalten, so daß sich die Einträge über eine Zeit von etwa 60 Jahren erstrecken.

Die erste Eintragung im Salbuch erfolgte am 13. März 1390. Sie trägt am oberen Rand die Überschrift: „Virgo salutatur, innupta manens gravidatur“. In der Aufzeichnung wird auf die Anordnung Ludwigs des Bayern vom 9. März 1345 Bezug genommen, worin dieser verfügt, daß die Klöster und Kirchen Münchens alle Seelgerätstiftungen^{b)}, die ihnen von Münchnern alle innerhalb der letzten 10 Jahre gemacht wurden oder in Zukunft gemacht werden, binnen Jahresfrist den Bürgern zum Kauf anbieten sollten.

Wie Fridolin Solleder in seinem Werk „München im Mittelalter“ (1938) schreibt, wurde der Grundsatz der allgemeinen gleichmäßigen Besteuerung durch zahlreiche Steuerfreiheiten durchlöchert. Das wichtigste Steuerprivileg war das der Toten Hand. Seit ihrer politischen Anerkennung im 4. Jahrhundert beanspruchte die Kirche Steuerfreiheit für sich und ihre Diener, ihren gegenwärtigen und zukünftigen Besitz, Ansprüche, die durch Kaiser Friedrich I. und Karl IV. in den Jahren 1220 und 1377 reichsgesetzliche Anerkennung fanden. Wer entgegen der im kanonischen Recht begründeten, durch Reichsrecht gestützten Forderung der Kirche die Geistlichkeit mit Steuern belegte,

^{b)} Seelgerät (lat. remedium animae), eine meist testamentarisch verfügte Stiftung an eine Kirche oder die Armen zum Heile einer Seele, im frühen oder hohen Mittelalter oft großer Grundbesitz, seit dem späteren Mittelalter oft nur noch eine Messe. Der im Mittelalter christlich begründete Brauch hat seine Wurzel in der germ. Totengabe. (Nach Erich Bayer, Wörterbuch zur Geschichte, 1960.)

handelte nach kirchlicher Auffassung gegen die kirchliche Immunität. In der Bulle „Clericis laicos“ untersagte Papst Bonifaz VIII. Fürsten wie Städten in der ganzen Christenheit die Mißachtung dieses stolzesten aller kirchlichen Vorrechte und verpflichtete die Personen geistlichen Standes im Gewissen, bei Strafe der Exkommunikation keine Steuern zu geben. Unter dem Druck angedrohter Kirchenstrafen verzichtete Herzog Otto II. von Bayern 1240 für sich und die Seinen auf die Besteuerung von Kirche und Geistlichkeit und unter der Einwirkung seines schweren Kampfes mit dem Papsttum begünstigte Ludwig der Bayer die Steuerfreiheit des Klerus in Oberbayern 1322, 1330 und 1333 durch Androhung der Reichsacht gegen Zuwiderhandelnde. Steuerfrei war in München der gesamte Kirchenbesitz, der Stadtklerus, die Ordensgeistlichkeit und die als kirchliche Verbände geltenden Wohltätigkeitsanstalten, das Heiligelstspital, das Leprosenhaus Gastelg, das Sundersiechenhaus zu Schwabing und die Seelnonnenhäuser. Die Klöster sicherten ihre Steuerfreiheit durch besondere Freibriefe. Dem Zisterzienserkloster Fürstenfeld, dem Herzog Ludwig für den Hof St. Leonhard am Stadtgraben beim Sendlinger Tor, die Stiftung eines frommen Ritters, Steuerfreiheit zugestanden hatte, sicherte sie die Stadt für diesen Klosterbesitz 1289 ausdrücklich auf ewig zu. Das Streben der Klöster fand Entgegenkommen bei Ludwig dem Bayer, der ihnen generelle Freiungsprivilege für allen Grunderwerb erteilte. Die Steuerfreiheit der Kirche erstreckte sich selbst auf ihre niedrigsten Bediensteten, Küster, Kirchendiener, ja sogar die Almo-



Abbildung 2
Viktualienmarkt im Hofe des Heiligelstspitals 1824

sensammler in den Kirchen und deren Familienangehörige. Eine Besteuerung des Münchner Klerus bestand nur gegenüber seinen geistlichen Oberen. Der Freisinger Bischof zwang laut Ratsprotokoll 1474 auch jene Diözesanpriester, die keine Seelsorge ausübten, ihm eine Spende für Wohlfahrtszwecke, das „subsidiarium caritativum“, zu geben.

Die vorerwähnte Anordnung Ludwigs des Bayern verbot die Seelgerätstiftungen nicht schlechthin, sondern verlangte nur die „baldige Veräußerung in steuerpflichtige Hand“ (H. Vogel). Ein Ratsbeschuß vom 12. März 1389, „Umb ewig gelt“, verbot vollständig Verkauf oder Vermächtnis eines Ewiggeldes⁴ ohne Besiegelung mit dem städtischen Ewiggeldsiegel. „Um die Einnahmen für die Verpflichtungen aus den alten Stiftungen zu sichern sowie weitere Seelgerätstiftungen zu ermöglichen, wählte das Spital zwei Wege: man erwarb Grundbesitz und Grundrenten in stärkerem Maße als bisher außerhalb Münchens und gab gegen Zins Kapital an auswärtige Kreditnehmer, oder man vereinbarte bei Stiftung oder Kauf eines Ewiggeldes, daß der Zinspflichtige selbst die Steuer zahlte; dasselbe bedeutete es, wenn ein Ewiggeld als „steuerfrei“ verkauft wurde, oder wenn der Verkäufer der Stadt als Ersatz für die

Steuer ein Ewiggeld verschrieb oder das Spital bzw. der Pfarrer die Steuer zahlten; letzteres stellte demnach zwar praktisch die Aufgabe des Prinzips der Steuerfreiheit dar, jedoch entsprach andererseits die vom Spital verlangte Leistung nur dem nach Abzug der Steuer verbleibenden Ewiggeld.“ (H. Vogel)

Lange Zeit war, nach Solleder, der erste Kreditgeber der Stadt die Kirche: Gotteshäuser, Klöster, Spitäl, angesehene und auswärtige Geistliche, selbst Bettelmönche der beiden Mendikantenklöster Münchens. Die Diener der Kirche, deren Lehre jedes Bankgeschäft als Wucher verpönte, umgingen mit dem ihnen anvertrauten Kirchenvermögen am frühesten und nachhaltigsten das kanonische Zinsverbot in Form ausgehnter Rentenkäufe, die dem Mittelalter nie als Kreditgeschäft, nie als verbotene Zinsnahme galten, außer wenn sie übermäßige Zinsen trugen. Der Rat überwachte die Zinsgeschäfte frommer Stiftungen; nur mit seinem Wissen durften die Pfleger und Hochmeister des Heiliggeistspitals Leibrentenverkäufe abschließen.

Das Heiliggeistspital in München (siehe Abbildung 1⁵), das nach Hubert Vogel als das älteste der in Bayern gegründeten Heiliggeistspitäler zu bezeichnen ist (siehe die eingangs erwähnte Besprechung im „Bayer. Ärzteblatt“, 1962, Heft 9), mußte im Jahre 1823 in das Ge-

⁴) „Der ewige Gelt, der ewige Zins, d. h. der Zins von einem (in München seit dem Brand von 1327 besonders auf Häusern) aufliegenden Capital, das entweder für immer unablässlich ist, oder vom Darleiher nie aufgekündigt werden kann. Heutzutage sagt man, da der Ausdruck der Gelt (Zins) veraltet ist, dem Renovierungstrieb der Sprache folgend: das ewige Geld.“ (J. Andreas Schmeller, Bayerisches Wörterbuch. 1839.)

⁵) Dem Häuserbuch der Stadt München, Band 4 (1966), entnommene Zeichnung nach dem vom Straubinger Drechslermeister Jakob Sandtner (1572) im Auftrage von Herzog Albrecht V. geschnitzten Holzmodell von München, das sich im Bayerischen Nationalmuseum befindet.



Abbildung 3

Heiliggeistkirche mit ehemaligem Weibebau des Spital, hier als Fleischhalle verwendet (1880)

bäude der Elisabethinerinnen (Schwestern des 3. Ordens des hl. Franziskus, die ihren Namen von der hl. Elisabeth führten) in der Münchner Mathildenstraße verlegt werden, als der Markt vom heutigen Marienplatz in den Heiliggeistspitalhof verlegt wurde. Den Pfründnern war die dadurch unerträgliche Unruhe nicht zumutbar.

Die Tafel II des Werkes — hier gleichzeitig Abbildung 2 — bringt ein Bild des Viktualienmarktes im Hof des Heiliggeistspitals nach einem im Stadtmuseum München befindlichen Ölgemälde von D. Quaglio aus dem Jahre 1824 dar. Bildmäßig wird hier der Beweis für die für die Spitalinsassen unhaltbare neue Nachbarschaft erbracht.

Die Tafel III des Buches — hier Abbildung 3 — stellt die Heiliggeistkirche mit dem damals noch stehenden Weiberbau des Spitals nach einem Sepia-Aquarell von Ludwig Huber (um 1880) dar, das sich im Stadtmuseum München befindet.

Der Rest des Heiliggeistspitals wurde im Jahre 1885 abgebrochen. Siehe Abbildung 4. Nach einer lavierten Federzeichnung von Josef Resch.

Auf der Tafel I des Werkes — hier Abbildung 5 — ist das Siegel des Heiliggeistspitals wiedergegeben. Es ist 8,4 cm hoch und 5,3 cm breit und trägt die Umschrift: † SIGILLVM HOSPITALIS IN MONACO SANCTI SPIRIT. — Das Bild zeigt im Oberteil Christus, die Rechte segnend erhoben und in der Linken ein Schwert haltend, überhöht von Heiliggeisttaube zwischen Stern und Mond; im Siegelfuß Patriarchenkreuz in Dreieck. Die beiden Bände mit den Urkunden des Heiliggeist-



Abbildung 5
Das Siegel des Heiliggeistspitals

spitals, bereichert durch das ergänzende, sorgfältig ausgeführte Register, stellen ein geschlossenes Ganzes dar, das einen wesentlichen Einblick in die Geschichte dieser bedeutenden Münchner Wohlfahrtsanstalt gibt.
Anschr. d. Verf.: 8000 München 27, Pienzenauerstr. 1 a.

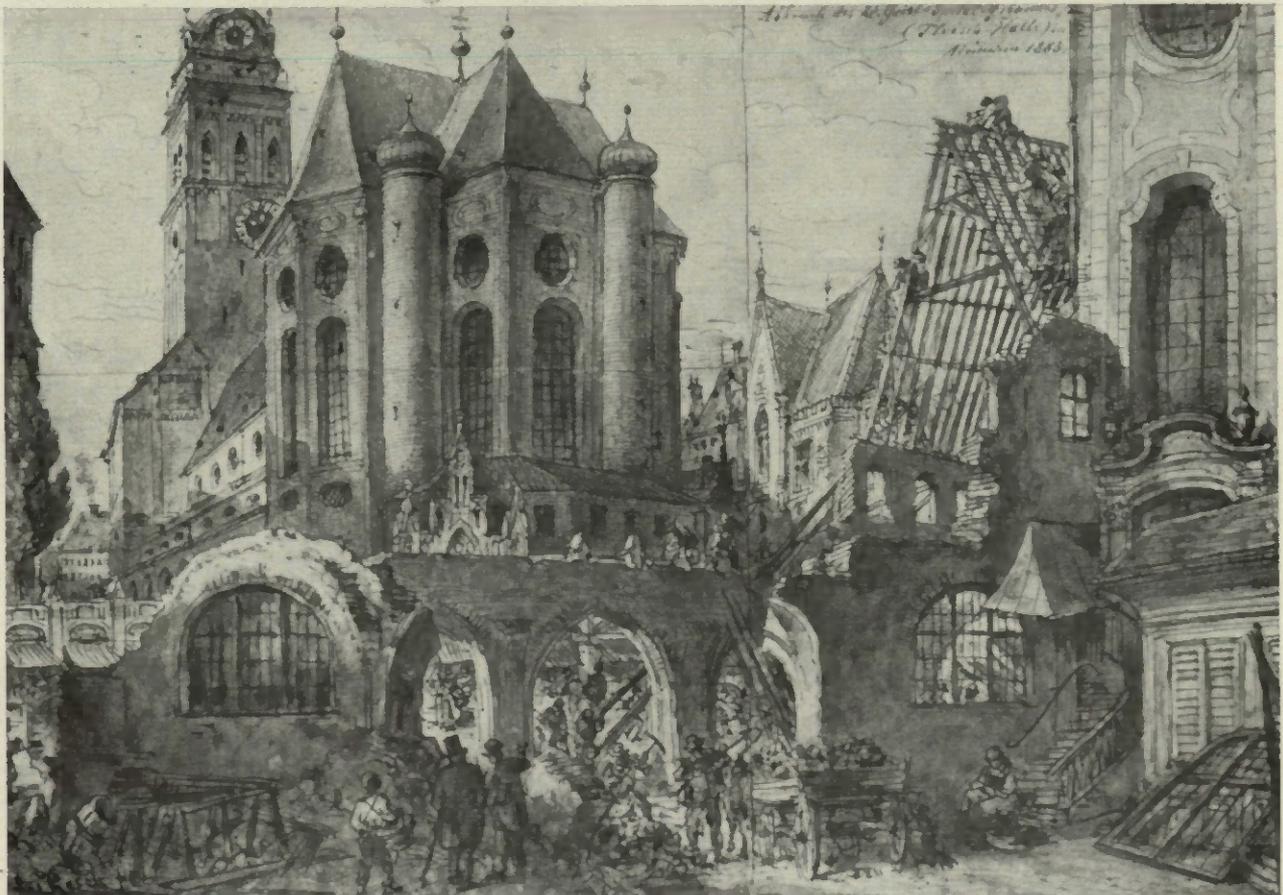


Abbildung 4
Abbruch des Restes des Heiliggeistspitals (1885) Im Hintergrund Pfarrkirche St. Peter

Ganz gleich, ob man einen Hals besitzt...



so berühmt wie Caruso . . .



so schlank wie Nofretete . . .



so tragisch wie Maria Stuart . . .



oder so unersättlich wie Falstaff . .

wenn Racheninfekte und Halsschmerzen
drohen oder gar schon plagen,
dann schützen und heilen

Desber[®] Halstabletten mit Vitamin C

in der fortschrittlichen Durchdrückpackung mit 20 u. 100 Tabl.

Das Leitbild des Arztsoldaten

Von Dr. med. Gustav S o n d e r m a n n , Oberstarzt a. D.

Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer

Mit großen Bedenken habe ich den ehrenvollen Auftrag*) angenommen, vor Ihnen zu sprechen: ein alter Mensch steckt voller Erinnerungen und Anekdoten, der junge Mensch aber will und braucht das Vorwärtsweisende, zumal in einer Zeit, die sich so rasch zu wandeln scheint.

Meine Aufgabe ist es, zu Ihnen über das Leitbild des Arztsoldaten zu sprechen, also über Wesen und Erfüllung des Auftrages, dem Sie sich verschrieben haben. Nun — ich meine: dieser Auftrag ist unabhängig von der Zeit, von politischer Konstellation und Verschiedenheit der Nationen; er ist eh und je der uralte geblieben: Als Arzt einem Menschen in Not zu helfen, und zwar in einer ganz spezifischen Situation: in der des Soldaten. Die geschichtliche Kulisse mag sich noch so gewandelt haben: Der von Not bedrängte Mensch, d. h. der Soldat, und der zum Helfen bestimmte Mensch, d. h. der Arzt, und die jeweilige Notsituation sind die Fixpunkte, die uns zu dieser unserer Wesensbestimmung gegeben sind, wobei die jeweilige Situation alle Möglichkeiten umgreift: vom Friedensbetrieb ruhiger Zeiten bis zur Stunde extremer Bewährung im Feuer kriegerischen Geschehens. Was sich wirklich gewandelt hat, ist die vernichtende Kraft der Waffen — aber auch die Möglichkeit des Helfens und Heilens. Noch vor hundert Jahren mußte der Chirurg L. v. Bergmann in seinen Erinnerungen an den Krieg 1870/71 gestehen: „Es kommt dem Arzt selbst wie ein bitterer Hohn vor, wenn er auf den zerbrochenen Schenkel eine Handvoll Charpie und ein Heftpflasterchen tut und weitergeht, um über das zerschmetterte Bein eine Leinwand zu breiten. Die Leistung hat keinen anderen Zweck, als dem Kranken zu zeigen, daß ein Arzt in seiner Nähe war.“

Nun, Wissenschaft und Technik haben hier einen bedeutsamen Wandel geschaffen: Heute ist nicht mehr nur die psychologisch wichtige Nähe des Arztes gegeben, sondern auch eine echte Möglichkeit hellender Hilfe — wir kennen ja die statistisch erfaßten Heilungen all der schweren Kriegsverletzungen, wie sie sich in den letzten Kriegszeiten von Jahr zu Jahr verbesserten, zumal die Technik uns noch die Möglichkeit raschen Transports gegeben hat.

Aber wir wollen zunächst hier gar nicht von jenem Extremfall sprechen, schon im Alltag des Friedens gilt für den Arztsoldaten dieser Auftrag, und ich glaube, heute mehr denn je; denn es scheint mir heute in dieser unruhigen Welt für den Durchschnittsmenschen schwerer, Soldat zu sein, denn früher.

Es gab eine Zeit, in der man stolz war, „des Königs Rock“ zu tragen, und Zeiten, in denen sich die Jugend zu den Fahnen drängte und unglücklich war, nicht genommen zu werden. Vor 1914 waren wir — gesättigt und skeptisch vom langen Frieden her — mißtrauisch gegenüber den begeisterten Schilderungen aus den Zeiten der Romantik, über die damaligen Freiheits-

kriege, mußten es aber dann doch selbst erleben, wie im Herbst 1914 die jungen Regimenter sich ebenso begeistert singend in die Schlachten stürzten. Der junge Mensch heute enträt jenes befügigten Schwunges, wenn er einrückt, es ist alles höchst nüchtern geworden und damit alles in allem viel schwerer, peinlicher, mühsamer.

Und in dieser Atmosphäre verrichten Sie Ihren Dienst als Arztsoldat! Ich kann mir vorstellen, daß dieser Dienst gerade ob jener Nüchternheit schwerer geworden ist als früher.

Aber was ist denn dieser Dienst? Was tut ein Arztsoldat, und was ist ein Arztsoldat?

Als ich 1934 wieder zum Heer ging, war es natürlich ein Bündel von Motiven persönlicher und sachlicher Art, die mich dazu bestimmten; eines der stärksten Motive war aber mein Erlebnis aus dem Ersten Weltkrieg, daß kein Mensch mehr eines guten Arztes bedürfte als gerade der Soldat, sowohl im Frieden wie im Krieg. Er kann sich diesen seinen Arzt nicht frei wählen: Ist er ihm nicht ausgesetzt, ist der Arzt ihm nicht vorgesetzt, muß der Soldat ihn nicht nehmen, wie er eben ist?

Gewiß, die freie Arztwahl ist auch im zivilen Leben nicht überall absolut gegeben (denken wir nur an die ländlichen Verhältnisse), aber sie ist doch als Prinzip verankert und anerkannt, gerade im Gegensatz zu den militärischen Verhältnissen, in denen sie eine Unmöglichkeit darstellt.

Dieses dem Patienten Vorgesetztsein ist eines der bestimmendsten Wesensmerkmale Ihrer Situation, das Sie mit besonderer Verantwortung belastet. Der Soldat kommt zunächst nicht zu Ihnen, weil er Vertrauen zu Ihrer Person und Ihrem Können hat, sondern weil er eben zu Ihnen muß. Und Sie müssen erst solches Vertrauen in jedem Falle neu erwerben und dies wird angesichts der aufsässigen Kritikklust heutiger Jugend nicht immer leicht sein. Vor allem wird der kranke Soldat empfinden wollen, daß sein Arzt weiß, wo den Soldaten der Schuh drückt und gerade dies ist ein Grund, warum der Arztsoldat eben eine soldatische Erziehung durchlebt haben muß. Wie soll er denn sonst wissen, wo den Soldaten der Schuh drückt, wenn er selbst nicht den Kommiß in seiner vollen Schönheit genossen hat? Machen wir uns doch nichts vor: Das Rekrutendasein war 1913, war 1934 kein Honiglecken und wird es 1967 ebensowenig sein, im Gegenteil: unsere Generation war sportlich durchgebildeter und hatte aus geistigen Bereichen so manche Hilfe, so daß uns doch vielleicht manches leichter schien, und wir eben so manchen Ärger abschüttelten wie der Hund die Fiöhe, während heute so manches sofort ins Weltanschaulich-Ideologische gerät und damit eine gefährliche Schärfe erhält.

Aber wie es auch sein mochte und heute sein mag: Der junge Soldat ist unter gesetzlichem Zwang aus seiner bürgerlichen Umgebung herausgenommen, hartem Training unterworfen, dem Gehorsam verpflichtet, auch Gestalten gegenüber, für die er wenig Sympathie

*) Vortrag auf dem 4. Internationalen Fortbildungskurs für junge Militärärzte vom 22. bis 31. August 1967 in München.

empfindet. Wohl der Truppe, in der zu diesen Gestalten der Arzt nicht gehört; denn auch schon im Frieden bedeutet das Dasein und Dabeisein eines guten Arztes allein schon einen wichtigen psychologischen Faktor: Er muß Ruhe und Sicherheit ausstrahlen und die Kraft besitzen, seine ärztliche Hinwendung zu jedem einzelnen zu zeigen; schon im Gruß muß zum Ausdruck kommen, daß da einer ist, der für ihn, ausgerechnet für ihn, Arzt geworden ist.

Ja, und da haben wir nun etwas ausgesprochen, wofür wir bei den Außenstehenden oft auf so wenig Verständnis stoßen: Was tut so ein Arztsoldat überhaupt? Als ich 1934 wieder zum Militär ging, schrieb mir ein alter Freund: „Nun wirst Du ja aus der Tretmühle täglicher Praxisarbeit herauskommen in ein ruhiges Beamtenfahrwasser, und es wird immer ruhiger werden, je höher Du in Rang und Gehalt steigst.“

Nun — ich hatte solche Ruhe nicht erwartet und habe sie tatsächlich auch nicht erlebt.

Aber worauf ich mit der Zitierung dieses alten Freundes hinauswill: Dieser war kein ungebildeter, phantasieloser Mann, hatte militärische Vorstellungen, und doch wußte er so wenig von der Arbeit des Arztsoldaten. Und hier scheint mir ein Versäumnis von früher her vorzuliegen und verderblich nachzuwirken: Es ist uns nicht gelungen, ein klares Leitbild des Arztsoldaten herauszustellen und es im Bewußtsein der Öffentlichkeit durchzusetzen; in diesem öffentlichen Bewußtsein hielt und hält sich immer noch so manche fatale Reminiszenz von früher an Jod und Aspirin! Es grenzt oft geradezu an böswillige Fahrlässigkeit, was darüber heute noch mit hämischem Lächeln kolportiert wird. Hieraus entstanden mit die psychologischen Sperren, welche dem Sanitätswesen überhaupt Schwierigkeiten bereiten.

Wenn im Bewußtsein der Öffentlichkeit ein Leitbild des Arztsoldaten lebendig wäre, dem man eben von vorneherein einen entsprechenden Raum und Rang zubilligte, wäre alles für das Sanitätswesen in seinen notwendigen Ansprüchen leichter.

Natürlich ist der Arzt im Militär Soldat und nach Tätigkeit und Verantwortung Offizier, er kann nicht ein Fremdkörper sein, sondern muß als Glied eingefügt sein in das Ganze. Wir haben es oft genug bitter erlebt, wie nicht ausgebildete truppenfremde Ärzte eine geradezu komische Rolle spielten, weder sich selbst noch der Truppe zum Heil und zur Befriedigung; sie lebten entweder als gedrückte Sonderlinge ein Einzeldasein innerhalb des Ganzen, oder sie glaubten, durch Gesellschaftshuberei das ergänzen zu können, was ihnen eben mangels Erziehung und Einstellung fehlte: das Bewußtsein, von einem gewachsenen, eigenständigen Leitbild erfüllt und getragen zu sein. Sie waren oft gute Ärzte, aber sie konnten diesen ihren inneren Wert nicht ausleben, da sie nicht mit ihrem Wesen einverleibt waren in die Welt des Soldatischen. Die Folge dieses Mangels konnten wir auch in entgegengesetzter Richtung manchmal beobachten. Ein höherer Sanitätsoffizier, der zugleich Universitätsprofessor war, äußerte einmal, vor vielen Jahren mir gegenüber seine Sorgen über die jungen aktiven Sanitätsoffiziere folgendermaßen: „Ich weiß nicht, was mit unseren jungen Leuten ist, sie machen durch die Bank die besten Examina und dann, wenn man sie als Assistenz-

ärzte nach ein, zwei Jahren wiedersieht, machen viele von ihnen einen verbummelten Eindruck.“

Auch diese Erscheinung mag auf dem Mangel eines als selbstverständlich akzeptierten Leitbildes zurückzuführen sein. Meine, durch dieses Wort des älteren Kameraden angeregten Beobachtungen haben dies auch bestätigt. Der Truppenarzt war und ist innerhalb seiner Einheit eine Einzelspezies, eine Situation, die für manche Menschen gar nicht so leicht zu ertragen ist; kam ihm dann auch nicht das Bewußtsein eines Eigenwertes zu Hilfe, so schloß er sich leicht dem fröhlichen Treiben der jungen (jüngeren!) Truppenoffiziere an, wurde ein Kasinoheld und dann trat das ein, was dieser Professor so mit Bedauern beobachtete, er begann zu verbummeln, wobei hinzukommt, daß man sich von vorgesetzter Seite zu wenig um seine ärztliche Fortbildung kümmerte. Freilich, der Arztsoldat muß hier auch von sich aus Initiative entwickeln und jede Gelegenheit der Fortbildung nutzen, denn er ist Arzt, und im Wesen des Arztes ist ja, zumal in einer Zeit des explosiven Wachstums seiner Wissenschaft, der kategorische Imperativ der Fortbildung beschlossen.

Hier sollte noch ein wesentlicher Gedanke anklingen: wie der Arztsoldat Kamerad unter Kameraden sein soll, so gehört er auch zur Gesamtheit seiner zivilen Kollegen: wir haben bei uns die frühere scharfe Trennung zwischen aktiven und Reserveärzten immer als ungut empfunden, Vorurteile, falsche Wertungen hatten sich eingeschlichen und wirken heute noch nach! Haben wir nicht gemeinsame, nur durch die Zeitenfolge getrennte Klientel zu betreuen und sind nicht im Ernstfall die zivilen Kollegen die Hauptträger des ärztlichen Mühens? Man sollte wissen, wer man ist; aber dem anderen auch seine Ehre, seinen Wert lassen, und dies gilt für beide Teile!

Nun, ich erzähle von vergangenen Zeiten und gebe hier kein Werturteil über die heutige Zeit ab, aber ich wollte damit doch auch diese mögliche Folge eines mangelnden Leitbildes erwähnen.

Doch mag jetzt allmählich in Ihnen die ungeduldige Frage auftauchen: Na, was ist es denn mit diesem so oft erwähnten Leitbild des Arztsoldaten?

Ich gestehe, auch mich packt Unruhe und Ungeduld und die Sorge, ob es mir gelingen möchte, dieses Leitbild in einem kurzen Vortrag darzustellen. Manches ist ja schon gesagt, aber das müßte ja ein Dichter tun, der in einfachen, packenden Bildern das schildert, was mit einem Menschen und in einem Menschen geschieht, der sich solchem Dienst am Soldaten verschrieben hat. Oder noch besser müßte es aus einem Gleichnis offenbar werden, einprägsam für alle Zeiten, wie jenes Gleichnis aus dem Neuen Testament vom Barmherzigen Samariter. Ich müßte all das darstellen, was Sie alltäglich an Ihren Soldaten tun und was in Ihnen damit lebendig wird an Anteilnahme und ärztlicher und menschlicher Hinwendung an die Ihnen anbefohlenen Menschen, auch von den Motiven her, aus denen Sie sich Ihren Beruf erwählt haben. Es wird vielfach Zufall, bei einigen Familientraditionen gewesen sein, die Sie hingeführt haben, und es wird — wie bei manchen anderen Berufen — erst in der treuen, beharrlichen Ausübung dieses Tuns nach manchen harten inneren Auseinandersetzungen die Größe und Schönheit dieses Berufes Ihnen aufgehen.

Wer weiß denn schon von diesem Ihren Tun draußen in der Öffentlichkeit? Als ich einigen jungen Leuten einmal vor dem Zweiten Weltkrieg nahelegte, aktive Sanitätsoffiziere zu werden, meinten sie doch, sie würden dann lieber ein richtiger Arzt oder ein richtiger Offizier werden!

Welche Verkennung eines Berufes! Der Arztsoldat ist weder ein militärisch eingekleideter Arzt, noch ein medizinisch angelernter Militär, er ist eine Erscheinung eigener Art. Daß er Soldat ist und sein muß, habe ich ja schon erwähnt: Bejahung der soldatischen Zucht, der Kameradschaft, der Unterordnung unter den hierarchischen Aufbau ist eine Voraussetzung, innerhalb der man sich aber oft freier fühlen kann wie als sogenannter freier Bürger. Diese Welt des Soldatischen darf ihm nicht fremd sein. Er muß befehlen können und darf nicht abhängig sein in militärischen Fragen etwa von seinen Untergebenen, auch nicht von einem tüchtigen Feldwebel, sonst ist er fehl am Platze. Daß ihn solche Forderung in seinem Erscheinungsbild prägt, ist natürlich und verständlich, aber er bringt in diese Existenzform noch etwas ebenso Eigenständiges mit: Ein jahrelanges Studium, das ihn mit den Menschen in allen ihren Lebenssituationen zusammengebracht hat, er ist nachdenklich geworden und betrachtet so seine Umwelt oft mit besonderen, manches relativierenden Augen. So ist er — obwohl ein guter Kamerad im Kreise seiner Kameraden — ein einzelner, ein Selbständiger, er ist auf einer Insel angesiedelt und dies scheint mir sein Typischstes zu sein: auf einer Insel, an der jeder seines Kreises, vom Rekruten bis zum Kommandeur, landen kann, um Möglichkeit zur Aussprache, zu Rat und Hilfe zu finden.

Dies bedeutet eine Möglichkeit großer, innerer Freiheit; er ist unabhängig als Arzt, auch unabhängig von einer Zahl von Krankenscheinen — um so mehr aber gebunden in seinem Gewissen, Vertrauen zu erwerben; ihn berührt nicht das Gift des Merkantilismus, das so manchem in freier Praxis nicht gut bekommen ist. Arzt und Soldat vermengen sich so zu einem Erscheinungsbild, in welchem die Mischung dieser Komponenten je nach Temperament und Charakter schwanken mag, nie aber des Ärztlichen als des Grundmotivs entraten darf.

So gehören auch noch zwei weitere Eigenheiten zu dieser „Insel-situation“: Vor dem Arztsoldaten löst sich der einzelne von der Masse und kommt als Individuum mit einem persönlichen Anliegen zu seinem Arzt. Und noch eines: Der Arztsoldat ist der einzige Soldat, der keinen Feind kennt. Ich weiß, dies spricht sich im Frieden leicht aus, obwohl uns Menschen auch im Frieden Sympathie und Antipathie bewegen; aber im Kriege ist der Verwundete — gleich welcher Partei — mein Nächster. Das ist im Aufruhr solcher Zeit nicht immer einfach; daß es aber möglich ist, haben Tausende von Einzelbeispielen vergangener Kriege gezeigt, zumal die Kämpfe in den afrikanischen Wüsten, in denen die Lazarette inmitten der Panzerschlachten ihre Pflicht taten und oft nicht wußten, ob sie gerade unter englischer oder deutscher Oberherrschaft standen.

Was das bloße Dasein eines solchen Arztsoldaten bedeutet, habe ich 1915 als Infanterist im Schützengraben erlebt: Der Oberarzt des Bataillons kam täglich an unserem Posten vorbei, wir warteten schon auf ihn, auf seinen Gruß, ein Wort. Es war eine tägliche Stärkung und Tröstung: wie er uns ansah, uns zulächelte,

ermunternd, ermutigend. „Fürsorge für die Truppe“, auch ein Wesenselement des echten Truppenführers, hierin treffen sie sich, der Truppenarzt und der Truppenführer, auch mit ein Grund, warum der Sanitätsdienst in seinen Forderungen beim Truppenführer das meiste Verständnis findet.

Nun — klingt dies alles nicht ein wenig sentimental und nach Romantik? Ich würde mich nicht wundern, wenn die Jüngeren unter Ihnen jetzt so dächten, denn die meisten von Ihnen kennen ja nur den Soldaten im Zustand des Friedens, sie haben ihn noch nicht gesehen, wenn er unter dem Gesetze des Krieges steht und selbst sind Sie noch nicht unter diesem Gesetz gestanden. Ich enthalte mich jeglicher dramatischen Schilderung, ich rufe auch nicht Ihre Vorstellungskraft auf, Ihre Phantasie, weil die Realitäten des Krieges doch immer anders sind und das Unvorstellbare in sich bergen. Ich will Sie hier nur auf einen Tatbestand hinweisen, der nüchtern genug ist, da er aus der Welt der Paragraphen stammt: Nach dem deutschen Strafgesetzbuch § 330 c ist jedermann zur Hilfeleistung bei Unfällen und gemeiner Not und Gefahr verpflichtet — freilich mit der Einschränkung, soweit es ihm, dem Staatsbürger, den Umständen nach zuzumuten und ohne erhebliche eigene Gefahr möglich ist. Ich habe bewußt den „Staatsbürger“ hier eingefügt, denn hier ist der Riß, die trennende Wand, welche den Soldaten vom Staatsbürger scheidet: die Einschränkung „soweit zumutbar“ entfällt für ihn, den Soldaten; der Soldat ist — nimmt man seinen Stand ernst — der Mensch jenseits dieser Grenze des Zumutbaren, und Sie, meine Kameraden, sind es ebenso, und dies ist der tiefste Grund, warum der Arztsoldat eben Soldat ist und sich als Soldat fühlt.

Weder die Polizei noch die Rettungstrupps bei großen Katastrophen stehen unter solcher Aufopferungspflicht. Freilich ist dem Menschen nicht gegeben, immer unter der Wolke des Extremen zu leben, aber es ziemt sich ihm als Soldaten, von dieser Grenze zu wissen, und dies Wissen scheint mir gerade bei unserem Thema zumutbar zu sein; denn unser Leitbild und unser Tun können nur in ihrer Bedeutung unter dem Aspekt des letzten Ernstes ganz verstanden und gewürdigt werden; nur auf diesem finstern Hintergrund heben sich seine Farben in Klarheit ab.

Nach Clausewitz ist „das Handeln im Kriege eine Bewegung im erschwerenden Mittel“. Darin ist einzugreifen auch das ärztliche Handeln, ja man könnte ironischerweise gerade für das Sanitätswesen sagen: auch im Frieden sei das ärztliche Handeln beim Militär eine Bewegung im erschwerenden Mittel; wenn man an manche Verständnislosigkeit anderer Stellen für Forderungen denkt, die keinen anderen Zweck haben, als im Ernstfall Blut zu sparen. In diesem Sinne erlebt der Arztsoldat tatsächlich auch im Frieden seine Tätigkeit als eine „Bewegung im erschwerenden Mittel“ — denn er, sein Denken und seine individualistische Betrachtungsweise passen oft nicht so recht in das Gefüge eines Kollektivs. So muß er auch im Frieden in ständiger Reibung mit der Situation und den Umständen für sein Denken und seine Vorhaben den notwendigen Raum schaffen. So ist seine Beliebtheit durchaus dem Wechsel der Situation unterworfen — nur wenn geschossen wird, da steigert sich diese bis zum Range eines Leibarztes des bedürftigen Kommandeurs,

denn nun, im Kriege, ist kein friedlicher und sicherer Raum mehr für Helfen und Retten, ein solcher muß der Situation abgerungen und abgetrotzt, und dafür muß allenfalls bezahlt werden: die Verlustlisten der Ärzte und deren Gehilfen berichten davon deutlich genug.

Freilich will ich Ihnen auch nicht den ersten Teil des Satzes von Clausewitz unterschlagen, der lautet: „Es ist alles im Kriege sehr einfach, aber das Einfachste ist schwierig.“ Wenn ich die komplizierte Technik unserer Krankenhäuser und auch die erstaunliche Vervollkommnung der modernen Sanitätsausrüstung bedenke, erschrecke ich doch bei der Vorstellung, was davon im Ernstfall bleiben mag, ob hier nicht eben doch wieder das Einfache das Helfende sein wird und ob nicht die Improvisationskunst des Allgemeinpraktikers eine schon im Frieden bedachte und vorgeübte Bedingung sein muß, damit eben wenigstens das Einfachste im erschwerenden Mittel möglich sei.

Ich sagte: der Arztsoldat sei ein Erscheinungsbild eigener Art, erwachsen aus einem jahrelangen Studium, eingefügt in die Welt des Soldatischen, verschmelzen in ihm zwei Wesenselemente und bilden einen spezifischen Typ des Arztes. Er betrachtet diese Welt unter dem Aspekt der Möglichkeit des Krieges und der Notwendigkeit der Vorbereitung zu solchem und zugleich unter dem der jetzigen Gesundheit und Gesunderhaltung der ihm anvertrauten Menschen; alles Organisieren und Improvisieren geschieht bei ihm aus dem ärztlichen Denken heraus, d. h. zu Nutz und Frommen des hilfsbedürftigen Menschen. So wird ihm z. B. das Transportproblem eben spezifisch eine Frage der Bergung verwundeter Menschen aus schwieriger, notvoller Situation, ein Beispiel, wie für ihn jede Maßnahme und jedes Führungsproblem erschwert und erhöht wird durch das wertvolle Gut, an dem und für das jeweils alles geschieht: für den gefährdeten und verwundeten Menschen. Und diese ärztliche Haltung wird und soll er auch nicht verlieren, wenn er in höheren Rängen sich mehr den organisatorischen Fragen zuzuwenden hat. Wenn ich oben einmal festgestellt habe, daß der Arztsoldat befehlen können muß, so heißt dies, daß in diesem Raum grundsätzlich der Befehl von ärztlichen Vorstellungen gefärbt sein wird.

Dann bedarf es auch nicht einer besonderen Ethik des Arztsoldaten, ich weiß gar nicht, ob man überhaupt von einer besonderen ärztlichen Ethik sprechen kann, ob für den menschlichsten aller Berufe nicht eben die Ethik, das Gesetz des Menschlichen zueinander, freilich in besonders ausgeprägter Forderung, Genüge tut. „Daß der Mensch dem Menschen das Zustehende gebe, hierauf ist alle gerechte Ordnung in der Welt gegründet.“ Dies Wort des Religionsphilosophen Josef Pieper enthält kurzgefaßt auch die Ethik des Arztsoldaten: Er ist ein Mensch, der sich entschlossen hat, seinen Mitmenschen in der besonderen Situation des Soldaten ärztlich, und das bedeutet ja auch immer menschlich, zu dienen und dies über die Grenzen des Zumutbaren hinaus; steht doch dieser Dienst niemand mehr zu als eben dem Soldaten, der ständig — nehmen wir die Welt, wie sie heute ist — unter der dunklen Wolke lebt.

Es gibt eine alte Regel: Der Soldat braucht, um durchzukommen, Dreierlei: Einen guten Schuß, einen guten Arzt, einen guten Transport. Nun, das erste ist dem Schicksal anheimgegeben, aber für das zweite und dritte, daß er einen guten Arzt findet, daß er rasch und behutsam transportiert wird, dafür stehen Sie, meine Kameraden und Kollegen, denn dies ist Ihr Beruf und Ihre Berufung.

Und dafür hätte ich Ihnen gern mit meinen Ausführungen Mut und Freude gemacht, nicht als Unerfahrener, sondern erfahren in Kriegen und Frieden, und mit der erlebten Überzeugung, daß der Arztsoldat, gleich welchen Ranges, ein Herr ist und ein Diener zugleich seiner Soldaten.

Zum Schlusse möchte ich Ihnen noch ein Wort mitgeben, das in seiner zweiten Hälfte für Sie ein Anruf und eine Fundierung Ihres Berufsbildes sein kann, ein Wort des französischen Dichters und Philosophen Alfred de Vigny aus dem Jahr 1825: „Nächst der Todesstrafe ist das Vorhandensein des Soldaten das schmerzlichste Überbleibsel der Barbarei, das unter den Menschen noch besteht; es gibt aber auch nichts, was der Anteilnahme und der Liebe der Nation würdiger wäre, als diese hingeopferte Sippe, die ihr bisweilen so viel Ruhm einbringt.“ Ich wiederhole: „Es gibt aber auch nichts, was der Anteilnahme und der Liebe der Nation würdiger wäre als diese hingeopferte Sippe.“

Hinweis für die pharmazeutische Industrie

Tabletten und Dragées werden heute in zunehmendem Maße in Behältern mit Plastikverschlüssen geliefert. Ältere Menschen und Personen mit verminderter Beweglichkeit und Kraft der Finger können solche Verschlüsse — im Gegensatz zu den früheren Drehverschlüssen — oft nur unter großen Schwierigkeiten oder überhaupt nicht öffnen. Die erforderliche Regelmäßigkeit bei der Anwendung von Arzneimitteln ist aber nicht mehr gewährleistet, wenn solche Personen dabei auf fremde Hilfe angewiesen sind.

Die pharmazeutische Industrie wird daher dringend gebeten, bei der Konstruktion ihrer Arzneimittelverschlüsse dieser Tatsache Rechnung zu tragen.

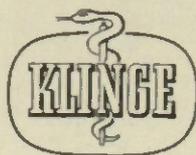
Was

in den Wechseljahren

wirklich hilft

OVIBION

Ovarial-Totalextrakt



München 23

Die Tollwut

Von H. Drausnick und H. Stickl

Synonyma

Hundswut, Lyssa (gr. Wut), Rabies (lat. Tollheit).

Begriff

Die Tollwut ist eine Viruserkrankung, für die alle warmblütigen Tiere und der Mensch empfänglich sind. Sie führt beim Menschen zu einer tödlichen Enzephalomyelitis. Die Übertragung der Erkrankung erfolgt fast immer durch Biß oder Lecken mit dem Speichel eines erkrankten Tieres. Es handelt sich um eine Anthroponose.

Erreger

Das Tollwut-Virus gehört zur Gruppe der Myxoviren. Es findet sich im Speichel erkrankter Tiere und wird damit auch auf das Fell verteilt. Das Virus behält seine Infektiosität bei Zimmertemperatur über ein bis zwei Wochen, besonders wenn es in Schleim und Speichel eingebettet ist. Bei Luftabschluß und in Kälte überlebt es wesentlich länger. Dagegen inaktivieren ultraviolettes Licht, mäßig starke Säuren und Laugen und Erhitzung über 55 Grad Celsius den Erreger verhältnismäßig rasch. Er verfügt über eine selektive Neurotropie.

Epidemiologie

Die Tollwut kommt mit Ausnahme von Australien und dem Südpol in allen Erdteilen vor. Sie tritt in periodischen Seuchenzügen auf. Wildtiere, besonders Füchse, sind bei der seit 1951 in Deutschland wieder vorkommenden silvanen Form die Seuchenträger. Der Mensch ist besonders durch infizierte Haustiere, vor allem Hund und Katze, gefährdet. Im Jahre 1965 erlagen in Bayern zwei Menschen nach Hundebiß der Tollwut. Der Fledermaus-Tollwut kommt nur in Amerika epidemiologische Bedeutung zu.

Pathogenese

Das durch Haut- und Schleimhautverletzungen in den Körper eingedrungene Tollwut-Virus wandert in den peripheren Nerven zum Zentralnervensystem. Dort führt es zu einer Polioenzephalitis mit fleckförmiger Ausbreitung. Es finden sich disseminierte, herdförmige, degenerative und entzündliche Prozesse. Am stärksten befallen sind Mittelhirn, Zwischenhirn, substantia nigra, medulla oblongata; stets ist auch das Rückenmark beteiligt. Die Negri-Körperchen sind der einzige charakteristische histologische Befund bei Tollwut. Diese zytoplasmatischen Einschlußkörperchen werden nur in sonst unveränderten Ganglienzellen gefunden. Eine Ansteckung über den unverletzten Magen-Darm-Kanal ist nicht wahrscheinlich. Fleisch von tollwütigen oder tollwutverdächtigen Tieren sollte nicht verarbeitet und genossen werden.

Empfänglichkeit und Prognose

Nicht jeder infizierte Mensch erkrankt, sondern nur etwa 10 bis 20 Prozent. Jedoch muß jeder Erkrankte sterben (Letalität 100 Prozent). Am gefährlichsten sind Bisse in der Halsgegend und im Gesicht, und allgemein schwerere Verletzungen, besonders bei Kin-

dern. Auch Kontakt mit virushaltigem Material (so durch Belecken, Einreiben) ohne blutige Verletzung der Haut (aber kleine, unscheinbare und oberflächliche Verletzungen) kann eine Erkrankung an Tollwut zur Folge haben.

Für bestimmte Berufsgruppen, wie Jäger, Tierärzte, besteht ein erhöhtes Ansteckungsrisiko.

Inkubation und Krankheitsbild

Die Inkubationszeit beträgt beim Menschen durchschnittlich vier bis sechs Wochen (Grenzen: zehn Tage bei Verletzungen in der Halsgegend und im Gesicht und hoher Infektionsdosis, bis acht Monate bei geringerer Infektionsdosis). Die Prodromalzeichen der Erkrankung sind Depressionen, vegetative Störungen, Jucken an der Bißstelle, Rötung der Bißnarben, Parästhesien der zugehörigen Körperregion, Kopfschmerzen, schließlich Affektinkontinenz. Die Krankheit selbst kann in zwei Formen ablaufen: als rasende oder als stille Wut. Die rasende Wut wird eingeleitet durch Nervosität, Schlaflosigkeit, vegetative Reizphänomene. Hauptsymptom sind schmerzhafte Schluckkrämpfe, die vor allem das Trinken unmöglich machen (Hydrophobie). Schon auf geringfügige äußere Reize hin können generalisierte, überwiegend tonische Krampfanfälle auftreten. Die Pupillen sind starr und ungleich weit. Die Sehnenreflexe gehen verloren. Der Liquor ist nicht oder mit einer mäßigen Eiweißhöhung nur geringfügig verändert. Bei der stillen Wut wird das Exzitationsstadium übersprungen, und rasch sich ausbreitende Lähmungen beherrschen das klinische Bild. Der Tod tritt bei beiden Formen durch Lähmung der Atemmuskulatur ein. Furcht, Erregung, depressive Stimmungslage und Stupor lösen sich ab. Das Bewußtsein bleibt bis ins Finalstadium erhalten.

Diagnose

Vor Beginn der typischen Hydrophobie ist der Krankheitsverlauf uncharakteristisch. Die Diagnose stützt sich auf die Anamnese (Biß oder Berührung) und insbesondere auf die Erkrankungsdiagnose des Tieres. Tollwutverdächtige Tiere sollen nach Möglichkeit nicht getötet, sondern isoliert und möglichst vom Tierarzt beobachtet werden. Bleibt das tollwutverdächtige Tier in den nächsten fünf Tagen nach dem Biß gesund, so läßt sich mit weitgehender Sicherheit eine Tollwutinfektion des Menschen ausschließen. Frühestens nach Auftreten der ersten klinischen Symptome sind die typischen Negri-Körperchen zu erwarten. Auch beim Tier gibt es die Formen der rasenden und stillen Wut. Verdacht erregt es insbesondere, wenn Wildtiere ihre natürliche Scheu verlieren und Haustiere ihr Verhalten auffallend verändern. Die Inkubationszeit beträgt beim Fleischfresser etwa zwei bis drei Wochen. Die Virusausscheidung beginnt schon etwa zwei bis vier Tage vor dem Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen.

Die Labordiagnose der Tollwut stützt sich auf

a) den Nachweis von Negri-Körperchen im Gehirn (innerhalb 24 Stunden)

- b) den Infektions-Übertragungsversuch an der Maus
- c) den Nachweis von Virusantigenen mit Hilfe der Immunfluoreszenzmethode (innerhalb von Stunden) und
- d) gegebenenfalls auf den direkten Virusnachweis im Gewebe

Der Nachweis von Negri-Körperchen ist wegen der hohen Versagerquote (z. B. bei Katzen nur etwa 60 Prozent positive Fälle) nur im positiven Falle beweisend. Der Tierversuch benötigt bis zu einem eindeutigen Ergebnis etwa drei bis vier Wochen. Positive Untersuchungen beweisen Tollwut, negative Ergebnisse sprechen nicht unbedingt gegen das Vorliegen der Erkrankung.

Therapie

Eine kausale Therapie gibt es nicht. Die Behandlung der Erkrankten beschränkt sich auch heute noch auf eine Linderung der quälenden Symptome durch Sedativa, Infusionen und auch Kortikoide. Nur die in der Inkubationszeit möglichst frühzeitig eingeleitete Wutschutzbehandlung verspricht Aussicht auf Rettung des Infizierten.

Wutschutzbehandlung

Vorbemerkung:

Durch die Wutschutzbehandlung soll der bereits infizierte und potentiell kranke Organismus noch vor Ausbruch der Erkrankung veranlaßt werden, zellständige und zirkulierende Antikörper zu bilden, so daß die Manifestation der Erkrankung nicht zustande kommt. Die Wutschutzbehandlung ist demzufolge keine prophylaktische Impfung, sondern eine therapeutische Maßnahme, die die tödlichen Folgen einer bereits stattgehabten Infektion abfängt. Die Wutschutzbehandlung wird in der Regel von den Krankenkassen als Therapie anerkannt. Sie ist öffentlich empfohlen im Sinne des Bundes-Seuchengesetzes, d. h. beim Auftreten einer über das übliche Maß einer Impfreaktion hinausgehenden Gesundheitsschädigung können auf Antrag Entschädigungsleistungen gewährt werden.

Impfstoff:

In Deutschland wird derzeit ausschließlich die wirksame und gut verträgliche Vakzine nach HEMPT verwendet. Das Virus wird durch Phenol inaktiviert; aus der Virus-Hirnemulsion werden Begleitstoffe (Myelin), die zu Nebenerscheinungen führen können, durch Extraktion entfernt. Das „attenuierte“ Tollwut-Virus erzeugt keine intraplasmatischen Einschlußkörperchen (Negri-Körperchen) mehr.

Dosierung:

Erwachsene und Kinder erhalten eine Injektionsserie von insgesamt sieben subkutanen Injektionen. Sechs Injektionen werden in täglichen Abständen vorgenommen, die siebte Injektion erfolgt vier bis sechs Wochen nach der letzten Gabe. Erwachsene erhalten je 4 ml der HEMPT-Vakzine unter die Bauchhaut injiziert, Kinder von drei bis zehn Jahren je 3 ml, Kinder unter drei Jahren je 2 ml. Vor jeder Injektion ist zu aspirieren (cave: versehentliche intravenöse Injektion). Die Injektionsfelder sind zu wechseln. Ein Auseinanderziehen der Injektionsfolge ist wegen der schlechteren Verträglichkeit der Vakzine zu vermeiden. Außerdem wird der Beginn des Schutzes gegen Tollwut hinausgezögert. Bei

regelmäßig durchgeführter Wutschutzbehandlung ist etwa zwei Wochen nach Beendigung der Injektionsserie mit dem Beginn des Erkrankungsschutzes zu rechnen, er erreicht sein Optimum zwischen dritter und vierter Woche. Der Schutz hält etwa sechs Monate lang an. Bei erneuter Exposition innerhalb dieses Zeitraumes genügen einmalige Gaben von HEMPT-Vakzine in gleicher Dosierung. Sind mehr als sechs Monate verstrichen, so ist die ganze Behandlungsreihe zu wiederholen. Durchbrüche der Wutschutzbehandlung sind möglich, wenn z. B. bei Verletzungen in der Halsgegend und im Gesicht und sonstigen schwereren Verletzungen die Inkubationszeit wesentlich unter 30 Tage verkürzt ist, ferner bei zu spät begonnenen Wutschutzbehandlungen (nach dem 9. Tag post infectionem). In solchen Fällen soll die Wutschutzbehandlung durch die passive Zufuhr von Antikörpern unterstützt werden (30 bis 60 ml eines vom Tier gewonnenen Anti-Lyssa-Serums, Gewebsinfiltration am Ort der Verletzung und intramuskulär. Vorsicht, Serumüberempfindlichkeit! Anamnese, Testung).

Es empfiehlt sich, während der Wutschutzbehandlung körperliche Anstrengungen, Insolation und Alkohol zu meiden.

Indikation:

Die Indikation für die Wutschutzbehandlung muß in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft werden, allein schon wegen der möglichen Nebenerscheinungen und Komplikationen.

Die Behandlung soll möglichst frühzeitig durchgeführt werden, wenn Berührung oder Biß und damit Infektion oder Infektionsverdacht beim Menschen vorliegen, weil

- a) das Tier klinisch an Tollwut (Beobachtung in Isolierung) erkrankt oder nach dem Biß eingegangen ist (Fünftagesfrist der Tierbeobachtung siehe unter „Diagnose“)
- b) der Nachweis von Tollwut beim Tier im Labor gelungen ist (Negri-Körperchen; Immunfluoreszenznachweis)
- c) die Berührung, z. B. einer Wunde, oder der Biß durch ein Tier erfolgt ist, das sich zwar der weiteren Beobachtung entzogen hat, das aber seinem Verhalten nach als tollwütig angesehen werden muß und das aus einem mit Tollwut verseuchten Gebiet stammt
- d) Kinder gebissen wurden, genaue Angaben fehlen, eine Untersuchung des Tieres nicht möglich ist und Tollwut in der Gegend vorkommt
- e) Bisse im Gesicht und in der Halsgegend oder schwerere Verletzungen vorliegen: in jedem Fall soll mit der Wutschutzbehandlung sofort begonnen werden, ohne Rücksicht auf den Verdachtsgrad an Tollwut beim beißenden Tier.

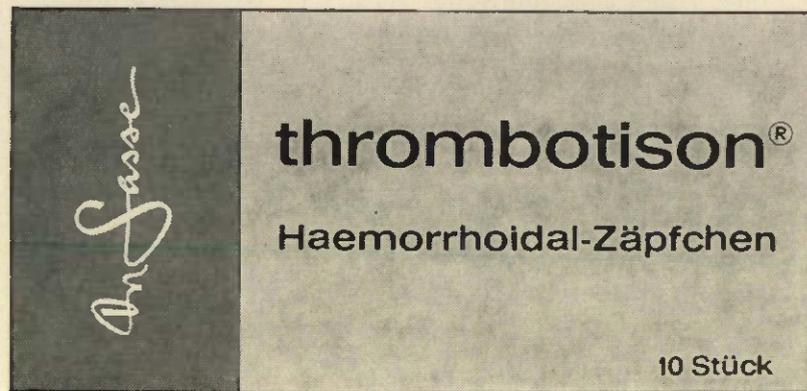
Bei indirektem Kontakt und unverletzter Haut ist keine Wutschutzbehandlung erforderlich.

In Zweifelsfällen ist sie jedoch stets durchzuführen. Sie ist die einzige Möglichkeit, den Ausbruch der stets tödlichen Erkrankung zu verhindern. Es ist falsch, vor Beginn der Behandlung erst Laborbefunde abwarten zu wollen.



DERMATOLOGICA *An Sasse*

Zur Behandlung des analen
Symptomenkomplexes



Hydrocortison + Heparin + Lokalanästhetikum

Schmerzlindernd, juckreizstillend, sekretions-
und entzündungshemmend

Indikationen: Haemorrhoiden, Analfissuren
und -Rhagaden, Pruritus ani und Proktitis.

Auf Wunsch stehen Muster zur Verfügung

Handelsformen:

5 Zäpfchen DM 2,95 m. U.

10 Zäpfchen DM 4,90 m. U.

DR. FRIEDRICH SASSE
1 BERLIN 10 - POSTFACH 640

Impfungen mit vermehrungsfähigen Viren z. B. (Pockenschutzimpfung, Schluckimpfung, u. a.) sollen frühestens sechs Wochen nach der Wutschutzbehandlung durchgeführt werden.

Die Wutschutzbehandlung kann von jedem Arzt durchgeführt werden; sie ist nicht an bestimmte Behandlungszentren gebunden.

Erste Hilfe:

Verdächtige Verletzungen sollen möglichst sofort und ausgiebig mit Wasser oder mit Wasser und Seife gereinigt werden. Kein primärer Wundverschluß. Die Prophylaxe gegen Wundstarrkrampf ist notwendig.

Nebenerscheinungen und Komplikationen:

Etwa von der 3. oder 4. Injektion ab, und besonders bei wiederholter Wutschutzbehandlung, können Schwellungen und Schmerzen am Ort der Injektion auftreten. Kopfschmerzen, Müdigkeit und vegetative Allgemeinerscheinungen werden von etwa einem Viertel der Patienten und in der Regel erst nach der 4. Injektion angegeben. Die Angaben über das Auftreten von neuronalen Komplikationen (postvaxinaler Enzephalomyelitis) schwanken zwischen 1 : 2000 und 1 : 40 000; sie erzwingen Krankenhausaufnahme. Kleinkinder vertragen die Wutschutzbehandlung in der Regel besser als Erwachsene.

Maßnahmen bei tollwutverdächtigen Verletzungen (zusammengefaßt)

Wundreinigung — kein primärer Wundverschluß
Wutschutzbehandlung und gegebenenfalls Serungabe
Tetanusprophylaxe und gegebenenfalls antibakterielle Therapie.

Literaturverzeichnis

- ACKERKNECHT, H.: „Zur Geschichte der Tollwut“, Schweiz. Med. Wschr. 96, 746 (1966).
BABES, V.: in R. KRAUS, F. GERLACH und P. SCHWEINBURG: „Lyssa bei Mensch und Tier“, Urban & Schwarzenberg, Berlin/Wien 1926 (S. 135 ff.).
BECK, G. und F. OSTHOFF: „Ein Beitrag zur Tollwut-situation“, Tierärztl. Umschau 1966/9, p. 441.
BEUTEL, H., H. DRAUSNICK und E. VANEK: „Tollwut in Bayern“, Bayer. Ärzteblatt“ 1965/9, S. 633–641.
CREUTZBURG, H.: „Erfahrungen mit der Tollwutvakzination“, Das Dtsch. Ges.-Wes. 18, 1104 (1963).
EXPERT COMMITTEE ON RABIES: Wld. Hlth. Org. Technical Rep. Ser.No. 201 (1950), und Ser.No.321 (1966).
GILDEMEISTER, H.: „Die Tollwutschutzimpfung“ im Handbuch der Schutzimpfungen, Springer, Berlin — Göttingen — Heidelberg 1965.
JOHNSON, H. N.: in „Viral and Rickettsial Infections of Man“, J. B. Lippincott, Philadelphia/Montreal 1959.
SCHINDLER, R.: „Die Tollwut“ in „Virus- und Rickettsieninfektionen des Menschen“, J. F. Lehmann, München 1964.
SCHINDLER, R.: „Die Tollwutschutzimpfung“ in H. SPIESS. Schutzimpfungen, G. Thieme, Stuttgart 1966.
STICKL, H.: „Die Tollwut“, Fortschr. Med. 85, 495 (1967).
WACHENDÖRFER, G.: „Tollwutepidemiologie“, Die gelben Hefte, Behring, 1966, Heft Nr. 12, S. 495–508.

Ansch. d. Verf.: ORMR Dr. H. Drausnick, Bayerisches Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, und Professor Dr. Stickl, Leiter der Bayerischen Landesimpfanstalt, 8000 München 90, Am Neudeck 1.

(Aus der II. Frauenklinik der Universität München [Direktor: Professor Dr. R. Fikentscher])

(Aus der III. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing [Chefarzt: Privatdozent Dr. H. Mehnert])

Merkblatt zur Betreuung von Diabetikerinnen während der Schwangerschaft und Geburt

Von F. W. Dittmar und H. Mehnert

1. Trimenon

Zunächst wie bei Nichtdiabetikerinnen Erhebung der allgemeinen und geburtshilflichen Anamnese.

Zyklusanamnese, nach Möglichkeit Bestimmung des Konzeptionstermins anhand einer Basaltemperaturkurve.

Bestimmung von ABO-Blutgruppen und Rhesus-Faktor eventuell Antikörper-Suchtest.

Außerdem:

Stoffwechselkontrollen bzw. Neueinstellung des Diabetes mellitus: Insulinspritzende oder mit Komplikationen behaftete Patientinnen sollten kurzfristig stationär aufgenommen werden. Diabetes-Diät in der üblichen Weise; dabei mindestens 1,5 bis 2,0 g Eiweiß/kg Sollgewicht.

Eine Behandlung mit oralen Antidiabetika sollte nach Möglichkeit vermieden werden, auch wenn Fruchtschäden unter dieser Therapieform nicht mit Sicherheit nachgewiesen sind. Entgegen immer noch verbreiteter Ansicht bedeutet der Eintritt einer Schwangerschaft für die Diabetikerin fast stets eine Belastung des Stoffwechsels mit Verschlechterung der Blut- und Harnzuckerwerte. Deshalb muß fast immer die Insulindosis — z. T. sogar erheblich — erhöht werden.

Ferner:

Es gilt die Faustregel, daß schwangere Diabetikerinnen eine Insulininjektion pro die mehr benötigen als vor der Schwangerschaft. Oft sind daher 3–4 Einzelinjektionen täglich notwendig. Gut bewährt hat sich z. B. die Verabreichung eines kurz wirkenden Kombinationsinsulins am Morgen, eine Alt-Insulingabe am Mittag und eine Depot-Insulininjektion für die Nacht. Therapieziel:

Strenge Stoffwechselführung, wobei Hypoglykämien erfahrungsgemäß nur zu Beginn der Schwangerschaft zu fürchten sind. Wegen der niedrigen Nierenschwelle für Glukose läßt die sonst für Stoffwechselkontrollen so wichtige Bestimmung des Harnzuckers häufig im Stich. Es sind deswegen mehr Blutzuckerbestimmungen erforderlich. Unter allen Umständen muß das Auftreten bzw. das längere Fortbestehen einer Ketoazidose vermieden werden (gegebenenfalls Einschaltung von Hafer-Obst-Tagen mit mehreren kleinen Alt-Insulininjektionen pro die). Ständige Gewichtskontrollen sind zur Überwachung der Diät bzw. zur rechtzeitigen Erkennung einer Wasserretention erforderlich.

Infektionsprophylaxe:

Diabetikerinnen sind besonders während der Schwangerschaft im Hinblick auf eine Pyelonephritis gefährdet.

2. Trimenon

Wöchentliche Blut- und Harnzuckerkontrollen neben den üblichen geburtshilflichen Untersuchungen.

Häusliche Kontrollen auf Harnzucker und Aceton.

Angleichung der Blutzuckerwerte an die Norm durch entsprechende Insulindosierung.

3. Trimenon

Geburtshilfliche Aspekte:

Präterminale Hospitalisierung (ab 32., spätestens ab 35. Schwangerschaftswoche).

Kontrolle der Fruchtentwicklung (eventuell durch röntgenologische Größenbestimmung). Laufende kindliche Herztonkontrollen. Versuch der vaginalen Entbindung ab der 36. Schwangerschaftswoche und noch später.

Geburtseinleitung durch Blasensprengung, Oxytocindauertröpf, Verkürzung der Austreibungsperiode durch Vakuumextraktion oder Forceps.

Allerdings bei vorausgegangenem mißglückten Schwangerschaften, bei alten Erstgebärenden, bei Verdacht auf Mißverhältnis (Riesenkind!), nach vergeblicher Geburtseinleitung, bei Nephropathien, bei Gefährdung des Kindes großzügige Indikationsstellung zum Kaiserschnitt.

Vorsichtige Narkose (Intubation!).

Sofortige konsiliarische Betreuung des Neugeborenen durch den Pädiater bzw. Verlegung in die Kinderklinik.

Abstillen der Wöchnerin.

Diabetestherapie vor, während und nach der Entbindung

1—2stündige Blutzuckerkontrollen, deren Zahl post partum reduziert werden kann, besonders wenn wieder zuverlässige Harnzuckerbestimmungen möglich sind. Nach den Ergebnissen richtet sich die Therapie mit kleinen fraktionierten Alt-Insulindosen. Bei vaginaler Entbindung ausreichende Zufuhr von Nahrung, besonders von Kohlenhydraten (oral oder i. v.). Bei operativer Entbindung: Intensive Zufuhr von Zucker,

am besten von Lävulose bis zu 200 g/die (= 2000 ml einer 10%igen Lävuloselösung).

Merke:

Besondere Beachtung verdient die drastische Senkung des Insulinbedarfs unmittelbar nach der Geburt! Vor der postpartalen ersten Insulininjektion muß unbedingt der Blutzucker bestimmt werden. Oft genügt $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{6}$ der vor der Entbindung benötigten Insulinmenge. Gut bewährt hat sich der Zusatz kleiner Insulinmengen zur Dauertropfinfusion, die damit besser „steuerbar“, d. h. rasch zu unterbrechen ist.

Im allgemeinen steigt der Insulinbedarf wenige Tage nach der Entbindung wieder an und erreicht etwa den Stand vor der Schwangerschaft. Umstellung auf Depot-Insulin ist schon kurz nach der Entbindung (innerhalb einer Woche) möglich.

Neugeborenen-Betreuung durch den Pädiater

Behandlung drohender Übergangs- und Anpassungsstörungen. Unreife (fetus dysmaturus): Behandlung wie Frühgeburt.

Hyaline Membranen: Vermeidung intrauteriner Hypoxie („pulmonales Hyperperfusions-Syndrom“); sorgfältige Säuberung der Luftwege, hohe Luftfeuchtigkeit, eventuell Antibiotika-Schutz.

Erythroblastose, Hyperbilirubinämie: Glukosezufuhr, eventuell Austauschtransfusion

Hypoglykämie: Glukosegabe (je nach klinischen Anzeichen) Hypokalzämie, Hypokaliämie, Hyperphosphatämie: symptomatische Behandlung mit entsprechenden Elektrolytlösungen

Resistenzschwäche, vor allem gegen Infekte: Großzügige Antibiotika-Prophylaxe

Anschr. d. Verf.: Dr. med. F. W. Dittmar, II. Frauenklinik der Universität München, 8000 München 15, Lindwurmstraße 2a

Privatdozent Dr. H. Mehnert, III. Med. Abt. des Städt. Krankenhauses München-Schwabing, 8000 München 23, Kölner Platz 1

Früherfassung der Phenylketonurie*)

Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 1. September 1967

Mit Schreiben vom 13. 9. 1966 Nr. III 1b — 5335/10 — 11 hat das Bayerische Staatsministerium des Innern mitgeteilt, daß es für einen Modellversuch zur Früherfassung der Phenylketonurie in Niederbayern und der Oberpfalz die Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt Regensburg mit der Durchführung der Blutprobe nach Guthrie beauftragt hat. Ab Oktober 1967 führt die Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt München den Guthrie-Test für Oberbayern und Schwaben durch. Die dafür notwendigen Spezial-Testkarten werden von der Bakteriologischen Untersuchungsanstalt auf Anforderung den Ärzten und Krankenhäusern kostenlos zugesandt. Auch die Durchführung des Guthrie-Testes erfolgt kostenlos.

Da der Guthrie-Test bereits ab dem 5. Lebenstag zuverlässige Ergebnisse liefert, sollte nach der Entbindung dem Säugling im Krankenhaus ein Tropfen Blut abgenommen und mittels der Testkarte der Untersuchungsanstalt eingeschickt werden.

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

Das Staatsministerium des Innern bittet deshalb, Ärzte und insbesondere Krankenhäuser mit Entbindungsstationen und Kinderkrankenhäuser in Oberbayern und Schwaben auf diese Möglichkeit aufmerksam zu machen. Es sollte erreicht werden, daß bei allen Neugeborenen der Guthrie-Test durchgeführt wird. Nur durch die Mitarbeit der freien Ärzteschaft kann die Aktion erfolgreich sein.

Beschluß des Bayerischen Gesundheitsrates zum Klinikum Großhadern

Der Bayerische Landesgesundheitsrat hat in seiner Sitzung am 12. 6. 1967 nach Anhören zahlreicher Sachverständiger folgenden einstimmigen Beschluß gefaßt: „Der Bayerische Landtag und die Staatsregierung werden dringend ersucht, die anstehenden Bauaufträge für das Klinikum in Großhadern unverzüglich weiter zu vergeben und mit dem Bauvorhaben Bettenhaus sofort zu beginnen.“

Der Landesgesundheitsrat hat sich davon überzeugt, daß die Gesamtkonzeption und die Planung des Bettenhauses so gründlich auch im Hinblick auf mögliche Einsparungen sowohl in technischer als auch in finanzieller Hinsicht durchgeführt worden sind, daß sie keiner weiteren Überprüfung vor Baubeginn bedürfen.“

AUS DEM STANDESLEBEN

Gerontologie, Aufgabe und Verpflichtung zugleich*)

Am 26./27. 5. 1967 fand in der Meistersingerhalle in Nürnberg der Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Altersforschung statt. Der Begründer dieser Gesellschaft, der vor 2 Jahren über 80jährig in Leipzig verstorbene Professor Dr. Dr. Max BÜRGER, wählte zuerst die Bezeichnung „Altersforschung“, um sie dann später in „Altersforschung“ umzuwandeln. Diese für den Laien an und für sich fast unmerkliche Namensänderung war keineswegs bloß eine Wortspielerei, wie oberflächliche Kritiker nur allzu gerne behaupten, sondern sie spiegelte den tiefgreifenden Wandel wieder, den diese Forschungsrichtung damals erlebte. Sie war damit bahnbrechend und richtungsweisend zugleich für die künftige Zielsetzung dieser Gesellschaft.

Daß sie die ihr überkommenen Aufgaben und Verpflichtungen nicht nur konsequent weiterzuführen gewillt ist, sondern, daß sie darüber hinaus auch sämtliche Möglichkeiten ausschöpft, ihre Ziele zu realisieren und den mittlerweile veränderten Zeitverhältnissen anzupassen, hat die Gesellschaft in Nürnberg mit großem Erfolg demonstriert und nach außen hin durch ihre, der internationalen Nomenklatur folgenden Umbenennung in „Deutsche Gesellschaft für Gerontologie“ dokumentiert.

Unter der ebenso bewährten wie routinierten wissenschaftlichen Leitung von R. SCHUBERT, Nürnberg, dem Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, vermittelten insgesamt 63 profilierte Referenten innerhalb der zwei Kongreßtage den über 400 Teilnehmern aus dem In- und Ausland ein eindrucksvolles Bild von den neuen Denkmodellen, deren sich die moderne Gerontologie bedient, um Alters- und Altersvorgänge zu analysieren.

Und, wenn es erlaubt ist, das Resümee schon vorweg einmal anzudeuten, so muß es als besonderes Verdienst dieses Kongresses angesehen werden, daß nicht nur neue Erkenntnisse vorgetragen, sondern daß vor allem viele überkommene Vorurteile abgebaut sowie falsche Ansichten ausgemerzt oder revidiert wurden. Immer wieder wurde betont, daß man Situationen und Problemen des alten Menschen nur dann gerecht zu werden vermag, wenn man sie absolut nüchtern und realistisch betrachtet. Man darf sich weder von dem früher üblichen Fatalismus und Pessimismus noch von dem heute nur allzu beliebten übertriebenen Optimismus sowie von einem durch sensationslüsterne Presseberichte oft stimulierten Illusionismus leiten lassen.

Die Gerontologie will und kann keineswegs die Fachdisziplin sein, die es sich so leicht und einfach macht, aus dem Lebensdiagramm lediglich einen Sektor, und zwar den ab dem 60. bzw. 65. Lebensjahr, herauszuschneiden. Gerontologie ist damit nicht etwa ein Freizeithobby für gelehrte Geronten! Wer sich mit der Gerontologie befassen will, darf sich nicht ausschließlich auf das Alter beschränken. Das wirkliche Verständ-

nis wird sich erst dann anbahnen, wenn man dabei auch die Entwicklung des Menschen von der Jugend bis zum hohen Alter, d. h. also im Längsschnitt des Lebens, berücksichtigt. Man muß also eine sogenannte longitudinale Altersforschung betreiben. SCHUBERT präziserte diese Ansicht mit dem Satz: „Nur wer das Altern zu ergründen sucht, kann das Alter richtig verstehen.“

Das Kriterium alles Lebendigen, die Reaktion in gesunden ebenso wie in kranken Tagen, unterliegt im Laufe der Dezennien vom Werden über das Wachsen, Reifen und schließlich Vergehen einem steten Wandel, dessen Volutionsphasen die Geriatrie als der medizinisch-ärztliche Sektor der gesamten Gerontologie nicht allein, sondern nur in enger Zusammenarbeit mit anderen gerontologisch interessierten Fachrichtungen zu analysieren und zu interpretieren vermag. In diesem Sinne war nicht nur das Kongreßprogramm mehrdimensional gestaltet, in dem neben Medizinern auch Psychologen und Soziologen zu Wort kamen, sondern es wurde auch innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie je eine Sektion für Soziologie sowie eine für Psychologie gebildet. Damit soll ein möglichst weit verzweigtes, gleichzeitig aber auch sehr eng verflochtenes Wurzelwerk gebildet werden, das dann, um bei diesem bildlichen Vergleich SCHUBERTs zu bleiben, den Stamm der Gerontologie mit immer neuem Saft versorgen kann.

Die Tatsache, daß heute wesentlich mehr Menschen ein hohes Alter erreichen als früher, ist unbestreitbar. Innerhalb der letzten 60 Jahre hat sich das durchschnittliche Lebensalter um ca. 30 Jahre erhöht. Nach den Angaben von B. MIKAT und H. SCHOONMAKER, Berlin, starben um die Jahrhundertwende noch etwa zwei Drittel der deutschen Bevölkerung vor, heute dagegen sterben zwei Drittel erst nach dem 65. Lebensjahr. Die Lebenserwartung betrug um die Jahrhundertwende bei den Männern 45 Jahre und bei den Frauen 48 Jahre. 1964 war sie bei den Männern auf 67, bei den Frauen sogar auf 73 Jahre gestiegen. Damit hat sich auch die Altersverteilung der Bevölkerung wesentlich geändert. 12%, d. h. ca. 6 Millionen Einwohner der Bundesrepublik, sind heute über 65 Jahre alt. Nach den statistischen Vorausberechnungen wird ihr Anteil bis 1980 sogar auf 16% ansteigen.

Leder wird diese Erhöhung des durchschnittlichen Lebensalters nicht immer als ein Lebensgewinn gewertet, sondern nur allzuoft mit dem Begriff „Überalterung“ oder — noch liebloser formuliert — „Vergreisung“ gleichgesetzt. Eine solche Interpretation sollte unter allen Umständen vermieden werden, schwingt doch in diesen Schlagworten immer die gefährliche Vorstellung mit, als hätte uns die Präventivmedizin gerade auf dem Gebiet der Gerohygiene und Geroprophylaxe mit der Lebensverlängerung nichts anderes als ein Danaergeschenk gemacht. Auch hier war der Kongreß bemüht, solche Vorurteile zu beseitigen und den altern-

*) Bericht über den Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie am 26./27. Mai 1967 in Nürnberg.

den Menschen in seinem Reifungsprozeß vor einer zu schematischen Klassifikation zu bewahren.

Was meint man nun überhaupt mit dem Begriff „Altern“? Wesentlich gefördert wird das Verständnis, wenn man sich die Auffassung von SCHUBERT zu eigen macht, der drei verschiedene Zeitfaktoren unterscheidet:

1. Das kalendarische oder chronologische Alter. Hierunter versteht man die physikalische Zeit, als deren Maßeinheit die Uhrzeit gilt. Dieser Zeitabschnitt, der in sich homogen ist, verläuft rein mechanisch und kontinuierlich, gänzlich ohne unser Zutun.
2. Die psychologische Zeit. Sie gibt, bezogen auf Seele und Geist, die rein subjektive, ganz persönliche Zeit eines jeden einzelnen an. Sie ist in sich völlig inhomogen und unabhängig von der Uhrzeit.
3. Die physiologische Zeit bzw. das biologische Alter. Hierin spiegeln sich die morphologischen und funktionellen Entwicklungen, Reifung und Alterung des Organismus wieder und stellen damit quasi das Leistungsalter des Menschen dar.

BÜRGER prägte den viel zitierten Satz: „Der Mensch ist so alt wie seine Gefäße.“ Man fragt sich nun, ob man auch heute noch an dieser eigentlich plausiblen Meinung festhalten darf oder ob vielleicht die Definition des Volksmundes richtiger ist, der da sagt: „Man ist so alt, wie man sich fühlt.“ Beide Thesen sind sicher heutzutage überholt, simplifizieren sie doch die Problematik wohl allzusehr. Der Ausspruch BÜRGERs ist insofern irreführend, als er nur einen Faktor, nämlich die biologische Zeit, und in diesem wiederum nur ein Organ berücksichtigt. Aber auch der Volksmund betrachtet das Altern zu einseitig, da er allein von der psychologischen Zeit mit ihrem ausschließlich subjektiven Altersempfinden ausgeht.

Die Bestrebungen der Gerontologie gehen nun dahin, das kalendarische Alter möglichst weit vom biologischen zu entfernen, d. h., wie SCHUBERT es präziserte, den kalendarisch alternden Menschen biologisch langsamer altern zu lassen. Entscheidend ist dabei nicht der mechanische Ablauf der Zeit, also das kalendarische Alter, sondern der Inhalt des Erlebens in dieser Zeiteinheit, d. h. also die psychologische Zeit. Dieses Erleben seinerseits ist nun wieder mit der biologischen Zeit ebenso qualitativ wie quantitativ verbunden und läßt den Menschen verschieden reifen.

SCHUBERT wies darauf hin, daß die bisherige Überbewertung des kalendarischen Alters unter allen Umständen eingeschränkt werden muß. Die Gleichung, das Alter des Menschen ist gleich seinen Jahren, hat lediglich ihre Berechtigung im mathematisch-nummerischen Sinne, wird aber bereits in dem Moment zu einem recht diskriminierenden Unrecht, wenn die Zahl an Lebensjahren zu einem Werturteil umgedacht wird. Wer einen Menschen lediglich nach der Zahl seiner Jahre in die Kategorien jung-elastisch, noch jung, gealtert bis alt und damit unbrauchbar einstuft, hat ein möglicherweise lebensentscheidendes Fehlurteil gefällt und dabei gänzlich außer acht gelassen, daß das Altern individuell ganz verschieden abläuft.

Der biologische Weg zum Alter ist, wie G. PLIESS, Nürnberg, anhand von molekularbiologischen Untersuchungen über Zellgenetik und Zytosynthese nachwies, kelmplasmatisch determiniert und damit unum-

stößlich vorgezeichnet. Es ist jedoch ein durchaus dynamischer Weg, wobei das vorzeitige Altern auf angeborenen oder erworbenen Fehlern in der Erbmasse (Mutation) beruht. Das normale Altern wird genetisch gesteuert und dadurch eingeleitet, daß sich die Makromoleküle im Zellkern und -plasma zunehmend vernetzen und dadurch immer funktionsuntüchtiger werden. Damit sinkt die Leistungsfähigkeit von der Einzelzelle ebenso wie von den Organen kontinuierlich ab. Die Zytosynthese ändert sich im Laufe des Lebens infolge einer Störung der ursprünglichen Programmierung, möglicherweise aufgrund eines eventuell durch Punktmutation induzierten Stopps bestimmter Kernaureaktivitäten. Der Zellstoffwechsel wird u. a. auch dadurch gebremst, daß die Leistung der Enzyme um so mehr nachläßt, je mehr reaktionsaktive SH-Gruppen durch stabile Disulfidgruppen ersetzt werden.

Molekulare Gefügestörungen konnten auch G. BENEKE, W. SCHMITT und U. TEUBER, Gießen, wahrscheinlich machen. An den Herzklappen beispielsweise kommt es im Alter zu einer zunehmenden Kollagenvernetzung. Die Kollagenmoleküle rücken immer mehr zusammen. Ihr Abstand verringert sich von ca. 13 Å auf 10,5 Å. Der Fibrillendurchmesser nimmt von 700 Å auf 1100 Å zu. Diese Befunde sprechen dafür, daß das kollagene Herzklappengewebe langsamer als das kollagene Bindegewebe der Haut altert.

O. GSELL, Basel, berichtete, wie schwer es ist, in praxi eine longitudinale Altersforschung an einer für die statistische Auswertung genügend großen Personen-Gruppe zu betreiben. Insbesondere der Wohnungswechsel der Probanden wirkt sich sehr hinderlich aus. Bei seiner in Basel seit 1955 an 125 Personen durchgeführten Studie fand GSELL verschiedene Merkmale, die sich während des Lebens fortlaufend ändern: Konstitutionsindex, Blutdruck, Pulswellengeschwindigkeit, Brust- und Bauchumfang steigen an. Vitalkapazität, Ausatmungsstoß, Blutdruckamplitude und Akkommodationsbreite des Auges nehmen ab. Alterstendenzen lassen sich nicht aus einem Parameter allein, sondern erst aus mehreren heraus erkennen. Aus diesen Beobachtungen kann man eine Art von Geroprognose ableiten: Ein Individuum wird voraussichtlich dann vorzeitig altern, wenn bei ihm mehrere Parameter rascher und stärker von der Norm abweichen.

Die Basis für Koronarerkrankungen, die Koronarsklerose und ihr Folgezustand, der Myokardinfarkt, nehmen, wie E. WOLLHEIM, Würzburg, zeigen konnte, mit steigendem Lebensalter immer mehr zu. Bei den 25jährigen leiden ca. 20%, bei den 50jährigen bereits 50% an Koronarsklerose. Myokardinfarkte werden jedoch im Alter nicht nur häufiger, sondern auch wesentlich gefährlicher, da sich Zahl und Schweregrad der Komplikationen sowie die Letalität erhöhen. Herzinsuffizienz und Rhythmusstörungen, vor allem Vorhofflimmern und Schenkelblock, nehmen deutlich zu. Vielfach pflöpft sich der Infarkt auf ein schon vorgeschädigtes Altersherz, dessen Regulationsbreite so-wieso schon eingeschränkt ist, auf. Eine konsekutive Herzinsuffizienz nach Myokardinfarkt bekommen im 4. Dezennium nur 20%, im 7. Dezennium bereits 50% der Infarktpatienten. Die Letalität an Herzinfarkt steigt von 15,4% im jugendlichen über 44% im mittleren bis auf 55% im hohen Alter an. Besonders gefährdet sind

Wenn die täglichen Probleme
Ihren nervösen Patienten

ÜBER DEN KOPF WACHSEN



NEU

PRAXITEN®

Oxazepam

zur Aufhebung von Angst und Spannung

**PRAXITEN - der neue Tranquillizer
für berufstätige Patienten**

- die sich nach Harmonie und Gelassenheit sehnen
- die mal wieder „schön“ schlafen wollen
- die tagsüber aktiv sein müssen

Indikationen:

Angst - Spannung - Beklemmung -
erhöhte Reizbarkeit - Schlaflosigkeit -
Niedergeschlagenheit - nervöse
Erschöpfung - psychosomatische
Erkrankungen

Handelsformen:

OP mit 20, 50 und 250 Tabletten zu 15 mg
Muster und Literatur auf Wunsch



WYETH-PHARMA GMBH · 44 MÜNSTER/WESTF. · SCHLEEBRÜGGENKAMP 15

Reinfarkte im Alter; bei ihnen ist die Letalität doppelt so groß wie bei jüngeren Patienten.

Unter den Ursachen einer Herzinsuffizienz dominieren nach J. NÖCKER und O. HARTLEB, Leverkusen, im Präsenium die Hypertonie entweder im großen oder im kleinen Kreislauf, im Senium die Koronarsklerose mit Koronarinsuffizienz. Bevor die Herzinsuffizienz im Alter manifest wird, geht ihr bereits eine latente Phase voraus, die man damit objektivieren kann, daß man den Quotienten aus Sauerstoffverbrauch bei Arbeit und aus Herzvolumen errechnet. Sowohl WOLLHEIM als auch NÖCKER betonten, daß das Myokard bei älteren Menschen gegenüber Herzglykosiden empfindlicher ist als bei jüngeren. Deshalb droht die Kumulationsgefahr von Herzglykosiden im hohen Alter stärker als sonst. Andererseits darf man sich aber von Kardiaka im Alter keine Wunder erhoffen, sondern man muß sich darüber klar sein, daß sie beim Altersherz nur insoweit wirken können, als es die verbliebene individuelle Regulationsbreite zuläßt. Barbiturate und Morphin werden von älteren Menschen schlechter vertragen. Man sollte sie deshalb nicht verordnen oder besser auf barbituratfreie Hypnotika oder Sedativa ausweichen.

Daß die Ernährungswissenschaften in der Geriatrie größere Bedeutung und Aufgaben zugleich haben, als bisher angenommen wurde, demonstrierte H. J. HOLTMEIER, Freiburg/Br. Er wies darauf hin, daß proportional zu dem allgemeinen Wohlstand nicht nur die Gesamtkalorienzufuhr weit über den Bedarf angestiegen ist, sondern daß sich auch die Nährstoffrelationen verschoben haben. Der Fettkonsum erhöhte sich in gleichem Maße, wie der relative Kohlenhydrat- und Eiweißverbrauch abnahmen. Kaum eine andere Funktionsanomalie bringt so große Gefahren für die Volksgesundheit, Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung mit sich wie die Übergewichtigkeit. Sie ist als Teilursache und Verschlimmerungsfaktor bei vielen Krankheiten, z. B. bei den Gefäßkrankheiten, der Hypertonie und dem Diabetes mellitus, anzuschuldigen. Besonders eindrucksvoll beweisen dies Statistiken aus den USA, wonach die Lebenserwartung bei 10% Übergewicht bereits um 15%, bei 20% Übergewicht sogar um 40% absinkt. HOLTMEIER forderte deshalb, endlich die überkommenen falschen Ernährungsgewohnheiten aufzugeben und durch physiologische Kost zu ersetzen.

D. v. ARNIM und R. RULFFS, Nürnberg, wiesen darauf hin, daß die durch übertrieben lange Bettlägerigkeit verursachte Immobilisierung ganz allgemein einen nicht zu unterschätzenden Risikofaktor für alte Menschen darstellt. Speziell bei der Nachbehandlung des Myokardinfarkts empfahlen sie deshalb aufgrund eigener Beobachtung an 400 Fällen, auch Infarktpatienten im höheren Lebensalter nicht zu lange zu immobilisieren, sondern sie möglichst bald nach kardialer Rekompensation einer schonenden physikalischen Therapie zuzuführen, die stufenweise von der Bett-, Schritt-, Steh- und Gehphase bis zur Rehabilitationsphase ablaufen muß.

Im Bereich der oberen Luftwege stellt das Larynxkarzinom für den alten Menschen die größte Gefahr dar. Die Prognose des Kehlkopfkrebsses, die einerseits von der Lokalisation und andererseits von der möglichst frühzeitigen Erkennung und damit von der rechtzeitigen Behandlung abhängt, konnte, wie G. THEISSING und G. BIRNMEYER, Erlangen, erläuterten, durch neue

Behandlungsmöglichkeiten wesentlich günstiger gestaltet werden. Beim isolierten Stimmbandkrebs liegt die Heilungsrate sowohl bei operativer als auch bei radiologischer Therapie über 95%. Weiter fortgeschrittene Larynxkarzinome lassen sich mit Kehlkopfteilresektionen, z. B. mittels der von THEISSING modifizierten Halbseitenexstirpation, erfolgreich behandeln und erleichtern die vor allem bei alten Menschen doch recht schwierige Rehabilitation.

Auf die zunehmende Bedeutung des chronischen bronchitischen Syndroms wiesen sowohl V. BÖHLAU, Bad Soden, als auch F. WYSS und M. SCHERRER, Bern, eindringlich hin. Früher waren Arzt und Patient gleichermaßen nur alzu leicht geneigt, eine Bronchitis zu verharmlosen, sie zu bagatellisieren, sie gerne als unwichtige Begleitkrankheit unter anderen Diagnosen zu subsummieren. Man hatte deshalb früher die Therapie oft sträflich vernachlässigt. Heute ist man sich insbesondere der sozialmedizinischen Bedeutung der chronischen Bronchitis bei alten Menschen voll und ganz bewußt. In England z. B. schätzt man, daß ein Drittel der Bevölkerung, soweit sie das 50. Lebensjahr überschritten hat, an chronischer Bronchitis leidet und, daß rund 10% der über 40jährigen bereits an den Folgen einer chronischen progredienten Bronchitis, hauptsächlich an Lungenemphysem, Bronchiektasen oder Cor pulmonale, sterben.

Seitdem man erkannt hat, daß die chronische Bronchitis ein pluriätiologisches Krankheitsbild darstellt, bei dem endogene (Konstitution, Bindegewebsschwäche, allergische Diathese) und exogene Faktoren (initialer Virusinfekt, Tabakrauch, Luftverschmutzung, bakterielle Superinfektion) eng miteinander verknüpft sind, wendet man der Sekretolyse und Chemotherapie besondere Aufmerksamkeit zu. Zwei Verfahren konkurrieren bei der Chemotherapie der chronischen Bronchitis miteinander:

1. Die Schubtherapie, die bei jeder akuten Exazerbation einsetzt und deshalb auch als intermittierende bzw. Stoßbehandlung bezeichnet wird.
2. Die Schubprophylaxe, die in Form einer Langzeitbehandlung in der gefährdeten Jahreszeit durchgeführt wird, um die Bronchialschleimhaut vor erneutem Erregerbefall zu schützen.

Die für die Behandlung der chronischen Bronchitis geeigneten Chemotherapeutika müssen nach Meinung BÖHLAUs bei alten Patienten einen antibakteriell ausreichenden Wirkstoffspiegel im Serum und Gewebe, zuverlässige Bakteriole und gute Verträglichkeit aufweisen.

R. SCHUBERT und O. LINDNER, Nürnberg, berichteten über ihre Erfahrungen, die sie bei 290 stationär behandelten Bronchiaalasthmatikern sammeln konnten. Dabei fanden sie, daß das Asthma bronchiale zwar keineswegs eine reine Alterserkrankung darstellt, daß es aber dennoch recht auffällig ist, daß nur 10% aller Asthmatiker vor dem 40. Lebensjahr, dagegen 45% erst im höheren Alter zur Klinikaufnahme kommen. Das gefährlichste Alter liegt für den Asthmatiker im 7. Dezennium. Gerade in diesem Lebensabschnitt findet man stark erniedrigte Serumalbuminwerte, die den onkotisch-osmotischen Druck im Blut ändern und dadurch u. a. möglicherweise auch Lungenkreislauf und Herz belasten können. SCHUBERT und LINDNER empfah-

len deshalb, dem Asthmatiker rechtzeitig Anabolika und eiweißreiche Kost zu verordnen.

Nach den Untersuchungen von E. ELL und H. WOLFF, Nürnberg, entstehen die meisten Lungenabszesse im höheren Lebensalter aufgrund der vermehrten Thromboseneigung aus einem Lungeninfarkt. Ihr Morbiditätsmaximum liegt im 7. Lebensjahrzehnt. Insgesamt werden, dank der modernen Chemotherapie, die Lungenabszesse bei alten Menschen seltener, die einschmelzenden Bronchialkarzinome dagegen häufiger. Daraus ergeben sich oft recht unangenehme differentialdiagnostische Schwierigkeiten.

Das Operationsrisiko steigt bei der chirurgischen Behandlung von Lungenkrankheiten ab dem 60. Lebensjahr steil an. Was das Bronchialkarzinom anbelangt, so liegt nach den Angaben von E. HOLDER, Nürnberg, die Operationsmortalität bei unter 60jährigen Patienten bei der Lobektomie bei 2%, bei der Pneumonektomie bei 5% und nimmt jenseits des 60. Lebensjahres auf 6,5 bzw. 21,2% zu. Die gefürchtetste Komplikation stellt die kardiopulmonale Insuffizienz dar; sie erhöht sich im Alter auf das Vier- bis Fünffache und wird besonders dann gefährlich, wenn keine Zeit mehr bleibt, den Patienten mit Herz-Kreislaufmitteln zur Operation vorzubereiten.

Die intraoperative Sterblichkeit ist nach Angaben von HOLDER gering. Aber 5—12 Tage nach der Operation sterben viele alte Menschen an einem therapierefraktären Kreislaufversagen. Technisch bereiten die Eingriffe keine Schwierigkeiten. Angesichts der hohen Operationsmortalität beschränkt HOLDER die Indikation zur chirurgischen Behandlung des Bronchialkarzinoms dennoch nur auf solche Patienten, deren kardiopulmonale Leistungsfähigkeit noch ausreicht und die sicher noch keine Metastasen haben. Um lokale Metastasen auszuschließen, wird die Mediastinoskopie als weitgehend risikofreie Routinemethode empfohlen.

Die absolute Zahl der Schenkelhalsfrakturen hat sich, wie H. BIRKNER, Nürnberg, nachwies, innerhalb der letzten 20 Jahre verfünffacht. Dabei läßt sich eine auf fallende Altersverschiebung beobachten: Der Anteil der unter 70jährigen schwindet immer mehr, der Anteil der über 70jährigen steigt dagegen ständig an. Ebenso rapid ist allerdings die Letalität emporgeschellt; sie liegt bei den über 70jährigen bei 41%. Erschreckend oft entgleiten gleich nach dem Frakturereignis die lebenswichtigen Funktionen. Die Zerebralsklerose kann zu einem plötzlichen Zusammenbruch der Persönlichkeit führen. Kardiopulmonale Insuffizienz stellt die häufigste Todesursache dar. 46% der über 70jährigen Patienten mit Schenkelhalsfrakturen können wieder aus der Klinik nach Hause entlassen werden. 13% bleiben pflegebedürftig und müssen deshalb in einem Pflegeheim untergebracht werden.

Bei den zerebralen Alterserscheinungen ist, wie G. QUADBECK, Heidelberg, ausführte, nicht nur die Hirndurchblutung, sondern auch die zerebrale Glukoseaufnahme betroffen. Letztere wiederum hängt einerseits von Art und Ausmaß der Glukosetransportmechanismen vom Blut ins Gehirn und andererseits vom Energiebedarf des Gehirns ab. Tierexperimente haben gezeigt, daß bei zerebraler Hypoxie die Energiebilanz des Gehirns bis zu einem gewissen Grad durch vermehrte Glukosezufuhr verbessert und damit kompensiert werden kann. Bei einer Reihe von Medikamen-

ten, die bereits erfolgreich in der Geriatrie verwendet werden, konnte diese Wirkung nachgewiesen werden.

Ätiologie sowie Pathogenese der senilen und präsenilen Demenz sind vielschichtig. Um die verschiedenen Manifestationsformen abzuklären, empfahl M. BERGENER, Düsseldorf, wiederholte hirnpathologische Untersuchungen sowie eine psychiatrische Langzeitbeobachtung. Differentialdiagnostisch kommen vor allem die im gleichen Lebensabschnitt häufige arteriosklerotische Demenz und die PICKsche Atrophie in Frage. Als Hauptkriterium für die Diagnostik der ALZHEIMERSchen Erkrankung gelten die kortikalen Herderscheinungen. Daß die Folgen von Schädelhirntraumen im früheren und mittleren Lebensalter oft noch latent bleiben und dann erst im höheren Alter manifest werden, wies E. MÜLLER, Bochum, nach.

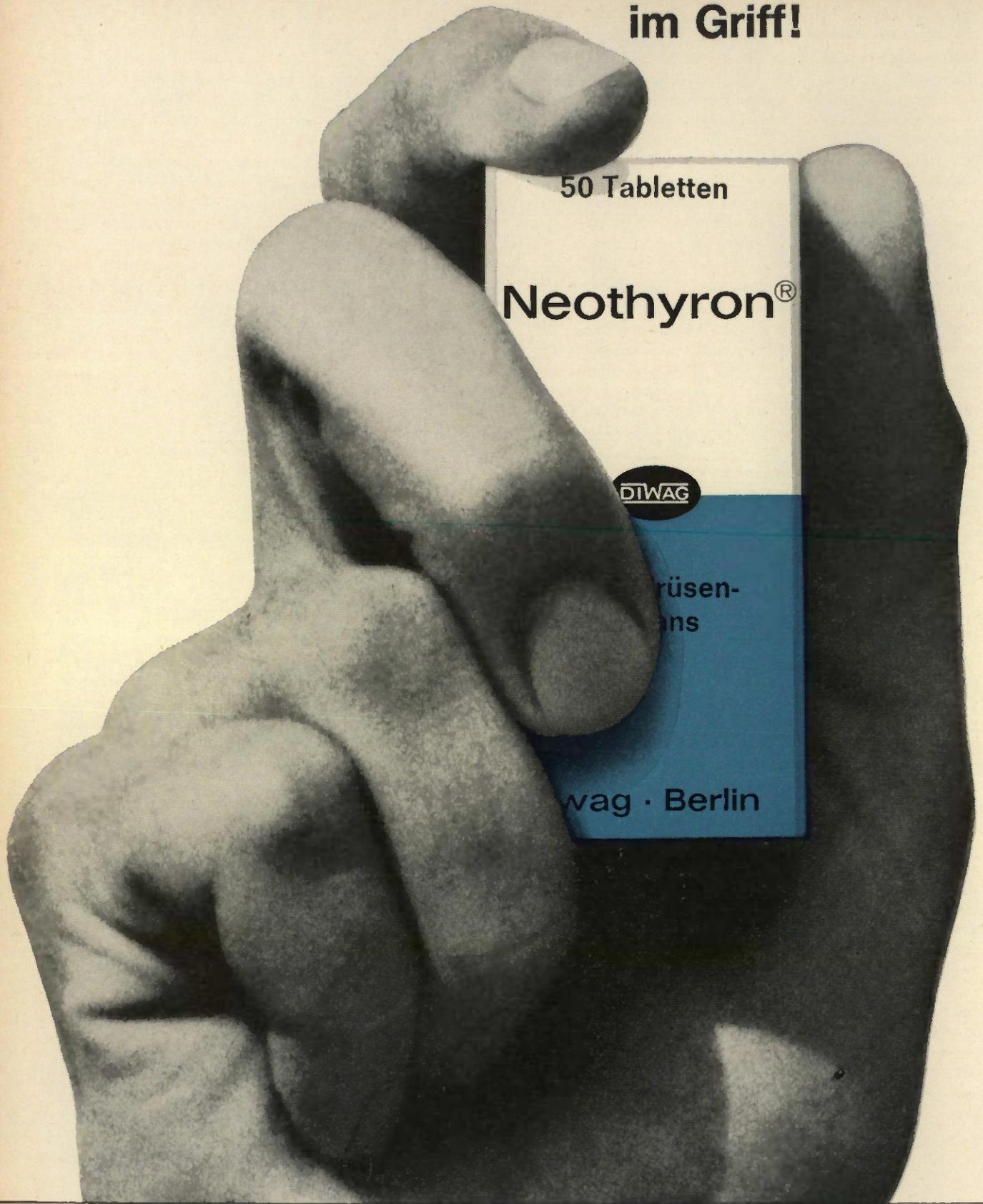
Ein weites Betätigungsfeld bietet sich auch auf dem Gebiet der Altersschwerhörigkeit. Cl. BECK, Freiburg/Br., erläuterte vor allem die apparativen Hilfsmittel, die in vielen Fällen auch dem alten Menschen noch ausreichende Hörmöglichkeiten vermitteln und ihn damit aus der psychischen und sozialen Isolierung befreien.

Am zweiten Kongreßtag hatten Psychologen und Soziologen das Wort. Dabei wurde deutlich, daß das Altern nicht nur ein medizinisches, sondern ebenso ein psychosoziales Problem darstellt. Es ist keineswegs damit getan, daß man nur das Leben zu verlängern hilft. Wenn man den alten Menschen nach einem arbeitsreichen und mühevollen Leben im Alter sich selbst überläßt, so droht bei vielen die Gefahr, daß sie mit ihrem Lebensabend wenig anzufangen wissen, inaktiv herumsitzen und sich im wahrsten Sinne des Wortes „zu Tode langweilen“. Nur relativ wenige vermögen ihren Lebensabend wirklich bewußt zu erleben, sinnvoll auszugestalten und mit schonender Aktivität zu erfüllen. Nachdem aber infolge steigender Lebenserwartung gerade der Lebensabend, d. h. die Spanne zwischen Arbeits- und Lebensende, immer länger wird, gilt es, hier helfend einzugreifen und auch auf diesem Gebiete eine Reihe von Vorurteilen zu beseitigen. Dabei geht es nicht um Mitleid oder gar um Bevormundung, sondern ganz einfach darum, die realen Chancen des alten Menschen zu wahren.

Die öffentliche Meinung, Politik und vor allem die Mode, haben in den letzten 15 Jahren ein ganz bestimmtes Leitbild, das Image des Jungseins, geformt, bei dem versucht wurde, die Jugend in übertriebener Weise zu idealisieren, zu glorifizieren und gleichzeitig aber auch zu konservieren. Der Wunschtraum nach ewiger Jugend hatte eine so faszinierende Ausstrahlung, daß der alte Mensch dabei ganz zu Unrecht immer mehr in den Schatten gedrängt wurde. Mittlerweile beginnt dieses Leitbild erfreulicherweise zu verblassen und einem gesunden Realismus Platz zu machen.

Man bemüht sich allenthalben, die früher landläufige pessimistisch-negative Bewertung des Alters durch eine optimistisch-positive Grundeinstellung zu ersetzen, sich dabei aber gleichzeitig vor einer illusionistischen Mythifizierung zu hüten. Früher war man nur allzu leicht geneigt, das Alter ausschließlichs als Defizitmodell zu betrachten. Die Studien von H. THOMAE, Bonn, und seinen Mitarbeitern haben dazu beigetragen, das überlieferte Bild des alten Menschen in unserer Gesellschaft, den sogenannten wertnegativen „Alternstereotyp“,

Schilddrüsen-Regulation im Griff!



Neothyron normalisiert die Schilddrüsentätigkeit von verschiedenen Seiten: Trijodthyronin bremst die Bildung und Ausschüttung von TSH. Reserpin dämpft störende Impulse des Zwischenhirns und vermindert auf diesem Wege die Produktion von TSH. Das Barbitursäure-Derivat hat einen sedierenden Einfluß auf das

Großhirn, fängt psychische Noxen ab und vermindert die Impulse zu den hypothalamischen Zentren, der Bildungsstätte der Neurohormone.

Indikationen: Leichte bis mittelschwere Hyperthyreosen, euthyreote diffuse Kröpfe, Rezidivprophylaxe nach subtotaler Resektion, neuro-

zirkulatorische Dystonien mit Schilddrüsenbeteiligung, ausgebrannte Hyperthyreosen, floride endokrine Ophthalmopathie.

Zusammensetzung: L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid 0,01 mg, Reserpin 0,1 mg, Methylphenyl-äthyl-barbitursäure 60 mg/Tabl.

50 Tabletten DM 5,30 o.U. Diwag · Berlin

ganz wesentlich zu korrigieren. Es ist keineswegs so, wie man bisher glaubte, daß mit zunehmendem Alter Aktivität, Belastbarkeit, allgemeine und intellektuelle Anpassungsfähigkeit sowie die Ich-Kontrolle abnehmen, und daß dadurch die soziale ebenso wie die biologische Funktionstüchtigkeit des Individuums beeinträchtigt werden.

THOMAE konnte demgegenüber eine beachtliche Altersstabilität nachweisen. Es zeigte sich, daß viele Persönlichkeitsmerkmale eines Menschen im Alter fast noch die gleichen bleiben wie in seiner Jugend. Intelligenz, Aktivität, Anpassung und Sicherheit verändern sich mit zunehmendem Lebensalter kaum. Wer sein ganzes Leben verträdelte und verbummelte, entfaltet meist auch im Alter keine Aktivität. Aufgeschlossene und immer aktiv tätige Menschen behalten auch an ihrem Lebensabend ihre Leistungsbereitschaft. Der stets Intolerante bleibt verkrampft.

Das Verhalten eines Menschen gegen sich und seine Umwelt wird also nicht so sehr von seinem Alter als vielmehr, wie auch H. SIMONS, Bamberg, D. MEHLER und N. ERLEMEIER, Bonn, bestätigten, von altersunabhängigen, altersstabilen Determinanten geformt, z. B. vom sozialen Status, Gesundheitszustand, Intelligenzniveau, Schulbildung und Rigidität. Diese Determinanten sind variabel und beeinflussen sich gegenseitig. So hängen z. B. Stimmung und Laune u. a. vom Gesundheitszustand, die Anregbarkeit von der Intelligenz, Anpassung und Sicherheit von der Schulbildung ab. Leute mit ausgeprägter Rigidität lassen sich wenig anregen, Intolerante lassen sich nur schlecht steuern.

Welche Pläne und Daseinswünsche hegt nun der alte Mensch wirklich? Was erscheint auch ihm noch erstrebenswert? Mit der allgemeinen Lebensthematik beschäftigten sich I. PUSCHNER, M. SCHREINER und H. G. TISMER, Bonn. Sie widerlegten eindeutig die vielgeäußerte Meinung, daß die Lebensthematik eines Menschen nur im jugendlichen und mittleren Alter expansiv, im hohen Alter dagegen immer mehr restriktiv ausgerichtet sei. Die Grundrichtung der Aktivität bleibt — natürlich im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten — auch bei alten Menschen weitgehend expansiv. Im 8. Dezennium dominieren bei den Männern das Streben nach Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Ausweitung des Interessenhorizontes sowie der Wunsch, auch im Alter notwendig zu sein und gebraucht zu werden. Allerdings genügt oft ein Altersunterschied von 10 Jahren, um den Übergang von „Bemühtsein um die Ausweitung des Horizontes“ zum „Genügfunden im Wechselspiel zwischen Arbeit und Ruhe“ gerade in dieser Lebensphase deutlich werden zu lassen. Für die alten Frauen sind im Gegensatz zu den jüngeren religiöse Themen und die „Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Daseins“ besonders wichtig.

Es besteht kein Zweifel, daß die körperliche Leistungsfähigkeit mit steigendem Lebensalter, bei den Frauen stärker als bei den Männern, eingeschränkt wird. Wie jedoch THOMAE und F. J. MATHEY, Bonn, zeigen konnten, vermag der alternde Mensch diesen Leistungsabfall überraschend lange durch seine persönliche berufliche Erfahrung, durch Routine sowie durch seine Handfertigkeit zu kompensieren. Er braucht zwar zuweilen etwas länger, kann aber sein Arbeitspensum dennoch erfüllen. Falls der alte Mensch seine Erfahrung und die während eines langen Lebens erprobten For-

men seines Weltbezuges richtig einsetzt, kann er sogar noch an Persönlichkeitsreife dazugewinnen. Erst wenn er unter Zeitdruck steht, fallen seine Leistungen proportional zum Lebensalter ab. Auch wenn die Leistung nachläßt, so bleiben doch Grob- und Feinmotorik nach den Beobachtungen von W. ESSING, Bonn, noch recht lange Zeit erhalten.

R. SCHMITZ, M. RENNER und E. OLBRICHT, Bonn, untersuchten, von welchen Determinanten die Freizeitgestaltung im Alter abhängt. Sie fanden, daß die Personen ihre Freizeit um so besser und aktiver zu gestalten vermögen, je differenzierter sie sind, je besser ihre Schulbildung, ihr Einkommen sowie ihr sozialer Status waren und noch sind. Interessante Zusammenhänge ergeben sich auch zwischen Freizeitgestaltung und Familienleben. Je aktiver sich einer in seiner Freizeit zu beschäftigen weiß, um so enger sind erfahrungsgemäß die Bindungen zu seiner Familie und seinen Bekannten. Demgegenüber gibt es auch Freizeitbeschäftigungen, die besonders dann ausgeübt werden, wenn wenig Kontakte zur Umwelt bestehen. Zum Beispiel ist bekannt, daß Männer, die viel verreisen und ständig im Garten arbeiten, nur einen dürftigen Kontakt zu ihrer Familie aufrechterhalten.

Die longitudinalen Untersuchungen, die K. GOTTSCHALDT, Göttingen, seit 1936 fortlaufend an Zwillingen durchführt, runden das revidierte Bild von der Persönlichkeitsstruktur des alten Menschen ab. Bis etwa zum Ende des 3. Dezenniums dominiert die endogene Grundausstattung eines jeden Individuums. Ab dem 4. Dezennium können sich dann Umwelteinflüsse aufpfropfen, so daß die Peristase die zweite Hälfte des Lebens mitprägen kann. Der Intellekt bleibt dabei im wesentlichen unverändert.

Nun drängt sich die Frage auf, inwieweit die von Laien fälschlicherweise oft wertnegativ beurteilte, durch Wissenschaft und Forschung jedoch korrigierte und von überkommenen Vorurteilen befreite Vorstellung, d. h. das sogenannte Fremdbild, mit dem Selbstbild, das sich der alte Mensch über seine eigene Persönlichkeit und seine Charaktereigenschaften macht, übereinstimmt. Anhand von Untersuchungen an 3340 Probanden konnte R. BERGLER, Heidelberg, nachweisen, daß das Selbstbild oft recht erheblich gegenüber dem Fremdbild differiert.

Interessant ist weiterhin die Beobachtung BERGLERs, daß auch das Selbstbild im Leben nicht immer konstant bleibt, sondern daß der Mensch im Laufe seines Lebens sein Selbstbild oftmals variiert. Die Eigenschaften, Anpassungs- und Einordnungsfähigkeit, zielgerichtete Aktivität und Selbstsicherheit sind in allen Altersstufen gleich ausgeprägt. Dagegen findet sich eine Reihe von altersspezifischen Eigenschaften im Selbstbild: Während sich jüngere Leute gerne als impulsiv, lebhaft, gesellig, fröhlich und phantasievoll charakterisieren, so stufen sich die Menschen mit zunehmendem Alter immer mehr als beherrscht, abwartend, zurückhaltend, ernsthaft, nüchtern und sachlich ein.

Aufgabe der Soziologie in der Gerontologie ist es, die soziale Stellung des alternden Menschen in der heutigen Gesellschaft abzuklären und im besonderen schon bei der jungen Generation das Verständnis für das Alter zu wecken. Das Altern läßt sich heutzutage mit modischen und kosmetischen Tricks zwar möglicherweise eine gewisse Zeit verschleiern, keineswegs aber für im-

mer verbergen. Die Konfrontation mit dem Alter bleibt nicht aus, sie sollte deshalb möglichst frühzeitig beginnen. Wenn man sich mit der Problematik vom Altern und Alter beschäftigt, so muß man sich, wie K. G. SPECHT, Erlangen-Nürnberg, betonte, vor abgedroschenen Phrasen, vorschnellen Formulierungen, einseitiger Betrachtung und Voreingenommenheit hüten. Und man darf den alten Menschen niemals isoliert, sondern immer nur im Zusammenhang mit den übrigen Altersgruppen beurteilen.

Allgemein anerkannt wird die Notwendigkeit einer sozialen Sicherung im Alter. Mit einer wirtschaftlichen Sicherung allein ist es aber, wie immer wieder zum Ausdruck kam, nicht getan. Auch die kulturellen Bedürfnisse müssen befriedigt werden. Zweifellos bedeuten sanierte wirtschaftliche Verhältnisse für alte Leute nicht nur eine Existenzsicherung im engeren Sinn, sondern sie ermöglichen es ihnen damit auch, sich Betätigungen zu widmen, die ihnen Zufriedenheit und Wohlbefinden vermitteln. Darüber hinaus aber muß dem alten Menschen stets das Gefühl vermittelt werden, daß er im gesellschaftlichen Dasein und in der Gesellschaftsordnung seinen festen Platz behält, anerkannt und geschätzt bleibt. SPECHT forderte, daß man endlich einmal mit allzu betulichem Mitleid und übertriebener fürsorglicher Betreuung, die nur zu leicht in eine dauernde Bevormundung ausartet, aufhören solle, da man damit dem alten Menschen sehr bald lästig falle.

Wenn man dem alten Menschen hilft, dann sollte man ihn, wie SPECHT betonte, nicht aus falsch verstandener pädagogischer Aufgabenstellung heraus bevormunden und ihm einen fremden Willen aufzwingen, sondern man sollte ihm dazu verhelfen, seine eigenen, von ihm selbst gehegten Hoffnungen, Wünsche und Bestrebungen zu realisieren. Ihre Hilfe im Alter muß möglichst eine Hilfe zur Selbsthilfe sein, d. h., sie sollte stets die Eigeninitiative alter Menschen anspornen, sie unterstützen und wirkungsvoller gestalten. Nicht alle Unterstützung soll der öffentlichen Initiative und Fürsorge überlassen bleiben. Private Altenhilfe und individuelle Betreuung erweisen sich oft wirkungsvoller als institutionelle Einrichtungen; sie sollten deshalb in Zukunft viel häufiger als bisher zur Bewältigung des großen Aufgabengebietes herangezogen werden.

Wenn man einem alten Menschen helfen will, so muß man, wie P. Chr. LEDIG, Frankfurt/M., hervorhob, damit beginnen, die bisher praktizierte Anschauung, das Leben eines Arbeitnehmers in wirtschaftlich besser und weniger vorteilhaft ausbeutbare Phasen zu unterteilen, zu revidieren und sie durch den Blick auf die gesamte Lebensleistung des Menschen zu ersetzen. Diese Lebensleistung eines Arbeitnehmers bestimmt die Produktivität des gesamten Betriebes. Dabei hat sich herausgestellt, daß sich die Arbeitsproduktivität eines Betriebes aus den Einzelleistungen aller Beschäftigten nicht bloß summiert, sondern darüber hinaus durch sinnvolle Kooperation der verschiedenen Altersgruppen ganz wesentlich potenzieren läßt. Ein Festhalten an einer starren Altersgrenze beeinträchtigt damit den möglichen Produktivitätsgewinn eines Betriebes recht erheblich.

Wie weit unsere Gesellschaft von der richtigen Einsicht noch entfernt ist, erhellt daraus, daß von dem 65. Geburtstag als „berühmter“ Altersgrenze noch immer

eine magische und unheimliche Suggestionskraft ausstrahlt. Hier dominiert ausschließlich die unbarmherzige Härte des kalendarischen Alters und befiehlt quasi im kategorischen Imperativ, daß der Mensch ab dem 65. Lebensjahr zu den Alten zu gehören und aus diesem Grunde aus dem Arbeitsprozeß auszuschneiden hat. Man geht dabei von der irrigen Vorstellung aus, daß dieser Stichtag auch gleichzeitig einen Leistungsknick bedeuten müsse.

Es ist völlig falsch, an einer früher einmal willkürlich gewählten und seither starr fixierten Altersgrenze im Berufsleben festzuhalten. Noch immer sind die Vorurteile gegenüber einer starren Altersgrenze nicht überwunden. Besonders hinderlich wirkt sich die Fehlmeinung unserer heutigen, von Materialismus und Industrialisierung geprägten Gesellschaftsordnung aus, nach der das menschliche Leben ausschließlich in Berufs- und Privatsphäre unterteilt wird. Der eigentliche soziale Wert eines Menschen wird durch das *Negotium* beruflicher Erwerbstätigkeit bestimmt. Mit Erreichung der Altersgrenze erfährt das Verhältnis vom Beruf zum Privatleben einen tiefgreifenden Umbruch; in den Augen der Öffentlichkeit bleiben dann *Otium* und private Sphäre nur noch eine „alte Last“, wie es J. F. V. DENEKE, Köln, formulierte. Daß solche Vorurteile schnellstens abgebaut werden müssen, haben die harte Realität und die wirtschaftlichen Konzentrationsbestrebungen der Industrie in den letzten Jahren mit aller Deutlichkeit gezeigt.

Wie stellt sich nun der alte Mensch zum Eintritt in den Ruhestand? Wie setzt er sich mit diesem Problem auseinander? U. LEHR und G. DREHER, Bonn, untersuchten diese Fragestellung und fanden, daß die Einstellung zur Pensionierung u. a. abhängt

1. vom Vergangenheitsaspekt, d. h. von der gesamten bisherigen beruflichen Entwicklung und von der Bedeutung, die der einzelne seinem Beruf bisher beigemessen hat;
2. vom Gegenwartsaspekt, d. h. von der momentanen Situation sowohl im Beruf (z. B. Arbeitsbedingungen und Sozialkontakte) als auch im Privatleben (z. B. Gesundheitszustand, familiäre und wirtschaftliche Verhältnisse), und schließlich
3. vom Zukunftsaspekt, d. h. von den Erwartungen, Plänen und Aufgaben, die der einzelne nach seiner Pensionierung noch vor sich sieht.

Die Neigung zum Übertritt in den Ruhestand ist in den verschiedenen sozialen Schichten recht unterschiedlich ausgeprägt. Das Denken in Sozialversicherungsgrenzen hat nach Meinung von H. WIRTH, München, wesentlich dazu beigetragen, daß die vorwiegend körperlich Arbeitenden dafür plädieren, die Altersgrenze herabzusetzen, während die mehr geistig Schaffenden, vor allem die Freiberuflichen, die Altersgrenze hinaufsetzen möchten. WIRTH forderte, von der bisher starren künftig zu einer flexibleren Altersgrenze überzugehen. Eine globale Lösung für dieses Problem gibt es nicht. Man sollte deshalb die Arbeitsaufgaben nach der individuellen Leistungsfähigkeit des einzelnen Menschen richten, wobei man berücksichtigen muß, daß der Leistungsgipfel der körperlich Arbeitenden naturgemäß niedriger liegt als bei Geistesarbeitern.

Die Leistungsfähigkeit eines Menschen hängt weitgehend von seinem Wissen ab. K. H. DIEKERSHOFF,

Köln, und M. HOFRICHTER, Nürnberg, hoben hervor, daß sich der alternde Mensch mit den in der Jugend erworbenen Kenntnissen allein in seinem Beruf heutzutage nicht mehr behaupten kann. Schul- und Berufsausbildung reichen heute — im Gegensatz zu früher — nicht mehr für ein ganzes Berufsleben aus. Technischer und organisatorischer Fortschritt verlangen immer mehr berufliche Weiterbildung. Neigung und Bereitschaft zur beruflichen Fortbildung hängen allerdings von der individuellen Anpassungsfähigkeit ab und sind daher leider bei Arbeitnehmern nicht immer so ausgeprägt, wie es nötig wäre. Man muß deshalb mit allen Mitteln versuchen, dem einzelnen möglichst frühzeitig klarzumachen, daß er die Existenzklippen in der zweiten Hälfte des Berufslebens um so leichter umschiffet, je mehr er an beruflicher und allgemeiner menschlicher Lebenserfahrung dazugewonnen hat.

Der selbständig im freien Beruf tätige Mensch kennt eine starre, von außen gesetzte Altersgrenze nicht. Er hat, wie DENEKE ausführte, seinen Beruf für die ganze Zeit seines Lebens, im wahren Sinne des Wortes „zeitlebens“ gewählt und übt ihn möglichst auch zeitlebens aus. Zwar wird auch bei ihm manchmal das Erreichen der Altersgrenze durch private Versicherungsverträge, berufsständische Versorgungsansprüche oder freiwillig aufrechterhaltene Ansprüche an Sozialversicherungsträger angedeutet, seine Berufstätigkeit läuft aber meistens über diese berufsextern markierte Schwelle gleitend hinweg.

Der „Freiberufler“, wie ihn DENEKE nannte, fühlt sich im Erwerbsleben durch das Altern nur insoweit behindert, daß bestimmte Fähigkeiten nachlassen. Das Gefühl des Kräfteverfalls kommt vor allem in den Berufszweigen, die sich altersspezifisch ausüben lassen, kaum zum Bewußtsein: so altert z. B. der Arzt mit seinen Patienten. Der alternde Schauspieler wächst in Charakterrollen hinein. Andererseits hat es die Natur so eingerichtet, daß der alternde Mensch vielfach seine Leistungseinbuße nicht spürt oder sie zumindest nicht wahrhaben will. Die Möglichkeit, den Beruf auch dann weiter auszuüben, selbst wenn die Fähigkeiten dazu immer mehr schwinden, führt zu manchen — ebenfalls berufsspezifischen — tragischen Situationen. Typisches Beispiel: der Chirurg, der das Skalpell nicht aus der Hand legt, obwohl er dies hätte schon längst tun müssen, oder der Sänger, der mit Gesangstechnik zu überbrücken sucht, was seine Stimme nicht mehr hergibt.

Die soziale Problematik des alten Menschen im freien Beruf liegt nach Ansicht DENEKES vor allem darin, daß er ein erhebliches wirtschaftliches Risiko, nicht immer aber eine entsprechende soziale Sicherung trägt. Als Bezieher unfundierter Einkommen, deren Höhe ausschließlich von der persönlichen Leistung in selbständiger Stellung abhängt, verfügt der Freiberufler weder über den Sicherheitsrückhalt Selbständiger, die einen eigenen Betrieb haben, noch über die gesicherten Renten- oder Pensionsansprüche von früher Unselbständigen. In dieser Situation läßt sich dann nicht immer klar eruieren, ob der selbständige Freiberufler deshalb über das 65. Lebensjahr hinaus noch tätig ist, weil ihn seine Berufung quasi bis zum letzten Atemzug in Anspruch nimmt, oder weil er glaubt, sich einen Ruhestand noch nicht leisten zu können, oder weil er tatsächlich zur Sicherung seiner Existenz weiterarbeiten muß.

Über welche Einkommensverhältnisse verfügt nun der Mensch im Alter? O. BLUHME, Köln, führte aus, daß in Großstädten 2% der über 65jährigen mit monatlich 200 DM auskommen müssen: 1% der über 65jährigen leben ausschließlich von der Sozialhilfe. Bei einem weiteren Prozent wird die extrem niedrige Eigenrente aus Mitteln des Sozialamtes aufgestockt. Auf dem Lande liegt der Prozentsatz noch etwas höher. 90% dieses Personenkreises sind Frauen, 75% davon Witwen, deren Männer früher selbständig im Wirtschaftsleben standen. Von den übrigen Frauen über 65 hat zwar jede fünfte ebenfalls nicht mehr als 200 DM pro Monat, verzichtet aber dennoch auf Unterstützung durch die Sozialhilfe. Auch dieser Personenkreis setzt sich fast ausschließlich aus Witwen von früher Selbständigen zusammen. Die Versorgung alter Frauen, die im allgemeinen nur wenig eigene Rente oder lediglich kleine Witwenrenten erhalten, stellt demnach ein schwieriges sozialpolitisches Problem dar und ist, wie B. MIKAT und H. SCHOONMAKER nachwiesen, darauf zurückzuführen, daß im höheren Lebensalter eine deutliche Übersterblichkeit der Männer besteht, d. h., daß die Männer früher als die Frauen sterben und somit — kraß formuliert — die alten Frauen übrig bleiben.

Auf diese Tatsachen muß die Altenhilfe, wenn sie wirksam sein soll, unbedingt Rücksicht nehmen. Die Altenhilfe bedarf deshalb einer überaus breitbasig angelegten, sorgfältigen und weit vorausschauenden Planung. Ihre Grundlagen sind, wie A. WELLER, Bonn, erläuterte, im Bundessozialhilfegesetz verankert. Drei Voraussetzungen müssen erfüllt werden, um die sozialen Bedürfnisse alter Menschen zu befriedigen:

1. Gewährung eines angemessenen Einkommens
2. Gewährung von Wohn- und Lebensverhältnissen, die dem Einkommen und den spezifischen Altersbedürfnissen angepaßt sind und
3. Pflege der mitmenschlichen Beziehungen sowie Schutz vor Vereinsamung

Wenn die praktische Altenhilfe vor allem die beiden letztgenannten Punkte zu realisieren versucht, so muß sie den in den letzten Jahren eingetretenen Strukturwandel im interfamiliären Leben berücksichtigen. Die früher übliche Drei-Generationen-Familie hat sich heute, in der Großstadt noch stärker als auf dem Land, weitgehend aufgelöst. Das derzeitige Verhältnis der Generationen zueinander charakterisierte U. BRISCH, Köln, mit der Formulierung: Kontakt ja, aber mit Reserve und auf Distanz. Hieraus leiten sich für die Altenhilfe folgende vordringliche Forderungen ab: Bau altersgerechter Wohnungen, Ausbau des Altenpflegedienstes, Einrichtung von Altentagesstätten, Erholungsmaßnahmen sowie Bereitstellung moderner Alten- und Pflegeheime.

Bei allen Maßnahmen sollte man, so appellierte BRISCH, zuerst die Möglichkeit der offenen Altenhilfe ausschöpfen und damit die Eigeninitiative des alten Menschen unterstützen. Erst, wenn die offene Altenhilfe nicht mehr ausreicht, sollte man auf die geschlossene Altenhilfe in Form von Heimunterbringung ausweichen. Die Übersiedelung ins Altersheim verlangt nämlich, wie D. NEFF, Frankfurt/M., nachweisen konnte, vom alten Menschen eine gewaltige Anpassungsleistung. Die Konfrontation mit seiner neuen Umgebung bedrängt ihn, sich möglichst rasch an die im Heim herrschenden Ver-

haltensmuster anzupassen und gegen sich sowie seine Umgebung eine neue Einstellung anzunehmen.

Die psychologische Abhängigkeit von den sozialen Verhältnissen im Heim wird besonders stark, da der alte Mensch mit der Heimübersiedelung von seiner bisherigen gewohnten sozialen Umgebung mehr oder weniger isoliert wird. Die vollzogene Anpassung ist oft nur rein äußerlich und gleicht damit einer Maske. Die neue „Gesellschaft“ wirkt gekünstelt und gezwungen, da die natürlichen Wechselbeziehungen, wie sie sonst durch das Miteinander verschiedener Altersstufen gegeben sind, fehlen. Am Ende stehen dann nicht selten Resignation oder unterwürfiger Gehorsam. Man sollte deshalb ebenso wie in Altenklubs, über die W. SCHIFFEL, Nürnberg, berichtete, so auch in Altenheimen die Eigeninitiative des alten Menschen besonders fördern. Das Image vom „guten Heiminsassen“, der passiv, willig und dankbar Maßnahmen, die von „oben“ für ihn geplant sind, akzeptiert, ist dringend revisionsbedürftig.

Schon heute sind 6% aller über 65jährigen Menschen, so führte M. THOMA, Nürnberg, aus, in Altenheimen untergebracht. Ihre Zahl wird voraussichtlich in den nächsten Jahren noch beträchtlich ansteigen. Für alte Menschen Wohnplätze zu schaffen, ist und bleibt damit eine vordringliche Aufgabe. Große finanzielle Aufwendungen sind bisher sowohl für die offene als auch für die geschlossene Altenhilfe von öffentlichen (Bund, Länder, Gemeinden) sowie von privaten Institutionen geleistet worden und sollen trotz aller Kürzungen von Bundes-, Landes- und kommunalen Haushaltsmitteln weiter aufgebracht werden. Finanzierungshilfen für Altenwohnungen und Altenheime, z. B. in Form von Zuschüssen, niederverzinslichen Darlehen, Wohnbauförderungsmitteln und Mietaufwendungszuschüssen dürfen und können nicht gekürzt werden. 1949 bis 1961 sind in Bayern 10 700, 1962 bis 1966 15 552 Plätze in Alten- und Altenwohnheimen öffentlich gefördert worden. THOMA wies auch darauf hin, daß natürlich der öffentlichen Hand Grenzen bei der Heimunterbringung alter Menschen gesetzt sind und, daß sich in Zukunft die freien Verbände sowie privaten Institutionen mehr und mehr dieser Aufgaben annehmen müssen.

Wie sich die Altenhilfe in einer Großstadt systematisch

gliedern läßt, demonstrierte W. JANSEN, Nürnberg, am Beispiel Nürnbergs. 4,4% der über 65jährigen Bevölkerung Nürnbergs lebt in Altenheimen, davon 74,7% in städtischen und 25,3% in caritativen Heimen. Die zweckmäßige Dreiteilung eines Altenheimes in Altenwohnheim, Altersheim und Altenpflegeheim wird in Nürnberg in voneinander getrennten Häusern durchgeführt. Mit 730 Betten für behandlungsbedürftige, chronisch kranke, alte Menschen verfügt die Stadt Nürnberg über den größten geschlossenen Altenkrankenhauskomplex der Bundesrepublik.

Die Kapazität der Altenwohnheime muß noch stark erweitert werden. Nach JANSEN konnten nur 10% aller Aufnahmesuchenden in die Wohnheime aufgenommen werden. Das Eintrittsalter liegt im Durchschnitt bei 71,5 Jahren, die Verweildauer schwankt zwischen 6 und 7½ Jahren. Das durchschnittliche Sterbealter beträgt 78 Jahre. Die Bewerbungswünsche um Heimaufnahme alter, chronisch kranker und dringend behandlungsbedürftiger Menschen haben sich seit 1960 vervierfacht, seit 1956 sogar vervierundzwanzigfacht. Nur 25% konnten aufgenommen werden. Im Altenkrankenhaus befinden sich fast nur solche Fälle, die quasi als negative Auslese verstanden werden können. JANSEN warnte dringend davor, diese Patienten gedankenlos einfach in die Gruppe der Pflegefälle einzureihen, weil dadurch der völlig falsche Eindruck entsteht, als ob es sich nur noch um pflege-, nicht aber mehr behandlungsbedürftige Menschen handelt.

Will man aus der Mannigfaltigkeit der vorgetragenen Themen das Fazit ziehen, so ist und bleibt es das besondere Verdienst des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, die gerontologischen Probleme in ihrer Vielschichtigkeit nicht nur aufgedeckt, sondern sie auch allgemein ins Gespräch gebracht und den Anstoß dazu gegeben zu haben, daß man sich mehr als bisher mit diesen Problemen beschäftigt. Gleichzeitig wurde auf der diesjährigen Tagung der Entschluß gefaßt, den nächstjährigen Kongreß ebenfalls in der Nürnberger Meistersingerhalle vom 24. bis 25. Mai 1968 abzuhalten.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. H. L. Staudacher, 8500 Nürnberg, 2. Medizinische Klinik, Flurstraße 17

Band 5 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 16. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

Therapie der unspezifischen Lungenerkrankungen

Therapie der Gelenkerkrankungen

Gewöhnung — Abusus — Sucht

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

Ein bewährter Therapievorschlag:

1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag
 600 000 I. E.	 600 000 I. E.	 600 000 I. E.	 600 000 I. E.
 600 000 I. E.	 600 000 I. E.	 600 000 I. E.	 600 000 I. E.
 600 000 I. E.	 600 000 I. E.		

6 Millionen I. E. = 1 Casuspackung

Isocillin[®]

Phenoxyethylpenicillin-Kalium

Hohe Penicillindosen bedeuten hohe Erfolgssicherheit

Casuspackung
mit 10 Tabletten

Anstaltspackung
mit 100 oder 500 Tabletten

Farbwerke Hoechst AG
6230 Frankfurt (Main) 80



4. Internationaler Fortbildungskurs für junge Militärärzte

Vom 22.—31. August 1967 in München

Auf Einladung des „Comité International de Médecine et de Pharmacie Militaires“ (CIMPM) nahmen fast 100 Sanitätsoffiziere aus 28 Ländern vom 22.—31. 8. 1967 am „4. Internationalen Fortbildungskurs für junge Militärärzte“ in der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr in München teil. Dieses Komitee war 1921 auf Anregung des amtierenden Generalsekretärs, Generalarzt a. D. Dr. VONECKEN, Belgien, gegründet worden. Das CIMPM hat sich die Aufgabe gestellt, im Geiste der Genfer Konventionen die Bande einer dauernden beruflichen Zusammenarbeit zwischen den Männern zu erhalten und zu verstärken, deren Berufung darin besteht, in der ganzen Welt für die Kranken und Verwundeten der Streitkräfte zu sorgen und für die Verbesserung ihres Loses und die Linderung ihrer Leiden in Friedens- und Kriegszeiten tätig zu sein. Eine möglichst schnelle Verbreitung wehrmedizinischer Erfahrungen soll die Voraussetzungen schaffen, um das Leben im militärischen Bereich zu schützen und zu retten. Seit 1959 werden auch die Internationalen Fortbildungskurse durchgeführt.

Der Kursus wurde nach einer feierlichen Flaggenparade und Begrüßungsworten von Generalarzt Dr. MERKLE und Generalarzt Dr. KLOTZ, von Oberstbrigadier Dr. MEULI, Schwelz, Ehrenpräsident des CIMPM und Direktor der Internationalen Fortbildungskurse für junge Militärärzte, eröffnet. Unter den Teilnehmern aus aller Welt befanden sich auch Militärärzte aus Algerien, dem Irak, Jordanien, Kongo, Laos, Jugoslawien, Philippinen, Polen, Tunesien, der UdSSR,

Spanien, Tschechoslowakei, Türkei, Rumänien und Thailand.

In rund 20 Vorträgen wurden aktuelle wehrmedizinische und sanitätsdienstliche Probleme von ausländischen und deutschen Referenten behandelt. Eine ausgezeichnet funktionierende Simultananlage ermöglichte es, die Referate in Deutsch, Englisch oder Französisch zu verfolgen.

Am offiziellen Tag (25. 8.) kamen nach Ansprache von Generaloberstabsarzt Dr. HOCKEMEYER und Staatssekretär Professor Dr. CARSTENS die Vertreter der Internationalen Organisationen zu Wort, darunter Präsident Dr. SEWERING als Vertreter des Weltärztebundes. Den Ausklang bildete der Vortrag von Vizepräsident Dr. SONDERMANN über „Das Leitbild des Arztsoldaten“.

Neben den Vorträgen lief ein Besichtigungsprogramm, von dem vor allem die Teilnahme an einer Gebirgs-sanitätsübung in Berchtesgaden und ein Besuch des Klosters Ottobeuren erwähnt seien.

Die klaglos funktionierende Organisation, das prachtvolle Sommerwetter und nicht zuletzt die gelockerte Atmosphäre der Stadt München gestalteten diesen Kurs für alle Teilnehmer zu einem einmaligen Erlebnis. Bei der Verabschiedung erhielten die Teilnehmer ein Diplom, ein Erinnerungsphoto und den soeben erschienenen ersten Band des „Jahrbuches der Wehrmedizin“. Mit Einholung der Fahnen war der Lehrgang beendet.

-P-k.-

Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V.

am 7./8. Juli 1967 in Regensburg

Der Bayerische Medizinalbeamtenverein e. V. hielt am 7./8. 7. 1967 in Regensburg seine diesjährige Landesversammlung ab. Der Landesvorsitzende, Reg.Med.Dir. Dr. A. BÖHM, München, wies in seiner Begrüßungsansprache darauf hin, daß die Notwendigkeit, Entscheidungen in Politik und Verwaltung im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit zu prüfen, zunehmend erkannt wird. Es gibt kaum einen Bereich in dem Staatsgefüge, der sich nicht mittelbar oder unmittelbar auf die menschliche Gesundheit auswirken kann oder selbst früher oder später durch die Gesundheit der Bevölkerung beeinflußt wird. Durch den Wandel der soziologischen Struktur in eine Industriegesellschaft mit ihrer Spezialisierung und durch die dadurch gegebene Gefahr der Einseitigkeit und Vereinsamung sowie durch die Technisierung der Arbeit haben die Möglichkeiten nachteiliger Einwirkung auf die menschliche Gesundheit zugenommen. Es würde der Auftrag, der dem Menschengeschlecht bei

seiner Erschaffung gegeben worden ist „Machet Euch die Erde untertan“ keinesfalls dadurch erfüllt, daß man der gefährlich gewordenen Umwelt mit einem Kampf gegen Fortschritt und Technik selbst begegnen wollte. Vielmehr sind die Gefahrenquellen wissenschaftlich zu ergründen und die vorhandenen Möglichkeiten eines Schutzes vor den Gefahren zu nutzen. In diesem Sinne hat sich der Bayerische Medizinalbeamtenverein für den wissenschaftlichen Teil der diesjährigen Landesversammlung das Thema „Beruf und Gesundheit“ gestellt.

Herr Dr. I. GRÜNDEL, Moraltheologe an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Freising, sprach über „Der Beruf aus anthropologischer und theologischer Sicht“ und brachte Streifzüge aus dem abendländisch-christlichen Berufsverständnis. Er behandelte zunächst den außerbiblischen Raum und wies darauf hin, daß der Antike ein Berufsbegriff im modernen Sinne unbekannt war. Man spricht wohl von Werk,

Arbeit, Mühe, nicht aber von Beruf. Die griechisch-dualistische Leib-Seele-Sicht versperrt sowohl Platon wie Aristoteles den Zugang zu einer positiven Wertung menschlicher Handarbeit. In dem biblischen Berufsverständnis erscheint die Arbeit als positiver Auftrag Gottes. Der arbeitende Mensch ahmt die Schöpfungstätigkeit Gottes nach, führt sie sogar weiter. Der Monotheismus Israels gewährleistete ein solches religiöses Arbeits- und Berufsverständnis. Wo jedoch die neutestamentlichen Texte ausdrücklich vom „Beruf“ sprechen, verstehen sie diesen im Sinne der „Berufung“ zur Christengemeinschaft, zum Eintritt in das Reich Gottes. Es geht also wesentlich um eine transzendente Dimension, um den Heilsberuf des Menschen. In dem Berufsverständnis der Geschichte des abendländischen Christentums gilt der Beruf als Erwerb, als Quelle des Lebensgehaltes. Er ist Dienst in und an der Gemeinschaft. Er dient der Lebensentfaltung der einzelnen Persönlichkeit. In ihm äußert sich auch eine religiöse Sinnggebung des Lebens und Wirkens des Menschen als „Berufung Gottes“. Während Arbeit die objektbezogene bewußte menschliche Betätigung meint, unabhängig davon, ob der Mensch dazu ein inneres Verhältnis besitzt oder nicht, während „Job“ nur als kurzfristiger, bloßer Gelegenheitsverdienst gewertet wird, ist der Beruf jene Betätigung, die das Leben des einzelnen mehr oder weniger auszufüllen, dem einzelnen eine Lebensstellung und einen Lebenssinn zu vermitteln, bzw. zu erschließen hat. Die Berufsarbeit sichert die Grundlage der wirtschaftlichen Existenz. Der Beruf ist wesentlich Dienst in und an der menschlichen Gemeinschaft. In der heute weitgehend industrialisierten Gesellschaft haben natürlich Geburts- und Berufsstände ihre strukturbildende Funktion verloren. Der Dienst an der Gemeinschaft wird für ihn zum Dienst im Auftrage Gottes. In der Ausübung des Berufes geht es dem Menschen aber auch um die Entfaltung seiner Persönlichkeit. Mit dem industriellen Zeitalter setzt auch ein Wandel des Berufsethos ein. Gerade die Theologie versucht, diesem gerecht zu werden, indem sie das statische Weltbild des Mittelalters durch ein dynamisches ersetzt hat, wonach sich der Mensch berufen weiß zur aktiven Gestaltung, Planung und Weiterentfaltung dieser Erde.

ORMR Dr. O. KUBIN, Staatliches Gesundheitsamt Erlangen, ging in seinem Referat auf die „Berufsreife, Berufsfähigkeit und Berufseignung aus der Sicht des Schularztes und unter Berücksichtigung des 9. Schuljahres“ ein. Der Schularzt kann und soll im Rahmen seiner Routineuntersuchung zur körperlichen Berufsfähigkeit Stellung nehmen. Dr. Kubin erläuterte dann aufgrund eigener Untersuchungen, daß prognostische Äußerungen zur Berufsreife oder Berufseignung aus überwiegend körperlichen und konstitutionellen Feststellungen nicht abgeleitet werden sollten. Das Phäno-

men des plurivalenten Verhaltens Jugendlicher mit oft diametralem Resultat des Berufswunsch/Berufswahlverhältnisses stellte der Referent heraus und wies dabei auf die Dringlichkeit berufsberatender Maßnahmen hin. Eine befriedigende und erfolgreiche Berufsberatung kann nur stattfinden, wenn dem Berufsberater (Berufspsychologen) das Ergebnis einer ärztlichen Untersuchung mit der Stellungnahme zum funktionellen Status, d. h. zur körperlichen Leistungsfähigkeit des Jugendlichen, vorgelegt werden kann. Der Referent besprach, inwieweit diese von säkulären Einflüssen (Akzeleration) abhängt und sich auf die Persönlichkeitsentwicklung auswirkt (relative Retardierung von 2 bis 4 Jahren) und legte ferner dar, daß für die schulentlassene Jugend ein echter Nachholbedarf im ethisch-moralischen Erfahrungsbereich besteht. Diese Lücke in dem persönlichen Festigungsprozeß sollte mit der Errichtung des 9. Schuljahres erfolversprechend geschlossen werden. Nicht Vermehrung des Wissensgutes, sondern dessen praktische und verantwortungsbewußte Nutzenanwendung sind die Unterpfände einer erfolgreichen sozialen Einordnung der Jugend. Nur die enge Zusammenarbeit des Schuljugendarztes mit dem Berufsberater und -psychologen verbürgen eine richtige Weichenstellung am Anfang des beruflichen Lebensweges, der doch zu den meisten anderen Bereichen der menschlichen Existenz hinüberführt. Eine wirksame zeitliche Koordination zwischen gesundheitlichen Feststellungen und Berufswahlberatungen ist notwendig. Die bisherigen Schuluntersuchungen in den Abschlußklassen mit der Beurteilung der körperlichen Berufsfähigkeit sollten deshalb bereits am Jahresende des vorletzten Volksschuljahres durchgeführt werden. Die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz sollten sich allein auf die Lehrzeit beschränken. Der Referent wies zum Abschluß auf die zunehmende Bedeutung des sogenannten Werkjahres bei einem Teil der Schulentlassenen mit verzögerter Berufsfähigkeit hin. Das Leben in einer solchen Heiminstitution wurde in einem kurzen Film „Das Werkjahr“ demonstriert.

Verwaltungsdirektor M. HOFRICHTER, Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, Nürnberg, sprach über „Grundsätze und Methoden der beruflichen Rehabilitation“. Im Rahmen der Daseinsvorsorge des Staates hat der behinderte Mensch das Recht auf Arbeit. Dieser Anspruch ist gegeben ohne Rücksicht auf die Ursache der Behinderung. Zu dem Personenkreis gehören alle, denen von Geburt an, durch Krankheit, als Opfer von Arbeits- und Verkehrsunfällen oder als Kriegsbeschädigte nicht die volle Kraft des Körpers oder des Geistes gegeben ist. Bei der zahlenmäßigen Größe des Personenkreises ist der Gesellschaft eine weitgehende Aufgabe gestellt, die sozial- wie auch wirtschaftspolitisch von gleich großer Bedeutung ist. In Deutschland besteht ein stark ge-

Lymphozi

KLEINTABLETTE

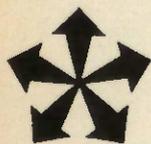
®

die Umstimmungsarznei
für Lymphatiker
bei ungenügender Infektabwehr

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
HAUENECKERSTEIN b/BADEN-BADEN

Ein Schritt voran in der Rheumatherapie

Primär chronische Polyarthrititis · Arthrosis deformans · Koxarthrose
Gicht · Morbus Bechterew · Extraartikulärer Rheumatismus



Amuno[®]

Kapseln und
Suppositorien

Indometacin

antiphlogistisch · analgetisch · antipyretisch



Handelsformen:

Gläser mit 20 Kapseln zu 25 mg DM 5,80 o.U.

Packungen mit 10 Supp. zu 50 mg DM 7,05 o.U.

Packungen mit 5 Supp. zu 100 mg DM 7,05 o.U.



SHARP & DOHME GMBH, Tochtergesellschaft der Merck & Co., Inc., Rahway, N.J. (USA)
8 München 8 · Leuchtenberg ring 20

gliedertes System der Rehabilitation, an dem die Sozialversicherung, die Kriegsopferversorgung, die Sozialhilfe, caritative Verbände u. a. als Leistungsträger beteiligt sind. Der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung fällt, entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag, in allen Fragen der Eingliederung Behinderter in Arbeit und Beruf die fachliche Zuständigkeit zu. Mit den Arbeitsämtern und Landesarbeitsämtern steht sie im Schnittpunkt von zahlreichen Partnerschaften mit sozialen Leistungsträgern und den Zusammenhängen von sozialen Verpflichtungen und ökonomischer Gesetzmäßigkeit. Das Ziel jeder beruflichen Rehabilitation besteht immer darin, den Behinderten durch geeignete Maßnahmen in die Lage zu versetzen, seine beruflichen Fähigkeiten und Neigungen weitgehend zu entfalten, einen Arbeitsplatz zu den üblichen Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einzunehmen und von der Hilfe anderer weitgehend unabhängig zu werden. Die wichtigsten Methoden und zugleich unentbehrlichen Voraussetzungen einer erfolgreichen Rehabilitationsarbeit sind eine gründliche Beratung der Behinderten durch Fachkräfte in Zusammenarbeit mit den Fachdiensten der Arbeitsämter (Arzt, Berufsberater, Fachpsychologe, Technischer Berater). Die Beratung erfolgt unter der Verantwortung, die jeweils gegebenen Vorschläge und angestrebten Ziele zu verwirklichen. Das berufliche Fortkommen hängt in hohem Maße von der Aus- oder Weiterbildung ab. Deutschland weist hierfür eine hochentwickelte Struktur mannigfacher Ausbildungsstätten für Behinderte auf. In ihrer Gesamtheit verfügen sie über ein vielfältiges Angebot von Berufen, das dem Leistungsspektrum aller Behinderungsarten entspricht. Die Ausbildung erfolgt mit erfahrenen Ausbildern als Lehrkräfte an modernen Maschinen und Geräten unter Anwendung neuzeitlicher Methoden. Die angebotenen Ausbildungszweige richten sich nach den Gegebenheiten des Arbeitsmarktes. Mit der Ausbildung geht die notwendige soziale Betreuung der Rehabilitanden einher. Als Abschluß aller vorbereitenden Maßnahmen schließt sich die Eingliederung des Rehabilitanden in Arbeit und Beruf durch Vermittlung eines angemessenen Dauerarbeitsplatzes an. Die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter liegt verantwortlich in den Händen der Hauptvermittler für Rehabilitanden als ausgewählte und bewährte Fachkräfte der Arbeitsämter. Diese Aufgabe wird unterstützt durch die zentrale Stellung der Bundesanstalt als Trägerin der Arbeitsvermittlung. Als neutrale weithin wirksame öffentliche Einrichtung steht sie in enger Zusammenarbeit mit allen Stellen von Wirtschaft und Verwaltung. Mit ihrem Zugang zum Arbeitsmarkt ist sie in der Lage, den Reichtum der Möglichkeiten, den die industrielle arbeitsteilige Wirtschaft bietet, für alle Anliegen der beruflichen Rehabilitation in weitem Umfange auszuschöpfen. Die Durchführung aller beruflichen Pläne erfolgt in ständiger Fühlung mit den Stellen der Sozialversicherung, Versorgung, Sozialhilfe u. a., von denen auch die finanziellen Kosten beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen übernommen werden. Die Methodik der beruflichen Eingliederung der Behinderten in der modernen Industriegesellschaft bietet die erforderliche berufliche Hilfe und ermöglicht ein Höchstmaß an sozialer Sicherheit. Staat und Gesellschaft erfüllen auf diese Weise und zugleich im Einklang von sozialen Erfordernissen

und ökonomischen Gesetzmäßigkeiten eine bedeutende und umfassende Aufgabe unserer Zeit.

Die „Berufliche Rehabilitation in ärztlicher Sicht“ zeigte Med. OR Dr. REICHEL, Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, Nürnberg, auf. Die Rehabilitation eines Kranken kann erst dann als abgeschlossen betrachtet werden, wenn neben der bestmöglichen Ausheilung des Körperschadens die Beziehungen des Behinderten zu seiner persönlichen, privaten und beruflichen Umwelt so umfassend wie möglich wieder hergestellt sind. Eine solche Aufgabe kann weder vom Arzt, Psychologen, Berufsberater noch sonst einer Stelle allein verwirklicht werden, vielmehr ist engste Zusammenarbeit aller Beteiligten erforderlich. Eine Trennung zwischen beruflicher und medizinischer Rehabilitation ist nicht möglich. Der Arzt muß praktisch in allen Phasen des Rehabilitationsgeschehens mitwirken, bis der Behinderte den für ihn gewissermaßen zugeschnittenen Arbeitsplatz mit Erfolg ausfüllt. Auf den Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme muß der Patient durch richtig dosiertes körperlich-geistiges Training vorbereitet werden. Für eine erfolgreiche Rehabilitation ist die aktive Mitarbeit des Behinderten, der Wille zur Gesundung und zur Wiedererlangung der persönlichen Unabhängigkeit eine Grundvoraussetzung. Die Rehabilitation behinderter Menschen muß als Verpflichtung für Staat und Gesellschaft gesehen werden. Der wieder in den Arbeitsprozeß eingegliederte Behinderte ist ein pünktlicher und fleißiger Arbeiter, auf den somit auch aus wirtschaftlichen Erwägungen nicht verzichtet werden kann.

Zum Abschluß der wissenschaftlichen Tagung fand ein Podiumsgespräch über „Abwehr der Pocken (mit besonderer Berücksichtigung der beruflichen Exposition)“ statt.

Unter dem Vorsitz von Herrn Min. Rat Dr. E. HEIN, Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, nahmen an diesem Podiumsgespräch noch Reg. Med. Dir. Dr. A. BETZ, Staatliches Gesundheitsamt Regensburg, ORMR Dr. H. DRAUSNICK, Bayerisches Staatsministerium des Innern, Reg. Med. Dir. Dr. H. KAMMERMEIER, Landesarzt des Bayerischen Roten Kreuzes, ORMR Professor Dr. H. STICKL, Landesimpfamt, Bayerische Landesimpfanstalt, und RMR Dr. W. SCHOPP, Bayerische Landesimpfanstalt, teil. Es wurden vor allen Dingen neben dem Vorkommen der Pocken in der Welt und den Krankheitserscheinungen, die sie hervorrufen, Diagnostik, Schutzimpfungen, Impfstoffe, Impftechnik, Impfschutz sowie Impfschäden besprochen. Wie die jüngsten Erfahrungen aus Regensburg und Hannover wieder zeigten, ist bei den raschen interkontinentalen Verkehrsverbindungen ein Einschleppen der Pocken nicht in jedem Fall zu verhüten. Durch das Impfgesetz und die internationalen Gesundheitsvorschriften ist ein Abwehrwall aufgerichtet. Nur die ausreichende Durchimpfung der Bevölkerung verhindert die Ausbreitung der Seuche. Besonders wichtig sind jedoch Impfungen vor Reisen in Pockengebiete. Hier sollte, wenn auch dies gesetzlich noch nicht vorgeschrieben ist, der Impferfolg immer durch eine Nachschau kontrolliert werden. Alle angeschnittenen Fragen sind in der Neufassung der bayerischen Richtlinien zur Bekämpfung der Pocken eingehend behandelt.

In der Mitgliederversammlung am 8. 7. 1967 wurde die Fortbildung der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes behandelt. Auch die von der Vorstandschaft dem Bayerischen Staatsministerium des Innern bereits vor einiger Zeit unterbreiteten detaillierten Vorschläge zur Ausbildung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst wurden der Mitgliederversammlung vorgelegt. Außerdem befaßte sich die Mitgliederversammlung noch einmal mit der Frage der Verbesserung, der Besetzung und Ausstattung der Gesundheitsämter mit dem Ziel einer Intensivierung der Arbeit. Ferner wurden berufsständische Probleme behandelt.

Bei der satzungsgemäß festgelegten Neuwahl wurde der Landesvorsitzende, Regierungsmedizinaldirektor Dr. A. BÖHM, Rosenheim-München, mit überwältigender Mehrheit wiedergewählt. Zum 2. Vorsitzenden wurde Senator Medizinaldirektor Dr. B. KLAESS, Nürnberg, sowie Oberregierungsmedizinalrat Dr. H. J. LEICH, Bad Tölz, zum Schriftführer-Kassenwart gewählt.

Anschr. d. Verf.: ORMR Dr. H. J. Leich, 8170 Bad Tölz, Staatliches Gesundheitsamt.

Curt-Adam-Preis 1968

Der von der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V. gestiftete Curt-Adam-Preis ist für das Jahr 1968 für die beste Arbeit zu dem Thema „Die Tuberkulose als ärztliches und soziologisches Problem“ ausgeschrieben worden.

Arbeiten, die der Fortbildung der Ärzte dienen und die im Jahre 1967 fertiggestellt oder veröffentlicht werden, können bis zum 31. Dezember 1967 zur Bewerbung um den Preis (in dreifacher Ausfertigung als Sonderdruck oder Manuskript) eingereicht werden an: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 1000 Berlin 41, Klingsorstraße 21.

Der Preis besteht in der Verleihung einer Urkunde und einem Barpreis von 5000,— DM. Er kann nur an deutsche Staatsangehörige vergeben werden.

Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft

Anlässlich des 6. Internationalen Diabetes-Kongresses in Stockholm gab Professor Dr. med. H. OBERDISSE, Düsseldorf, die Stiftung eines „Förderpreises der Deutschen Diabetes-Gesellschaft“ bekannt. Professor Oberdisse, einer der führenden Internisten und Forscher auf dem Gebiete der Zuckerkrankheit, ist z. Z. Vorsitzender dieser Gesellschaft.

Der Preis wird von Bayer, Leverkusen, und der Schering AG, Berlin, gestiftet. Er besteht aus einer Urkunde und einer Summe von 11 000,— DM, von denen 10 000,— DM dem Preisträger als Stipendium für die weitere wissenschaftliche Ausbildung zweckgebunden zur Verfügung gestellt werden. Mit dem Preis, der jährlich einmal verliehen wird, sollen Doktoranden ausgezeichnet werden, deren Dissertation in enger Beziehung zur Diabetes-Forschung steht, bei einer deutschen Unversität eingereicht wurde und mindestens die Note „sehr gut“ erhielt.

Bayer Leverkusen und die Schering AG, Berlin, die seit Jahren gemeinsam auf dem Diabetesgebiet forschen, wollen durch ihre Stiftung junge Wissenschaftler dieses Fachbereiches fördern.

Jah.-Nepomuk-Nußbaum-Preis 1968

Die Bayerische Chirurgen-Vereinigung vergibt 1968 zum zweiten Male den Joh.-Nepomuk-Nußbaum-Preis in Höhe von 2000,— DM für die beste Arbeit aus dem Bereich der Chirurgie und ihrer Grenzgebiete.

Jedes Mitglied der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung in Assistentenstellung oder Assistenten von Mitgliedern können sich mit einer wissenschaftlichen Arbeit um den Preis bewerben. Sie muß in einer anerkannten Fachzeitschrift erschienen und darf nicht von anderer Seite prämiert worden sein. Eine noch nicht veröffentlichte Arbeit kann im Manuskript eingesandt werden. Schlußtermin für die Einsendung ist der 31. März 1968. Die Arbeit ist dem Federführer des Preisrichter-Kollegiums, z. Z. Professor WACHSMUTH, Chirurgische Universitätsklinik Würzburg, einzusenden.

Rudolf-Schindler-Preis 1968

Die Gesellschaft für Endoskopie e. V. beabsichtigt, anlässlich ihres 2. Kongresses in Erlangen, vom 23. bis 25. Februar 1968 den Rudolf-Schindler-Preis für den besten endoskopischen Kurzfilm des Jahres zu verleihen.

Die Bedingungen sind bei dem Schriftführer der Gesellschaft, Dr. med. R. OTTENJANN, Medizinische Universitätsklinik Erlangen, Krankenhausstraße 12, anzufordern.

Boxberger-Preis 1967 verliehen

Im Rahmen einer Feierstunde mit zahlreichen prominenten Gästen konnte Dr. H. P. KRAFT als Vorsitzender der Boxberger-Stiftung den 1961 gestifteten Boxberger-Preis für das Jahr 1967 an Dr. Erik SCHLEICHER, Bad Kissingen, verleihen. Dr. Schleicher erhielt den Preis, der mit 5000,— DM ausgestattet ist, für eine Arbeit über „Intragastrale Messungen mit der Endoradiosonde unter Einwirkung des Rakoczy-Brunnens“.

Die Endoradiosonde, auch „Heidelberger Kapsel“ genannt, ist ein neues schlauchloses Meßverfahren. Es handelt sich um einen verschluckbaren Transistor-Kleinstsender von der Größe einer Medikamentenkapsel. Er ermöglicht bei einer maximalen Sendezeit von 6—8 Stunden die fortlaufende Beobachtung und graphische Registrierung der Säureverhältnisse des Magens auch während direkter Einwirkung von Medikamenten.

Professor Dr. V. R. OTT, Gießen, wies in seiner Laudatio darauf hin, daß das neuartige Meßverfahren erstmalig in der Balneologie angewandt wurde und betonte, daß der an sich schwierigen balneologischen Forschung damit ein neuartiges weites Arbeitsfeld eröffnet sei.

Dr. Kraft gab in seinem Schlußwort bekannt, daß der Boxberger-Preis 1969, der wiederum mit 5000,— DM ausgestattet sei, in Kürze offiziell ausgeschrieben werde. Arbeiten für diesen Preis können bis zum 31. März 1969 an den Vorstand der Boxberger-Stiftung, Bad Kissingen, eingereicht werden.

Hansaplast[®] *Beiersdorf*

verklebt nicht mit der Wunde



Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Freising: 1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern — 8000 München 23, Königinstraße 85/II, zu richten.

Oberfranken

Leupoldgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Marktredwitz: 1 Allgemeinpraktiker

Naila: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Plankenfels, Lkr. Ebermannstadt: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Rodach bei Coburg: 1 Allgemeinpraktiker

Sparneck, Lkr. Münchberg: 1 Allgemeinpraktiker

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

Warmensteinach, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemeinpraktiker (2. Arztsitz)

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

Oberpfalz

Beratzhausen: 1 Allgemeinpraktiker

Falkenstein: 1 Allgemeinpraktiker

Hirschau-Schnaittenbach (Ortsteil Schnaittenbach): 1 Allgemeinpraktiker

Maxhütte-Haidhof-Leonberg-Teublitz (Ortsteil Maxhütte-Haidhof): 1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Roßbach/Wald: 1 Allgemeinpraktiker

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Sulzbach-Rosenberg: 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

Vobenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker

Waidthurn: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

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

Niederbayern

Haidmühle, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Kötzting (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Niederpörling, Lkr. Vilsbibingen: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist. Dem Bewerber steht ein schönes Einfamilienhaus mit Praxisräumen zu einem monatlichen Mietpreis von 150,— bis 200,— DM zur Verfügung.

Straubing: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Es handelt sich um eine seit über 20 Jahren bestehende Fachpraxis, die durch den Tod des Inhabers frei geworden ist. Straubing hat ca. 37 000 Einwohner und ein sehr großes Einzugsgebiet. Obwohl noch eine Fachärztin für Nerven- und Gemütskrankheiten am Ort niedergelassen ist, bietet diese Stelle eine sehr gute Existenz für einen Neurologen.

Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten
Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

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

Mittelfranken

Tauberzeli, Lkr. Ansbach: 1 Allgemeinpraktiker

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

Schwaben

Höchstädt/Do.: 1 Allgemeinpraktiker

Der Praxisvorgänger ist am 18. März 1967 verstorben. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung. Es handelt sich um eine umfangreiche Kassenpraxis mit großem Einzugsgebiet. Am Ort sind mehrere Kassenärzte tätig. Der Sonntagsdienst ist geregelt. Für Kinder besteht eine sehr günstige Verkehrsverbindung nach Dillingen/Do. zum Besuch höherer Schulen.

Biessenhofen, Lkr. Marktoberdorf: 1 Allgemeinpraktiker
Einzelarztsitz in landschaftlich reizvoller Gegend. Praxisvorgänger ist verstorben. Praxisräume stehen zur Verfügung. Sowohl in Kaufbeuren wie in Marktoberdorf besteht Gelegenheit zum Besuch höherer Schulen.

Neuburg/Do.: 1 Allgemeinpraktiker

Der Kassenarztsitz wird infolge Praxisaufgabe ab 1. Oktober 1967 vakant. Praxisräume stehen zur Verfügung. Höhere Schulen sind am Ort.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Schaezlerstr. 19, zu richten.

Unterfranken

Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker

Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

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

Ferientermine im Schuljahr 1967/68

in Bayern

Weihnachten 1967/68: 21. 12.—8. 1.

Ostern 1968: 6. 4.—22. 4.

Pfingsten 1968: 1. 6.—10. 6.

Sommer 1968: 24. 7.—10. 9.

Verleihung des „Hufeland-Preises“

Mit ihrer gemeinsamen Arbeit über „Epidemiologische Untersuchung bösartiger Neubildungen in Hamburg 1960—1962“ sicherten sich Dozent Dr. med. Heinrich MAASS, Wissenschaftlicher Rat an der Universitäts-Frauenklinik Hamburg, und Dr. med. Hans SACHS, Wissenschaftlicher Assistent und zur Zeit Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft am Pathologischen Institut der Justus-Liebig-Universität Gießen, den „Hufeland-Preis 1966“, der ihnen am 12. 4. 1967 im Kölner „Gürzenich“ in einer Feierstunde von dem Vorsitzenden des Kuratoriums der Stiftung, Herrn Dr. med. Harald PETRI, und dem Vertreter des Stifters, Herrn Generaldirektor Otto GARDE, übergeben wurde. Der „Hufeland-Preis“ wird seit 1960 jährlich in Höhe von 10 000,— DM durch das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“, dem die Bundesärztekammer, der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte, das Deutsche Gesundheits-Museum — Zentralinstitut für Gesundheitserziehung e. V. —, der Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung und die CONCORDIA Lebensversicherungs-AG — Deutsche Ärzteversicherung — angehören, aufgrund eines Preisausschreibens für die beste Arbeit über Vorbeugende Gesundheitspflege verliehen.

Die Autoren unternahmen unter Mitarbeit von Medizinalassistent Dr. med. Burkhard PAUKA*), ebenfalls von der Universitäts-Frauenklinik Hamburg, den Versuch, regionale Unterschiede der Krebsmortalität aufzudecken und sie mit bestimmten soziologischen Faktoren zu korrelieren. Sie stellten bei Frauen signifikante Unterschiede in der regionalen Verteilung aller Krebslokalisationen sowie für die verschiedenen Krebs-erkrankungsformen der weiblichen Genitalorgane, des Magens, der Leber, der Gallenblase und der Atmungsorgane zusammen. Nach ihren Untersuchungsergebnissen waren dagegen die Sterbefälle durch Brust- und Darmkrebs nicht bezeichnend unterschiedlich verteilt. Bei Männern waren dagegen nach ihren Beobachtungen einschließlich der Darm- und Bronchialkrebs-erkrankungen deutliche Abweichungen zu verzeichnen. Nur das Magen-Karzinom machte eine Ausnahme.

Darüber hinaus wurde mit Hilfe von Korrelationsberechnungen nach Zusammenhängen zwischen der Krebssterblichkeit einerseits und der Einwohnerdichte, der Industriedichte, der allgemeinen Fruchtbarkeitsziffer und der Erwerbstätigendichte bei Frauen andererseits geforscht. Nach diesem Resultat sollen in industriellen Ballungszentren nicht nur die Karzinome der Atmungsorgane, sondern auch andere Krebslokalisationen bei Frauen und Männern besonders häufig auftreten. Vor allem aber konnten sie eine deutlich positive Wechselbeziehung zwischen der Erwerbstätigen-Häufigkeit bei Frauen und der Ausbreitung von Gebärmutterhals- und Brustkrebs nachweisen.

Wie in der Laudatio ausdrücklich hervorgehoben wurde, kommt der Arbeit „der nicht hoch genug zu veranschlagende Vorteil zugute, daß in Hamburg, als einzigem Ort in der Bundesrepublik, der Forschung durch

Meldepflicht für alle bösartigen Neubildungen ein besonders detailliertes Material für retrospektive Studien zur Verfügung steht“. Für diese Untersuchung sei das Stadtgebiet in 42 Ortsteile aufgliedert worden. Wenn gleich die gewonnenen Erkenntnisse „im Hinblick auf die Vielschichtigkeit der Problematik“ auch mit aller Vorsicht beurteilt würden, so gäben sie doch immerhin Hinweise für die weitere Analysierung der erkannten Faktoren, die anschließend experimentellen Studien und später auch direkten prophylaktischen Maßnahmen zugänglich sein könnten.

Zur Problematik der Krebsbekämpfung

Die Problematik der Krebsbekämpfung und Krebsforschung sah der Vorsitzende der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen, Professor Dr. med. Wilhelm FLASKAMP (Oberhausen), in seinem Festvortrag vor allem im potentiellen Patienten, der von der Gefahr bedroht ist, an Krebs zu erkranken. Der Arzt befindet sich dabei nach seiner Ansicht in der schwierigen Doppelrolle des Behandelnden und des Forschers. Wie er weiter sagte, reagiert der Mensch von heute ungenügend auf die Gesundheitsbelehrung und Aufklärungsbemühungen. Noch immer betrage im Bundesgebiet die Zahl der Krebsterbefälle 120 000 jährlich und 320 täglich; die der Erkrankungen belaufe sich auf 300 000 bis 400 000 im Jahr. Nicht zuletzt würden dadurch Versicherungsträger und Rentenanstalten finanziell beträchtlich belastet. Gesetzlich verankerte prophylaktische Maßnahmen — etwa nach dem Vorbild der Mutterschaftsvorsorge — hielt er darum nicht nur im Interesse der Volksgesundheit, sondern auch der Volkswirtschaft für erforderlich. Wie er glaubt, ist der Arzt im Zusammenhang mit der Erforschung der Krebserkrankungen in einer besonders schwierigen Lage, weil über seinen Problemen das „Ignoramus“, das Bekenntnis zur Grenze des Wissens, stehe. Sein Kampf und der der mit ihm verbundenen Naturwissenschaftler um das Vertrauen der Kranken und um Heilungserfolge würden keineswegs genügend gewürdigt. Zudem trüge „das betrügerische Kurpfuschertum“ zur Diskreditierung der ärztlichen Leistung noch bei: „Der vom Scharlatan versuchte Tod wird immer dem Arzt angelastet“, hieß es wörtlich.

Lob für junge Arzt-Generation

Als „erfreulich“ bezeichnete Professor Dr. Flaskamp den Fleiß und den Optimismus der jungen Arzt-Generation. Sie bemühe sich um eine Vervollkommnung der diagnostischen und therapeutischen Methoden. Als Beispiel erwähnte er, daß allein im Bereich der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen bei 900 000 Frauen — „weit mehr als in allen Erdteilen zusammen“ — Zellabstriche „mit hervorragenden Befunden und Erfolgen vorgenommen wurden“. Damit verband er die Schlußfolgerung, daß „die Forscher der Bundesrepublik... Anschluß an die Elite der Forscher in aller Welt gefunden“ haben.

In der Begrüßungsansprache hatte der Vorsitzende des Kuratoriums, Dr. med. Harald Petri (Süchteln), die Forderung erhoben, die Frage nach der Gesundheit,

*) Mitverfasser der Arbeit ist Herr Medizinalassistent Dr. med. Burkhard Pauka, Hamburg, der aber nicht als Preisträger nominiert werden konnte, da er die nach der Satzung der Stiftung vorgesehene Approbation im Zeitpunkt der Verleihung noch nicht erlangt hatte.

ihrer Erhaltung und Förderung „oder gar erst ihrer Erlangung“ mitten im Zeitalter einer großen Krise der Naturwissenschaften zu stellen, aber auch zu beantworten. „Die moderne Technik mit ihren Maschinen der Automation und Kybernetik, mit heute erst geahnten Möglichkeiten der Manipulierbarkeit an den Lebenskräften selbst steht ganz unter dem sie charakterisierenden Prinzip der ‚Machbarkeit alles Wünschbaren‘“, so unterstrich er. Andererseits aber entwickle der Mensch von heute allerlei Neurosen und hysterieforme Bilder, er gerate außer sich und verliere sich in Ängsten und Zwängen. Für den einzelnen wie für die menschliche Gesellschaft stelle sich darum die Frage nach der Gesunderhaltung und Krankheitsabwehr so aktuell wie niemals zuvor. Die elementaren Aufgaben der vorbeugenden Gesundheitspflege müßten darum in ihren drei Bereichen völlig neu durchdacht werden.

Dazu gehörten

1. der passive Gesundheitsschutz im Sinne der Vermeidung schädlicher Umwelteinflüsse
 2. die Früherkennung und Frühbehandlung von sich anbahnenden Krankheiten
 3. die aktive Gesundheits-Vorsorge und -Sicherung
- Grüße vom Bund und vom Land Nordrhein-Westfalen überbrachte der Leiter der Gesundheitsabteilung im Landesinnenministerium, Ministerialdirigent Dr. med.

PERSONALIA

Dr. Wilhelm Haegner 80 Jahre



Der ehemalige Bayerische Ministerpräsident Dr. Wilhelm HOEGNER, Honorarprofessor für bayerisches Verfassungsrecht in der Juristischen Fakultät der Universität München, hat am 23. September 1967 sein 80. Lebensjahr vollendet.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hans J. SEWERING, übermittelte die Glückwünsche der bayerischen Ärzteschaft in einem Brief, in dem es u. a. heißt:

„Unter den zahlreichen Gratulanten zu Ihrem 80. Geburtstag möchte auch die Bayerische Landesärztekammer nicht fehlen. Wir haben ja ganz besonderen Grund, Ihnen zusammen mit allen guten Wünschen für die kommenden Lebensjahre auch den aufrichtigen Dank der Ärzte des Freistaates Bayern zum Ausdruck zu

Hans STUDDT (Düsseldorf). Er zog einen interessanten Vergleich zwischen den gesundheitspolitischen Problemen aus der Zeit Hufelands und von heute. Dabei kam er zu dem Ergebnis, daß ein Teil von ihnen die Gesundheitspolitiker von einst und jetzt gleichermaßen beschäftigt, so z. B. die Pockenerkrankungen und die Gesundheitserziehung schlechthin. Er stellte im weiteren die Notwendigkeit einer Förderung der Krebsforschung in den Mittelpunkt seiner Ausführungen und wies darauf hin, daß mit großzügiger Unterstützung der Landesregierung in Essen die erste Tumorklinik, in der Forschung am Krankenbett betrieben werden soll, ihrer Vollendung entgegengehe. Er dankte der Stiftung „Hufeland-Preis“, weil sie es ermögliche, in der Forschung weiterzuarbeiten.

Mehr denn je seien die Ärzte davon überzeugt, daß Prävention und kurative Medizin in der ärztlichen Praxis nicht voneinander zu trennen seien, unterstrich Präsident Dr. ECKEL. Darum seien sie auch bestrebt gewesen, vorbeugende Untersuchungen — so geschehen bereits in der Mutterschaftshilfe — den Krankenkassen zur Pflichtleistung zu machen. Er begrüßte es, daß Bundesgesundheitsminister Käte STROBEL bereits die Mitarbeit der frei praktizierenden Ärzteschaft an den Aufgaben der Vorbeugenden Gesundheitspflege befürwortete.

bringen. Zu keiner Zeit haben wir vergessen, daß Sie als Bayerischer Ministerpräsident schon im Mai 1946 — also zu einer Zeit, in der es weiß Gott um die Fragen unserer primitivsten Existenz ging — ein Bayerisches Ärztegesetz erließen und damit für die Ärzte unseres Landes sowie deren Berufsvertretung klare Rechtsgrundlagen geschaffen haben. Wir waren damit das erste Land der Bundesrepublik, in welchem die Reichsärzteordnung abgelöst und damit die Voraussetzung für den Aufbau einer demokratischen ärztlichen Berufsvertretung geschaffen wurde.

Dieses historische Verdienst wird in der Geschichte der bayerischen Ärzteschaft stets besonders hervorgehoben werden. Ich werde dies beim Festakt anlässlich des 20. Bayerischen Ärztetages, welcher am 13. Oktober dieses Jahres hier in München stattfindet, auch in einer Festrede zum Ausdruck bringen.“

Dr. Rudolf Hellge Ehrenbürger von Passau

Die Stadt Passau hat Herrn Kollegen Dr. Rudolf HELLGE, seit 1933 als Facharzt für Chirurgie in seiner Privatklinik in Passau tätig, die Würde eines Ehrenbürgers verliehen. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer hat Herrn Kollegen Hellge zu dieser seltenen und hohen Auszeichnung die herzlichsten Glückwünsche übermittelt.

Dr. Erich Hein zum Ministerialdirigenten ernannt

Nach Redaktionsschluß erreichte uns die Mitteilung, daß Herr Ministerialrat Dr. Erich HEIN, Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, mit Wirkung vom 1. 10. 1967 zum Ministerialdirigenten ernannt worden ist.

FAKULTÄT**Erlangen-Nürnberg**

Dr. Werner KNAPP, Professor an der Universität Bern, wurde zum ordentlichen Professor für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie ernannt.

Dr. med. Robert SIEBECK, apl. Professor für Augenheilkunde, hat einen Ruf auf den ordentlichen Lehrstuhl für Augenheilkunde an der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität in Bonn erhalten.

Dr. med. Siegfried WITTE, apl. Professor für Innere Medizin und Leitender Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik, wurde zum Mitglied der New York Academy of Sciences gewählt.

Die „venia legendi“ erhielten: Dr. Werner FISCHER, Konservator am Institut für Physiologische Chemie, für das Fach „Physiologische Chemie“;

Dr. Friedrich Carl SITZMANN, wiss. Ass. an der Universitätsklinik, für das Fach „Kinderheilkunde“.

München

Dr. Max LANGE, o. Professor für Orthopädie, wurde von seinen amtlichen Verpflichtungen entbunden.

Dr. Wolfgang LAVES, o. Professor für Gerichtliche Medizin und Versicherungsmedizin, wurde von seinen amtlichen Verpflichtungen entbunden.

Privatdozent Dr. Klaus RIEGEL wurde zum Universitätsdozenten ernannt.

Dr. Gernot RASSNER, bisher Universität Marburg, wurde durch Umhabilitierung zum Privatdozenten für das Fach „Dermatologie“ und „Venerologie“ ernannt.

Zu Leitenden Oberärzten in der Dermatologischen Klinik und Poliklinik wurden ernannt:

Apl. Professor Dr. Hans Jürgen BANDMANN;

apl. Professor Dr. Theodor NASEMANN;

apl. Professor Carl Georg SCHIRREN.

arthrosenex®

hat



seine Schuldigkeit getan*

Der Patient kann wieder gehen

*

Arthrosenex wirkt durch Resorption der essentiellen Fettsäuren und Lipide entspannend auf den Kapselbandapparat und – entschmerzt



Georg A. Brenner Arzneimittel-Fabrik GmbH
Alpirsbach/Schwarzwald

Zum „Privatdozent“ wurde ernannt:

Dr. Hans Heinrich GRASSER für das Fach „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“;

Dr. Josef MEIER für das Fach „Innere Medizin“;

Dr. Wolf MEINHOF für das Fach „Dermatologie“ und „Venerologie“;

Dr. Detlef PETZOLDT für das Fach „Dermatologie“ und „Venerologie“;

Dr. Wolfgang SEIDEL für das Fach „Chirurgie“.

Dr. Günther SCHIERZ für das Fach „Medizinische Mikrobiologie“;

Dr. Roland SCHOLZ für das Fach „Physiologische Chemie“;

Würzburg

Zum „Privatdozent“ wurde ernannt:

Wiss. Ass. Dr. med. Rudolf BLIETZ, Orthopädische Universitätsklinik, für das Fach „Orthopädie“;

Wiss. Ass. Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus HEMPEL, Institut für Medizinische Strahlenkunde, für das Fach „Medizinische Strahlenkunde und Strahlenbiochemie“;

Wiss. Ass. Dr. med. Oskar KLINGE, Pathologisches Institut, für das Fach „Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie“;

Wiss. Ass. Dr. med. Joachim LUTZ, Physiologisches Institut, für das Fach „Physiologie“;

Wiss. Ass. Dr. med. Günther RICKLEFS, Universitätsaugenklinik, für das Fach „Augenheilkunde“;

Konservatorin Dr. med. Brigitte SCHULTZE, Institut für Medizinische Strahlenkunde, für das Fach „Medizinische Strahlenkunde“;

Wiss. Ass. Dr. med. Werner STRIK, Medizinische Poliklinik, für das Fach „Innere Medizin“.

Professor Dr. med. dent. Rudolf NAUJOKS, Direktor der Universitätsklinik und -poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, wurde zum Präsidenten der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für Kariesforschung (ORCA) gewählt.

Professor Dr. Theodor Heinrich SCHIEBLER, Vorstand des Anatomischen Instituts, wurde zum Ehrenvizepräsidenten des III. Internationalen Kongresses für Histo- und Zytochemie gewählt, der vom 18. bis 22. August 1968 in New York stattfindet.

Professor Dr. Josef STRÖDER, Direktor der Universitätskinderklinik, wurde zum Ehrenmitglied der „Internationalen Medizinischen Gesellschaft Japans“ gewählt.

Professor Dr. med. Ernst WOLLHEIM, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik, wurde der japanische Orden „Zum heiligen Schatz“ verliehen.

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Deutsche Universität in Prag

Von Dr. Walther Koerting

(Fortsetzung)

Histologie

Mayer, Sigmund (o): Wien—Prag.

Kohn, Alfred (o): Prag.

Watzka, Maximilian (o): Prag—Mainz.

Wurde die Histologie vorerst vom Professor der Physiologie unter dem Titel „höhere Anatomie“ vorgetragen, so ließ Prof. Dr. Ewald Hering sen., der beim Amtsantritt 1870 gleichfalls einen Lehrauftrag für Histologie erhalten hatte, die Vorlesungen und Kurse durch den Privatdozenten für Physiologie Dr. Sigmund Mayer abhalten. Als nach zwei Jahren die Lehrkanzel für Anatomie mit Henke neu besetzt wurde, wurden die Vorlesungen über Histologie durch seinen Prosektor ao. Professor Dr. Walter Flemming abgehalten. Nach dessen Weggang nach Kiel (1876) wurde der nunmehrige Professor der Anatomie Prof. Dr. Carl Toldt von 1876 bis 1880 mit der Leitung des theoretischen und praktischen Unterrichts aus Histologie betraut. Auf Toldts Anregung wurde der Schüler Ernst Wilh. v. Brücke (1819—1892) in Wien, Prof. Dr. S. Mayer, mit Beginn des Studienjahres 1880/81 der Lehrauftrag und die selbständige Leitung des neugeschaffenen Histologischen Institutes übertragen.

Prof. Dr. Sigmund Mayer (geb. 27. 12. 1842 in Bechtheim bei Worms, gest. 1. 9. 1910 in Prag) studierte in Heidelberg, Gießen, Tübingen. Hier promovierte er 1865. Er arbeitete bei Helmholtz (Heidelberg), C. Ludwig und Cohnheim in Leipzig, bei Brücke in Wien. In Wien habilitierte er sich 1869 für Physiologie. 1870 ging er mit E. Hering nach Prag, 1872 wurde er ao. Professor. 1880 wurde er, wie erwähnt, Vorstand des neugegründeten Histologischen Institutes. 1887 wurde er Ordinarius. Er verfaßte grundlegende wissenschaftliche

Arbeiten aus dem Gebiete der Physiologie (Herz- und Blutgefäße, Atmung, Darmbewegung) und histologische (Vitalfärbung, Nervengewebe, Mayersche Sarkolyten, M.sche Zellnester, M.sche Wellen). Er gab ein „Histologisches Taschenbuch“ (1887) heraus.

Alfred Kohn (geb. 22. 2. 1867 in Libin bei Karlsbad, gest. 15. 1. 1959 in Prag), den O. Großer einen „Mann von internationaler Geltung auf dem Gebiete der inneren Sekretion und vornehmster Gesinnung“ und M. Watzka „eine wissenschaftliche Persönlichkeit von größtem Format“, einen überragenden Geist und edlen Menschen nennt, studierte am Altstädter Gymnasium in Prag, sodann 1887—1893 an der Deutschen Universität in Prag. „1891 wurde er bereits unter Sigmund Mayer Assistent am Histologischen Institut. Schon als Student hat Kohn sich bereits so sehr mit wissenschaftlichen Fragen beschäftigt, daß er darüber die Ablegung des Staatsexamens vernachlässigte. 1894/95 ist bereits seine grundlegende Arbeit über die Epithelkörperchen erschienen, in der er diese als Organe sui generis erklärte, die mit der Schilddrüse nichts zu tun haben... Auch die Arbeiten über das chromaffine Gewebe waren bereits so weit vorgeschritten, daß sie hätten publiziert werden können. Obwohl Kohn 1895 schon ein bekannter Forscher war, batte er jedoch immer noch kein Staatsexamen, so daß sein Chef eine sehr radikale Methode anwenden mußte, um diesen Zustand zu beenden. Mayer selbst meldete seinen Assistenten zu den Prüfungen an und Kohn mußte nolens volens antreten; daß es hierbei nicht immer glänzend ging, war verständlich. Bei der Prüfung in Augenheil-



orale
Therapie
von
Herzrhythmus-
störungen

Pulsnorma[®]

Basisbehandlung
venöser
Beinleiden

Giluvasin[®]

Hochdruck-
therapie
für
Berufstätige

Diuraupur[®], sine'

Bei Zerebral-
sklerose
und
apoplektischen
Folgezuständen

Dovita[®]

kunde sah sich der Ophthalmologe Sattler zur Äußerung veranlaßt: „Herr Kohn, es ist nicht edel von Ihnen, daß Sie mich zwingen, Sie durchfallen zu lassen.“ Er konnte aber trotzdem 1895 in kurzer Zeit das medizinische Staatsexamen beenden und zum Dr. med. promovieren. 1899 habilitierte er sich für Histologie an der Deutschen Universität in Prag und wurde 1904 zum ao. Professor ernannt. Nach dem Tode seines Lehrers S. Mayer übernahm er 1911 als ord. Professor die histologische Lehrkanzel, deren Vorstand er bis zu seiner Versetzung in den Ruhestand im Jahre 1937 war.“ (M. Watzka)

„In den Jahren 1898—1902 erschienen seine grundlegenden Arbeiten über das chromaffine Gewebe und die Nebenniere. Die heute allgemein gebrauchte Bezeichnung ‚chromaffin‘ wurde von Kohn eingeführt. Er legte das Hauptgewicht auf die Geltendmachung der Ansicht, daß die chromaffinen Zellen eine dem Sympathicus genetisch und definitiv zugehörige Zellart darstellen. Er erkannte, daß sich die Nebenniere aus zwei genetisch und morphologisch heterogenen Anteilen zusammensetzt, wobei die Marksubstanz aus chromaffinem Gewebe besteht, während die Rinde aus dem Mesoderm stammt. Kohn muß mit vollem Recht als der Begründer der Lehre vom chromaffinem System bezeichnet werden. Der Name ‚Paraganglien‘ für die chromaffinen Körper wurde von ihm geprägt und in das Schrifttum eingeführt. Sie wurden von ihm als Nebenorgane des peripheren Nervensystems angesehen, denen er damals schon einen inkretorischen Charakter zuschrieb. Das sogenannte Zuckermandlsche Organ (Paraganglion abdominale) bei Kindern sollte mit mehr Recht Kohnsches Organ heißen. Kohn konnte es eigentlich nie recht verschmerzen, daß Zuckermandl hier wissentlich das Verdienst Kohns unterdrückt hat.“

„Kohn (1900) hat in seiner entwicklungsgeschichtlichen Untersuchung eine Klärung in die von so vielen Ansichten umstrittene Vorstellung über die Entwicklung der sogenannten Carotisdrüse gebracht. Er fand, daß keine der früheren Anschauungen richtig ist, sondern daß vielmehr das Organ sich aus der Anlage des Nervensystems, wie er meinte, aus dem Sympathicus entwickle und daher den Paraganglien zugerechnet werden müsse.“ „Seine Studien über die Genese der chromaffinen Zellen und der Nebenniere führten Kohn gegen den Widerstand der damals herrschenden Ansicht zu der neuen Erkenntnis, daß die Randzellen der peripheren Nervenfasern und Nervenzellen neurogene Elemente sind, es sich also um ektodermale Zellen handelt, die sich aus der Anlage des Nervensystems ableiten (1905—1907). Die Schwannschen Zellen sind daher ‚neurogene Nebenzellen‘, die mit anderen zur ‚Secundogenitur‘ (beide Bezeichnungen stammen von

Kohn) der Anlage des Nervensystems gehören, da sie sich wie die Neuronen (‚Primogenitur‘) aus dem gleichen Keimmateriale, der Ganglienleiste, herausdifferenzieren.“ „Von größtem Wert sind seine fundamentalen Arbeiten auf endokrinologischem Gebiete. Man muß sich vergegenwärtigen, daß vor der Jahrhundertwende von Hormondrüsen im modernen Sinne noch nichts bekannt war. Die Deklaration der ‚Epithelkörper‘, als von der Schilddrüse unabhängige endokrine Organe — der ihnen von Kohn gegebene Name bat sich bald allgemein eingebürgert —, war ebenso neu wie seine Darstellung der Nebennierenrinde als neurotrophe inkretorische Drüse. Fast alle inkretorischen Organe hat er in seine Forschung einbezogen und über deren Wesen Klarheit gebracht, so daß er als der Begründer der Morphologie der innersekretorischen Organe bezeichnet wurde. Seine Verdienste auf diesem Gebiete hat die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie im Jahre 1955 bewogen, Kohn zum Ehrenmitglied zu ernennen.“ „Keine seiner Arbeiten ist rein morphographisch, denn Kohn war immer bemüht, die Beziehung zur Funktion zu finden und klarzustellen. Auch in diesem Sinne war er einer der ersten Vertreter der modernen funktionell-anatomischen Forschungsrichtung. Besonders hoch zu werten ist, daß es der Histologe Kohn war, der eine klare Definition und Abgrenzung des Begriffes ‚innere Sekretion‘ gegeben hat (1924), was Physiologen und Pharmakologen bis dahin nicht gelungen war.“ „Größtes Augenmerk wandte Kohn einer Klarstellung der Hypophyse zu.“ „Als der damals wohl beste Kenner dieses Gebietes hat er das noch weitgehend ungeklärte und doch schon verwickelte Kapitel über die Morphologie der inneren Sekretion in einer geradezu klassischen Weise behandelt. Wenn die Endokrinologie in den letzten Jahrzehnten so gut vorangekommen ist, so haben die grundlegenden Arbeiten von Kohn einen guten Anteil daran.“ „Kohn war es auch, der den mächtigen Anstoß zur Erforschung der Beziehung der Thyreoidea zu dem Problem des Wachstums und der Differenzierung gab.“ „Kohn war einer der ersten, der die Korrelation der endokrinen Drüsen untereinander erkannte und herausstellte (Anencephalie und Nebenniere, 1924). Er wies nach, daß Drüsen mit innerer Sekretion über das Individuum hinaus auch in gleicher Weise auf parabiologisch verbundene Partner und über die Placenta auf den Foetus einwirken, so daß an Neugeborenen manche Organe (z. B. Uterus, Milchdrüse, Haut) eine unzeitgemäße Entwicklung erfahren, die durch mütterliche Hormone bedingt ist. Kohn nannte diese Beeinflussung Synkainogenese (1914).“

„In der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg wandte sich Kohn kritisch gegen die in Mode gekommenen Verjüngungsoperationen, die er als unethisch und wertlos ab-

Passiorin

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

Unschädliche Kur- und Dauermedikation
 zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



lehnte (1921). — Ein weiteres Arbeitsgebiet, das ihn immer wieder beschäftigte, war der Bauplan der Keimdrüsen (1920) sowie die Zwischenzellen des Hodens und Ovariums (1926, 1928). „Seine letzte wissenschaftliche Arbeit (1935) war eine begriffliche Klarstellung der Bezeichnungen Endothel und Epithel. Sein fundamentales Wissen in der Histologie, einschließlich der pathologischen Histologie, war gepaart mit dem genialen Weltblick des Meisters.“ „Er kam zum Schluß, daß Epithel und Endothel aus genetischen topoanatomischen, biologischen und pathologischen Gründen scharf zu trennende Gebilde sind.“

„Kohn war ein glänzender und beliebter Lehrer. Sein Vortrag war eindringlich und klar, immer auf den Zusammenhang mit der Physiologie bedacht und verlor nie das Ziel aus den Augen, Mediziner für ihren künftigen Beruf zu schulen. Das Schwergewicht des Unterrichts legte er auf ausgiebigste eigene Beobachtung, für die er durch reichhaltige, sorgfältig gewählte Demonstrationen und praktische Übungen sorgte. Er war ein hervorragender und gefürchteter Diskussionsredner, der durch sein parates Wissen, sein schnelles Auffassungsvermögen und seine geschliffene Rede manche zum Verstummen bringen konnte ... Kohn hat zahlreiche Ehrungen erfahren. Im Jahre 1901 erhielt er den ‚Goldberger-Preis‘ der Wiener Gesellschaft der Ärzte für die beste theoretisch-medizinische Arbeit der letzten 3 Jahre. Er war ordentliches Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher (Leopoldina) zu Halle, Ehrenmitglied der Wiener Gesellschaft der Ärzte und der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie, Ehrendoktor der Universität Jena und Ehrenvorsitzender der Anatomischen Gesellschaft, eine Würde, die in der 73jährigen Geschichte der Gesellschaft nur noch A. v. Koelliker und Hochstetter zuteil wurde. Leider war auch sein Leben nicht ohne Enttäuschung. In der Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft wurde er 1943 wegen seiner sogenannten nichtarischen Abstammung im Konzentrationslager Theresienstadt interniert, das er glücklicherweise nach zwei Jahren wieder verlassen konnte. Als einer der wenigen Deutschen durfte er in seiner früheren Wohnung in Prag verbleiben.“

(Anm. Die hier angeführten Zitate sind dem im „Anatomischen Anzeiger“, Band 106, 1959, erschienenen, von Prof. Dr. Max Watzka verfaßten, umfassenden Nachruf entnommen, der in seiner Gründlichkeit und Diktion als wesentlicher und wertvoller Beitrag zur Geschichte der Medizin um die Jahrhundertwende und die ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts gewertet werden muß.)

Unverständlich ist, daß Paul Diepgen in seiner „Geschichte der Medizin“ trotz seiner sonstigen Gründlichkeit die umfassenden und grundlegenden Arbeiten von Alfred Kohn in keiner Form, weder sachlich noch personell, erwähnt hat.

Maximilian Watzka (geb. 30. 4. 1905 in Martnau bei Marienbad) studierte am Staatsrealgymnasium in Plan (Böhmen). Nach Studium an der Deutschen Universität in Prag, promovierte er dort 1930. Er habilitierte sich 1934 für Histologie, wurde 1940 ao. Professor. 1951 folgte er einem Rufe als Ordinarius für Anatomie, Histologie und Entwicklungsgeschichte an der Universität Mainz. Zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen, darunter in Buchform: „Die Paraganglien“

(1943), „Zellen mit spez. Funktionen“ (1955), „Das Ovarium“ (1957), „Superfecundation. Superfetatio...“ (1951). In Prag hielt er eine Vorlesung „Geschichte der Medizin“. Er veröffentlichte eine Schrift „Die medizinische Fakultät der Deutschen Karls-Universität in Prag“ (1944). Er ist ein Schüler von Otto Großer und Alfred Kohn. In Prag war er zuletzt Leiter des Histologischen Universitäts-Institutes. Watzka war der letzte Dekan der Deutschen medizinischen Fakultät.

Physiologie

Purkinje, Johann Evang. (o): Prag — Breslau — Prag.

Sachs, Julius: Prag — Tharau — Poppelsdorf bei Bonn — Freiburg i.Br. — Würzburg.

Czermak, Johann Nepomuk: Prag — Graz — Krakau — Budapest — Prag — Jena — Leipzig.

Vintschgau, Maximilian Ritter von (o): Wien — Padua — Prag — Innsbruck.

Hering, Ewald sen. (o): Leipzig — Wien — Prag — Leipzig.

Pribram, Richard: Prag — Czernowitz.

Gad, Johannes (o): Berlin — Würzburg — Cleveland (Ohio) — Prag.

Steinach, Eugen: Innsbruck — Prag — Wien.

Kahn, Richard: Prag.

Hofmann, Franz (o): Prag — Leipzig — Innsbruck — Prag — Königsberg — Marburg/Lahn — Bonn — Berlin.

Tschermak, Armin Edler von Seysenegg (o): Wien — Leipzig — Halle — Wien — Prag.

Schubert, Gustav: Prag — Wien.

Fischer, Max Heinrich: Prag — Tetschen Lieberw. — Berlin.

Johann Evangelista Purkinje (geb. 17. 12. 1787 in Libochowitz bei Leitmeritz, gest. 28. 7. 1869 in Prag) trat in den katholischen Piaristen-Orden ein, verließ ihn aber noch vor Ablegung der Gelübde. Er studierte in Prag Medizin, durch Erteilen von Unterricht verdiente er sich seinen Lebensunterhalt. Er promovierte 1819 mit der aufsehen erregenden Dissertation „Beiträge zur Kenntnis des Sehens in subjektiver Hinsicht“. Er war Prosektor der Anatomie bei Professor Ilg. Nachdem Purkinje „mehrere Concurse für Lehrkanzeln in Prag, Pesth und Laibach jedoch fruchtlos geschrieben“ (Wurzbach), folgte er 1823 einer Berufung als ord. Professor der Physiologie und Pathologie nach Breslau. Das Physiologische Institut war hier 1811 als erstes in Deutschland geschaffen worden. Purkinje erweiterte es bahnbrechend zum ersten experimentell-physiologischen Institut in Deutschland. Sein Plan, nach Greifswald bzw. Halle zu gehen, scheiterte.

1849 wurde als erster Professor der Physiologie Purkinje nach Prag berufen, doch erfüllten sich die in ihn hier gesetzten Hoffnungen nicht, da er, wie Heidenhain, sein Nachfolger auf dem Lehrstuhl in Breslau, in der Gedächtnisrede zur Feier des hundertjährigen Geburtstages von Purkinje in der „Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur“ in Breslau sagte, „sich mehr und mehr national-slavischen Bestrebungen zuwandte, die ihn in den letzten Jahrzehnten seines Lebens in Prag ganz und gar absorbierten“. Das Ministerium sah sich schon bei seinen Lebzeiten, 1867, veranlaßt, als zweiten Ordinarius für Physiologie M. Ritter von Vintschgau aus Padua nach Prag zu berufen.

Zu jeder Jahreszeit

Benia[®]

Grippedragees

zur Vorbeugung und Therapie
grippaler Infekte und fieberhafter
Erkältungskrankheiten

Benia – gut gegen Grippe



TAESCHNER

Bei vegetativ-dystonen Störungen - auch im Kindesalter - bewirkt

UZARIL

schnell und zuverlässig

zentrale Beruhigung und periphere Spasmolyse

bei einer milden Dauer-Tonisierung

15, 50 und 100 ccm Liquidum

25, 50 und 100 Tabletten

6 Suppositorien K (Kinder), E (Erwachsene)

Bei nervösen Herzbeschwerden auf vegetativ-dystoner Basis
– besonders auch wetterbedingt –

UZARIL-CAMPHER DRAGÉES

25 Dragées zu 0,35 g • 60 Dragées zu 0,35 g

UZARA-WERK, MELSUNGEN

Die überragenden Leistungen Purkinjes in Breslau waren die Grundlage seiner bis heute ungeschmälernten Einschätzung. Der berühmte Physiologe Emil du Bois-Reymond würdigte seine Verdienste:

„Fast ein Jahrzehnt noch hatte Purkinje zu kämpfen, bis er einigermaßen sein Ziel erreichte. Wie dürftig auch das damals Erlangte heut erscheint, als nun die deutsche Physiologie immer allgemeiner und deutlicher zum Bewußtsein dessen erwachte, was ihr Not tat, fand sich durch Purkinje die Form doch schon vorgezeichnet, in welcher diesem Bedürfnisse genügt werden konnte. Nach Gelegenheit schneller oder träger folgten Breslaus Beispiel alle deutschen und viele ausländische Hochschulen.“
 ... (Es brach) „diese deutsche Institution sich Bahn. Der den physiologischen Instituten zugrunde liegende Gedanke bewährte auch noch sonst seine fortzeugende Kraft. Auf Disziplinen von ähnlichen Lebensbedingungen übertragen, rief er pathologische, physikalische, pflanzenphysiologische und pharmakologische Institute ins Dasein, und leitete so in der wissenschaftlichen Erziehung der Nation einen Fortschritt ein, dessen Folgen noch gar nicht zu ermessen sind.“

Im „Biographischen Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker“ wird Purkinje von Pagel und H. V. Hab als „einer der genialsten Forscher der Neuzeit“ genannt. K. E. Rothschild bezeichnet (1953) Purkinje „als einen der bedeutendsten Mitbegründer einer naturwissenschaftlich exakten Richtung der Physiologie“.

Es ist wenig bekannt, daß Purkinje einer der 13 Gründer der „Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte“ war. (Ergänzend sei auf die Veröffentlichung im „Bayerischen Arzteblatt“, 1964/7, 8, „J. E. Purkinje...“ von W. Koerting hingewiesen.)

Eines bedeutenden Schülers von Purkinje sei besonders gedacht, des Begründers der Pflanzenphysiologie, Prof. Dr. Julius Sachs (geb. 2. 10. 1832 in Breslau, gest. 1897 in Würzburg). Dieser habilitierte sich an der Prager Universität im Jahre 1857 für Botanik. Seine Entdeckung, daß die Ernährung der Pflanze mit der Bildung von Stärke in den Chlorophyllkörnern beginnt, wurde wie andere seiner Leistungen bewundert. (G. Sticker in „Entwicklungsgeschichte der Medizinischen Fakultät an der Alma Mater Julia“ in der „Festschrift zum 350jährigen Bestehen der Universität Würzburg 1932.“) Sachs wurde 1859 Professor der Botanik an der Forstakademie in Tharau, 1861 an der Landwirtschaftlichen Lehranstalt Poppelsdorf bei Bonn 1867 in Freiburg im Breisgau, 1868 in Würzburg, wo er 1897 starb.

Ein weiterer namhafter Schüler war Johann Nepomuk Czermak (geb. 17. 6. 1828 in Prag, gest. 17. 9. 1873 in Leipzig). Er ging nach seinen Studien in Breslau über den Rat von Purkinje nach Würzburg, wo er am 2. 7. 1850 promovierte. Er übersiedelte im Winter 1850 als Assistent Purkinjes, der unterdessen nach Prag berufen worden war, nach Prag. „Czermak hätte sich gerne in Prag habilitiert; die Venia docendi stieß aber auf unerwartete Schwierigkeiten. ... Äußere Umstände und besonders die Rücksicht auf den mit zunehmendem Alter immer eifersüchtigeren Purkinje (Erich Ebstein), veranlaßten Czermak, Ostern 1855 eine Professur in Graz anzunehmen. Er wurde 1855 Professor der Physio-

logie in Graz, 1856 in Krakau, 1858 in Pest. Er resignierte 1860 und arbeitete privat in Prag an seinem eigenen Institut, schließlich wurde er a. o. Honorarprofessor in Jena und 1870 in Leipzig.

Czermak hatte am 27. März 1858 in der „Wiener medizinischen Wochenschrift“ über seine Beobachtungen mit dem Kehlkopfspiegel bei künstlicher Beleuchtung am eigenen Kehlkopf berichtet. Ludwig Türck bebaupete in der „Gesellschaft der Ärzte“ am 9. April 1858 seinen Prioritätsanspruch. Es kam zum Prioritätsstreit zwischen Türck und Czermak, dem „Türckenkrieg“. (Lesky). Czermak hat die Rhinologie als neues Spezialgebiet begründet. Czermak stellte auch die Photographie und Stereoskopie in den Dienst des jungen Faches. Die drei laryngoskopischen Bilder, die er am 7. November 1861 der Österreichischen Akademie der Wissenschaften vorlegte, sind die ersten stereophotographischen Aufnahmen dieses Organs überhaupt. (Lesky).

Maximilian Ritter von Vintschgau (geb. 4. 11. 1832 in Wilten bei Innsbruck, gest. 1913 in Steinach in Tirol) promovierte 1856 in Wien. Er war ein Schüler von Ernst Theodor von Brücke. 1857 wurde er Professor in Padua. 1867 erfolgte seine Berufung an die Prager Universität (als zweiter) o. Professor für Physiologie. 1870 kam er an die Universität Innsbruck. Seine Arbeiten befaßten sich vorwiegend mit der physiologischen Optik und Kreislaufphysiologie. In seinem Innsbrucker Institut wurde, der Anregung des Wiener Chirurgen Albert folgend, tierexperimentell die Möglichkeit der Pylorusexstirpation erprobt, die dann von Billroth in die Wirklichkeit umgesetzt wurde (Lesky).

Ewald Hering (d. Ältere) (geb. 5. 8. 1834 in Ait-Gersdorf in Sachsen, gest. 26. 1. 1918 in Leipzig) promovierte 1860 in Leipzig, wurde hier 1862 Dozent für Physiologie, kam 1865 als Ordinarius für Physiologie und medizinische Physik an die medizinisch-chirurgische Josephs-Akademie in Wien, sodann 1870 als Nachfolger Purkinjes nach Prag und 1891 nach Leipzig. 1874 war er primo loco als Vorstand einer zweiten physiologischen Lehrkanzel an der Universität Wien vorgeschlagen worden. Zur Errichtung dieser Lehrkanzel kam es jedoch nicht. Bei Lesky ist der inhaltsreiche, die Verdienste Herings würdigende Comité-Bericht über den Besetzungsvorschlag im Wortlaut abgedruckt. Seine Arbeiten galten vor allem der physiologischen Optik, der Selbststeuerung der Atmung, den Beziehungen zwischen Atmung und Kreislauf. Eine Berufung nach Straßburg (1872) lehnte er ab. Wie Gad schrieb, konnte sich in Prag „das Genie Herings voll entfalten und erst hier fand er den seiner Tatkraft entsprechenden Wirkungskreis. Hier wurde er nicht nur der eigentliche Schöpfer des physiologischen Institutes und der Begründer einer Prager physiologischen Schule, sondern auch der Reformator der medizinischen Fakultät“. Bei der Teilung der Universität hat sich Hering besondere Verdienste um die Deutsche Universität erworben.

Sein Schüler Richard Pribram ging als ordentlicher Professor der Chemie an die Universität Czernowitz.

Johannes Gad (geb. 30. 6. 1842 in Posen, gest. 5. 2. 1926 in Prag) stand vorerst im preußischen Militärdienst als Premierleutnant der Artillerie. Er begann das Medizinstudium in Berlin im Jahre 1869. Er wurde 1. Assistent bei du Bois-Reymond und in Würzburg Schüler von Adolf Fick. 1884 wurde er als Leiter der

experimentellen Abteilung des Physiologischen Instituts nach Berlin berufen. Für ein Jahr wurde er beurlaubt, um den physiologischen Unterricht an der Western-Reserve-University in Cleveland (Ohio) nach deutschem Muster einzurichten. 1887 gründete er mit Sigmund Exner das „Zentralblatt für Physiologie“. 1892 gab er ein Lehrbuch der Physiologie, 1893—1898 das „Real-Lexikon der medizinischen Propädeutik“ heraus. 1888 wurde er ao. Professor in Berlin. 1895 wurde er als Nachfolger von E. Hering nach Prag berufen. 1911 trat er in den Ruhestand. Seine wissenschaftlichen Arbeiten widmete er der Muskel- und Nervenphysiologie, der Physiologie des Rückenmarks und der Atmung. Unter den zünftigen Physiologen war er wohl der erste, der die Pflege der Leibesübungen in Form von Turnen und Sport hoch bewertete und wissenschaftlich begründete. Er war ein begeisterter Turner, als solcher Sprechwart des deutschen Turnvereins in Prag. (v. Tschermak-Seysenegg). Noch mit 83 Jahren war er aktiver Ruderer und Schwimmer.

Eugen Steinach (geb. 22. 1. 1861 in Hohenems in Vorarlberg, gest. 14. 5. 1944 Territet/Genfer See) studierte in Genf und Wien und wurde 1886 in Innsbruck promoviert. Von 1886 bis 1895 war er Assistent bei Hering in Prag. Hier habilitierte er sich, 1895 wurde er ao. und 1907 tit. o. Professor. An der Prager Deutschen Universität schuf er ein Laboratorium für allgemeine und vergleichende Physiologie, die erste derartige Anstalt in Österreich und Deutschland. 1912 übersiedelte er nach Wien, wo er die Leitung einer Abteilung der Biologischen Versuchsanstalt der Akademie der Wissenschaften übernahm. Sein wichtigstes Gebiet war die Physiologie der Geschlechtsorgane, hier besonders die Transplantation der Sexualdrüsen.

Richard Kahn (geb. 8. 7. 1876 in Prag) promovierte 1899 an der Deutschen Universität in Prag. 1904 habilitierte er sich für Physiologie. 1915 wurde er ao. Professor. Er beschäftigte sich mit dem Studium des Kreislaufs (Elektrokardiogramm), der inneren Sekretion und der vergleichenden Physiologie.

Franz Bruno Hofmann (geb. 24. 11. 1869 in Skalka-Böhmen, gest. 6. 6. 1926 in Marburg a. d. L.) wurde 1894 an der Deutschen Universität in Prag promoviert. Er war Assistent von E. Hering, dem er 1896 nach Leipzig folgte. Hier habilitierte er sich 1898 für Physiologie. 1902 wurde er ao. Professor. 1905 folgte er einem Rufe als o. Professor nach Innsbruck. 1911 wurde er o. Professor an der Deutschen Universität in Prag. 1913 kam er nach Königsberg, 1916 an die Universität Marburg, 1922 nach Bonn und 1923 nach Berlin. Seine zahlreichen gründlichen Forschungen galten der Physiologie des Herzens, der Nerven, der Muskeln, der Sinnesphysiologie, der physiologischen Optik und der Lehre vom Raumsinn (in einer fast 700 Seiten umfassenden Monographie in klassischer Weise bearbeitet).

Armin Tschermak Ritter von Seysenegg (geb. 21. 9. 1870 in Wien, gest. 9. 10. 1952 in Bad Wiessee) promovierte 1895 in Wien. Er habilitierte sich 1899 an der Universität Leipzig, 1900 in Halle, wurde dann a. o. Professor für Physiologie in Halle, 1906 o. Professor an der Tierärztlichen Hochschule in Wien, und 1913 o. Professor an der Deutschen Universität in Prag. Auf dem Gebiete der physiologischen Optik hatte Tschermak eine führende Rolle. Er beschäftigte sich ferner mit der Vererbungswissenschaft, der Physiologie des Nervensystems und der Verdauung. Besondere Verdienste erwarb sich Tschermak um die sozialen Belange der deutschen Studentenschaft in Prag. Nach der Vertreibung galt seine — leider erfolglose — Arbeit der Weiterführung des geistigen Inhalts der Prager Deutschen Universität in Deutschland, wie seinerzeit nach dem Auszug der deutschen Professoren und Studenten nach Leipzig. Zuletzt war Tschermak als Honorar-Dozent und Vorstand des Physiologischen Institutes, Außenstelle der Münchner medizinischen Fakultät, in Regensburg tätig.

Gustav Schubert (geb. 20. 6. 1897 in Krüma/Böhmen) wurde 1924 in Prag promoviert. Er wurde 1942 o. Professor an der Deutschen Universität in Prag, erhielt 1946 eine Berufung an die Tierärztliche Hochschule in Wien und wurde 1950 Ordinarius für Physiologie an der Universität Wien. Die Physiologie des Menschen im Flugzeug wurde in einer Monographie (1936) behandelt. Zahlreiche experimentelle Arbeiten betreffen verschiedene Gebiete der Physiologie.

Max Heinrich Fischer (geb. 25. 5. 1892 in Gablonz a. N.) habilitierte sich 1923 an der Deutschen Universität in Prag. 1928 kam er als ao. Professor für Physiologie und Anatomie an die Landwirtschaftliche Abteilung der Deutschen Technischen Hochschule in Prag/Tetschen und schließlich 1923 als Abteilungsvorsteher für Physiologie an das Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung in Berlin-Buch. Vornehmlich widmete er sich dem Studium des Vestibularapparates und der Gleichgewichtsorgane.

Physiologische und medizinische Chemie

- Huppert, Karl Hugo (o): Leipzig — Prag
 Zeynek, Richard Ritter von (o): Wien — Prag
 Lippich, Friedrich: Prag
 Haurowitz, Felix: Prag — Istanbul — Bloomington, USA
 Stary, Zdenko (o): Prag — Ankara — Istanbul — Warren, USA.

Die Pflege der angewandten medizinischen Chemie blieb vorerst den eigentlichen Chemikern vorbehalten. Nach Adolf Pleischl, der 1838 nach Wien ging, kam 1840 Josef Redtenbacher (1810—1870), ein Schüler von Wöhler und Liebig, der 1842 die Genehmigung erhielt, neben den Vorlesungen über allgemeine Chemie auch Vorträge über Chemie in ihrer Anwendung auf die Medizin zu halten. Bis zu seiner Berufung an die Wiener Universität (1848)

RECORSAN[®]

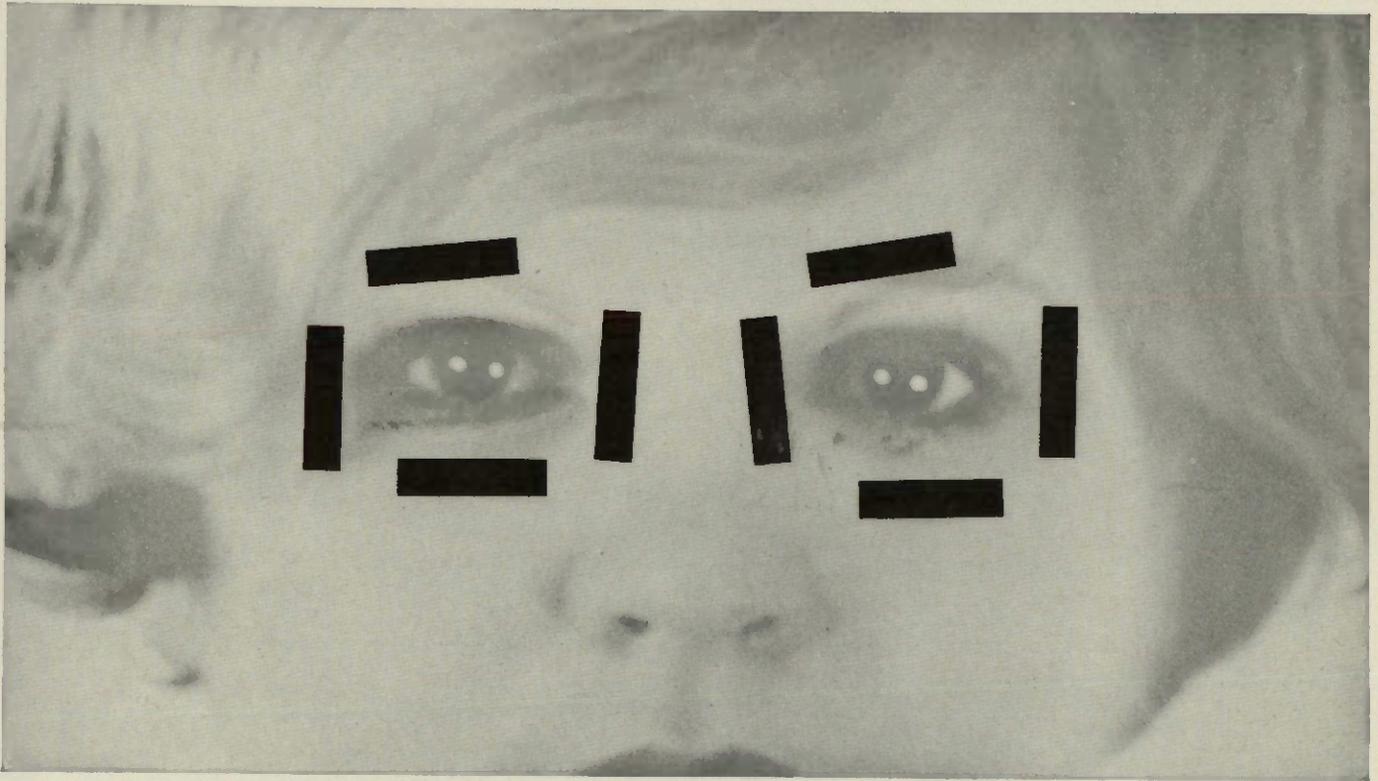
HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
 aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

30 g DM 3,00 m. U.

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Externe Kortikosteroid - Medikation in Augennähe?



Ja, auch in Schleimhautnähe –
und gerade dort – können Sie mit

CORTI-FLEXIOLE[®]

risikolos ekzematöse und allergisch-
dermatitische
Affektionen therapieren.

CORTI-FLEXIOLE ist eine echte Lösung von 0,4% (g/g) reinem, unverestertem Hydrocortison in einem völlig reizlosen öligen Medium. 0,2% (g/g) Chloramphenicol beugen einer Infektion entscheidend vor. 5.000 I.E. Vitamin A/g wirken epithelschützend, regenerieren das zerstörte Gewebe und erzeugen eine Korium-Hyperämie, welche die Penetration von Hydrocortison fördert.

CORTI-FLEXIOLE ist aufgrund ihrer Zusammensetzung speziell zur Behandlung ekzematöser und allergisch-dermatitischer Affektionen an den Augenlidern, im Gesicht und an der Vulva hervorragend geeignet.

CORTI-FLEXIOLE hat sich außerdem bewährt bei der Behandlung subakuter Ekzeme, also in der 2. Phase der klassischen Ekzemtherapie, zur Intervallbehandlung in der Teerphase sowie zur Nachbehandlung bei abheilenden Neurodermitiden, Ekzemen und Psoriasis.

CORTI-FLEXIOLE ist mit den meisten Salhengrundlagen gut mischbar und deshalb auch zur Verwendung in der Rezeptur geeignet.



dr. mann · berlin

hielt er Vorlesungen über physiologische und pathologische Chemie. Sein Nachfolger Friedrich Rochleder, der der philosophischen Fakultät angehörte, setzte die Vorträge über medizinische Chemie nicht fort. Mag. pharm. Josef Udalrich Lerch (geb. 4. 5. 1816 zu Nepomuk in Böhmen, gest. 5. 3. 1892 in Wien), gew. Assistent von Redtenbacher, wurde 1846 mit der Ausführung von pathologisch-chemischen Untersuchungen betraut. Lerch habilitierte sich 1847 für Vorlesungen über polizeiliche und gerichtliche Chemie und pathologisch-chemische Diagnostik. Er gehörte der medizinischen Fakultät an. 1852 promovierte Lerch zum Doktor der Chemie. 1858 wurde er ao. Professor an der medizinischen Fakultät. Zu seinen Schülern gehörte Philipp Knoll, der spätere Professor für experimentelle Pathologie, und Bohuslav Jirus, nachmals Professor der Pharmakologie und Pharmakognosie an der Tschechischen Universität. Erst im Jahre 1872 kam es, wie im übrigen Österreich, zur Schaffung einer Lehrkanzel für angewandte medizinische Chemie, die mit Huppert, einem medizinisch gebildeten Chemiker, besetzt wurde.

Karl Hugo Huppert (geb. 29. 1. 1832 in Marienberg - Sachsen, gest. 19. 10. 1904 in Prag) promovierte 1862 in Leipzig zum Dr. med., er habilitierte sich im selben Jahre für physiologische Chemie, 1871 wurde er dort ao. Professor und 1872 o. Professor der medizinischen Chemie an der Prager Universität. Er bearbeitete das Gmelinsche Handbuch der Chemie. Das Handbuch der Harnchemie galt als Standardwerk jener Zeit. Von seinen Schülern seien erwähnt: Isidor Soyka, Franz Hofmeister, Fritz Kraus, Alfred Kossler, Otto Kahler, Em. Maixner, der spätere Internist der Tschechischen Universität, Rudolf R. v. Jaksch, Soxhlet u. a.

Richard Ritter von Zeynek (geb. 9. 12. 1869 in Graz, gest. nach einem Irrweg aus Lagern, auf der Flucht in Bayern gelandet, im Jahre 1946 in Passau begraben) promovierte 1893 in Wien, habilitierte sich hier 1899 für medizinische Chemie, wurde 1902 ao. Professor in Wien und folgte 1903 als Ordinarius einer Berufung an die Deutsche Universität in Prag. Er war von 1892 bis 1900 Assistent bei Ernst Ludwig. Bei der Enthüllung des Denkmals in den Arkaden der Wiener Universität hielt er die Gedenkrede auf seinen berühmten Lehrer. Er ist der Erfinder der Diathermie. Man liest darüber bei Paul Diepgen „Geschichte der Medizin“, Band II/2,:

„1898 beobachtete der Physiker Richard von Zeynek... bei Arbeiten im Göttinger physikalischen Laboratorium von Walther Nernst mit hochfrequenten Wechselströmen, daß die durch seine Finger gehenden Ströme keine andere Empfindung hervorriefen als eine hohe Durchwärmung. Zeynek erkannte sofort die große Bedeutung dieser neuen Art der Körperdurchwärmung für die Medizin, deren Methodik im ersten Dezenium des 20. Jahrhunderts von ihm und anderen zur modernen Diathermie ausgebaut wurde.“

Friedrich Lippich (geb. 29. 9. 1875 in Prag, gest. 6. 5. 1956 in München) promovierte 1901 in Prag an der Deutschen Universität, 1909 habilitierte er sich hier für physiologische Chemie. 1915 wurde er ao. Professor.

Felix Haurowitz (geb. 1. 3. 1896 in Prag) promovierte 1922 an der Deutschen Universität zum Dr. med. und 1923 zum Dr. rer. nat. Er habilitierte sich 1925 für medizinische Chemie und wurde 1930 ao. Professor. Nach der Besetzung der Tschechoslowakei durch deutsche Truppen folgte er 1939 einer Berufung an die Universität Ankara. Seit 1948 ist er an der Indiana-Universität in Bloomington (USA) tätig. Für hervorragende wissenschaftliche Leistungen auf den Arbeitsgebieten Paul

Ehrlichs wurde er 1960 mit der Gold-Plakette des Ludwig-Darmstätter- und Paul-Ehrlich-Preises in Frankfurt/Main ausgezeichnet. Dabei wurden seine Verdienste um die Immun- und Mikrobiologie gewürdigt.

Zdenko Stary (geb. 7. 11. 1899 in Prag) promovierte 1923 an der Deutschen Universität in Prag zum Dr. med. und 1925 zum Dr. rer. nat. 1928 habilitierte er sich für medizinische Chemie. 1933 wurde er ao. Professor. Er wurde dann Direktor des Instituts für Physiologische und Medizinische Chemie. 1945 ging er an die Universität in Ankara bzw. Istanbul und später nach Warren (USA).

Hygiene

Soyka, Isidor (o): Prag — München — Prag — München — Prag.

Hueppe, Ferdinand (o): Berlin — Wiesbaden — Prag.

Bail, Oskar (o): Wien — Prag.

Weil, Edmund: Prag — (Berlin) — Prag.

Breinl, Friedrich (o): Prag.

Singer, Ernst (o): Prag — Sidney (?).

Gruschka, Theodor: Prag — Jerusalem.

Sonnenschein, Curt (o): Köln — Hamburg — Prag — Würzburg.

Thums, Karl (o): Wien — München — Prag.

Isidor Soyka (geb. 26. 4. 1850 in Jaromer-Böhmen, gest. 23. 2. 1889 in Prag) studierte in Prag und Leipzig. Hier begann er unter K. Huppert seine erste chemisch-physiologische Arbeit „Über das Verhältnis des Acidalbumins zum Alkalialbumin“. 1874 promovierte er in Prag zum Dr. med. Er wurde bei dem gerade nach Prag gekommenen Ordinarius für pathologische Anatomie Klebs Assistent, der sich „schon so erfolgreich als Bakteriologe betätigt hatte, daß man in ihm einen Vorläufer Robert Kochs sehen kann“ (Diepgen). „Zweifellos hat Klebs, dessen Prager Jahre zu den fruchtbarsten seines Lebens zählen, auf Soykas wissenschaftliche Interessen und Ziele einen großen Einfluß ausgeübt.“ (Diepgen). Soyka habilitierte sich 1877 an der Prager Universität für pathologische Anatomie und 1878 für Hygiene. „Pettenkofers Seuchenlehre gab seiner Forschung neue Ziele. Der 27jährige Privatdozent muß schon damals bei seiner Fakultät sehr anerkannt gewesen sein; denn sie wußte bei der Regierung durchzusetzen, daß er für einige Zeit als Stipendiat zu Pettenkofer nach München gehen konnte. So wurde aus dem Pathologen der Epidemiologe und Hygieniker“ (Diepgen). Seine Aufsätze der nächsten Jahre atmen alle Pettenkoferschen Geist. Nach seiner Rückkehr von München war Soyka wieder für kurze Zeit im Prager pathologischen Institut bei Klebs tätig. Pettenkofer hatte ihn als Mitarbeiter so schätzen gelernt, daß er ihn als Assistent an das neuerbaute Hygienische Institut in München berief. Hier blieb er fünf Jahre. An der Verbesserung der hygienischen Verhältnisse in München beteiligte sich Soyka mit einer Schrift, welche die Einwände widerlegte, die in einer in der bayerischen Hauptstadt verteilten Abhandlung „Zur Kanalisation von München“ gegen die Pettenkoferschen Vorschläge zur Einführung der Schwemmkanalisation erhoben wurden. Pettenkofer selbst schrieb das Vorwort. 1884 wurde Soyka als Extraordinarius für Hygiene an die Deutsche Universität in Prag berufen. „Hier zeigte er sich als ein Organisator und Forscher, der auch ohne die glänzenden Verhältnisse des Mün-

Der Arzt der Bundeswehr

muß auch unter schwierigsten Bedingungen
Arzt sein können. Nur wer sein Fach
hervorragend beherrscht, kann im Katastrophen- oder
Verteidigungsfall erfolgreich sein.

Das Rüstzeug dazu gewinnt der Sanitätsoffizier
in Lazaretten und Instituten der Bundeswehr.

Sie dienen auch der Forschung
und der Förderung des ärztlichen Wissens.

Informieren Sie sich doch einmal über die Möglichkeiten,
die der Arzt bei der Bundeswehr hat.

Es sind gute Möglichkeiten...



Des Wichtigste in Stichworten: Sanitätsoffiziere auf Zeit können sich von 2 bis 15 Jahre verpflichten. Übernahme als Berufssanitätsoffizier ist möglich. Zunächst truppenärztliche Tätigkeit nach Wunsch bei Heer, Luftwaffe oder Marine. Fach- oder Spezialausbildung in Lazaretten oder Instituten der Bundeswehr ist möglich. Ihre Dauer richtet sich nach der Länge der Verpflichtungszeit. Bundeswehr-Lazarette gibt es in Amberg/Opf., Bad Zwischenahn, Detmold, Gießen, Glückstadt, Hamburg, Hamm/Westf., Kempten/Allg., Kiel, Koblenz, München, Wildbad; Bundeswehr-Institute sind das Wehrmedizinische Institut der Bundeswehr in Koblenz, das Flugmedizinische Institut der Luftwaffe in Fürstenfeldbruck und das Schiffarztmedizinische Institut der Marine in Kiel.

Gesucht werden vor allem Ärzte der Geburtsjahrgänge 1927-1937. Einstellungsdiensgrad: in der Regel Stabsarzt. Besoldung wie Regierunftsmedizinaleut. Urlaub: 27 Arbeitstage ab 30. Lebensjahr. Gegebenenfalls Trennungsschädigung. Sanitätsoffiziere auf Zeit erhalten eine steuerfreie Abfindung (nach 3 Jahren bereits etwa DM 13.500,-). Nachversicherung für die Dauer der Verpflichtung.

Weitere Informationen bzw. Bewerbungsunterlagen erhalten Sie nach
Einsendung des Kupons.

Bitte informieren Sie mich über die Laufbahn des Sanitäts-
offiziers außerdem bitte ich um die Zusendung von
Bewerbungsunterlagen (Gewünschtes ankreuzen) 467/83/42/1501

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Ort: () _____

Straße: _____ Kreis: _____

Fachrichtung: _____ Bestellung vom: _____

Bitte in Blockschrift ausfüllen und senden an
Bundeswehramt, 5300 Bonn 7, Postfach 7120

chener Institutes Großes zu leisten wußte“ (Diepgen). Er erkannte, wie wichtig es war, Pettenkofersche Tradition mit der neuen Bakteriologie Kochs zu vereinigen. Mehrfache Studienaufenthalte im Kochschen Institut machten ihn mit dessen Technik vertraut. Er trug wesentlich dazu bei, die zwischen Berlin und München bestehenden Gegensätze auszugleichen. Eine von ihm sorgfältig gepflegte bakteriologische Sammlung erregte auf Hygieneausstellungen in Wien, Brüssel und Kopenhagen großes Aufsehen. Als im Jahre 1887 sein Bruder in eine Irrenanstalt aufgenommen werden mußte und er schließlich fürchtete ein gleiches Schicksal zu erleiden, machte er seinem Leben durch Erschießen ein Ende. „Seine Zeitgenossen begruben mit ihm große Zukunftshoffnungen für die Bakteriologie, Epidemiologie und Hygiene“ (Diepgen).

Ferdinand Hueppe (geb. 24. 8. 1852 in Heddesdorf bei Neuwied a. Rh., gest. 15. 9. 1938 in Loschwitz bei Dresden) kam 1872 an das Friedrich-Wilhelm-Institut nach Berlin. Er promovierte 1876 in Berlin zum Dr. med. Im Laufe seiner militärärztlichen Tätigkeit wurde er 1879 an das Kaiserl. Gesundheitsamt kommandiert. Hier erfuhr er durch Robert Koch die Schulung in der modernen Bakteriologie, „an deren Ausbau er später neben Löffler und Gaffky verdienstvoll mitwirkte“. 1885 schied er aus dem Militärdienst, um an dem Chemischen Institut von Fresenius in Wiesbaden, eine bakteriologisch-hygienische Abteilung einzurichten. 1889 folgte er einem Rufe als ao. Professor der Hygiene an die Deutsche Universität in Prag. 1891 wurde er Ordinarius. Hueppe verfaßte zahlreiche experimentelle Arbeiten. Auf ihrer Grundlage entstanden Abhandlungen über die Formen der Bakterien, die naturwissenschaftliche Einführung in die Bakteriologie, die Methoden der Gärungen und Infektionskrankheiten. Hueppe stellte zuerst die häufige Ausscheidung von Typhusbazillen durch den Harn fest. Ebenso fand er, daß das Bacterium coli ursprünglich zwar ein harmloser Saprophyt ist, aber infolge örtlicher Reizung Resistenzverminderung der Gewebe durch Druck, Stauung, Zirkulationsstörung oder Wunden pathogene Eigenschaften gewinnen und in der Harnblase, Nierenbecken, Blinddarm schädliche Wirkungen entfalten kann. Hueppe bezeichnete ein derartiges Verhalten der Keime als Wohnparasitismus.

Aus der Erfahrung, daß die Anwesenheit von Bakterien keineswegs immer identisch mit der Erkrankung ist, schlug Hueppe 1887 für die pathogenen Bakterien die Bezeichnung „Krankheitserreger“ vor, denn sie sind nicht die Ursache der Seuchen schlechthin (Diepgen). Hueppe betonte immer den Zusammenhang zwischen Krankheit und Gesellschaft, so daß sich hierin schon die Anfänge der neuzeitlichen Sozialhygiene erkennen lassen. Folgerichtig bemühte er sich nicht nur um die Beseitigung äußerer Schädlichkeiten, sondern namentlich um die Hebung der natürlichen Widerstandskräfte und die Abhärtung des Körpers durch vernünftige

Pflege von Turnen, Spiel und Sport. Er selbst war geübter Turner und Leichtathlet. In Prag, das damals durch den Deutschen Fußball-Club Prag (DFC Prag) gleichsam als Metropole des Fußballs galt, trat er alsbald diesem Klub bei. Als am 28. Jan. 1900 in Leipzig der Deutsche Fußball-Bund gegründet wurde, entsandte der DFC Hueppe als seinen Vertreter. Hueppe wurde nach Überwindung von Widerständen — Argument: da der DFC Prag ja kein deutscher Verein sei, sondern Österreich angehöre — schließlich doch zum 1. Vorsitzenden des Deutschen Fußball-Bundes gewählt. Als er mit der Begründung, daß andere Aufgaben ihn an der vollen Erfüllung seiner Pflichten als 1. Vorsitzender hinderten, 1904 eine Wiederwahl ablehnte, wurde Hueppe zum 1. Ehrenmitglied des Deutschen Fußball-Bundes gewählt. (Nach Mitteilungen von Herrn Dr. P. J. Bauwens, damals 1. Vorsitzender des Deutschen Fußball-Bundes an Dr. Koerting.) — Von Hueppes zahlreichen Veröffentlichungen seien nur das „Handbuch der Hygiene“ (1899), „Hygiene der Körperübungen“ (1907), „Entstehung und Ausbreitung der Kriegsseuchen“ (1915) angeführt.

Oskar Bail (geb. 6. 12. 1869 in Tillisch bei Aussig, gest. 30. 12. 1927 in Prag) studierte in Wien zuerst Naturwissenschaften, dann Medizin. Er promovierte 1895 und trat in das Wiener Hygienische Institut unter Max Gruber ein. 1896 wurde er Assistent Hueppes in Prag. Hier habilitierte er sich 1899 für Hygiene. 1904 wurde er ao. Professor und 1912 als Nachfolger Hueppes Ordinarius und Direktor des Hygienischen Institutes der Deutschen Universität in Prag. Seine Arbeiten beschäftigten sich mit bakteriologischen und immunologischen Fragen, besonders mit der Bakteriophagie und der von ihm begründeten Aggressinlehre, ferner mit Problemen der Bodenhygiene, der sozialen und Rassenhygiene.

Edmund Weil (geb. 17. 4. 1879 in Neustadt bei Haid in Westböhmen, gest. 15. 6. 1922 in Prag) studierte an der Deutschen Universität in Prag, wo er 1903 zum Dr. med. promoviert wurde. Er arbeitete dann einige Monate im Pathologischen Institut des Urban-Krankenhauses in Berlin unter dem „hervorragenden Historiker und Pathologen Carl Benda (1857 — 1932)“ (Diepgen). Nach seiner Rückkehr nach Prag trat er in das Pathologische Institut der Deutschen Universität in Prag unter der Leitung von Hans Chiari ein, anschließend in das Hygienische Institut, das damals Ferdinand Hueppe unterstand, der 1912 von Oskar Bail als Direktor abgelöst wurde. Das Institut blieb seine Arbeitsstätte bis zu seinem Tode. Weil habilitierte sich 1909 für Hygiene und wurde auf Grund seiner Arbeiten bereits 1913 zum Extraordinarius vorgeschlagen. Durch den Kriegsausbruch verzögerte sich seine Ernennung bis Mai 1915. Im Ersten Weltkrieg wurde er einem großen Epidemielaboratorium zugeteilt, dessen Leitung er im November 1914 übernahm. „Von besonderer Wichtigkeit für sein Lebenswerk wurde seine Bekannt-

Bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises,
Sportverletzungen, Durchblutungsstörungen

Rheumex[®]-SALBE

LABOPHARMA chem.-pharm. Fabrik 1 Berlin 10

schaft mit dem Fleckfieber" (Diepgen). Von Rußland ging er nach Durazzo in Albanien und weiter in die Ukraine. 1920 wurde er Leiter der serologischen Abteilung des Hygienischen Institutes. „Von alldem, was er als Hygieniker und Serumforscher geleistet hat, kann“, schreibt Diepgen, der ihm in seinem schon zitierten Werk „Unvollendete“ einen großen Raum gewidmet hat, „nur das wichtigste genannt werden, zunächst seine mit Bail gemachten Forschungen, die seit 1905 zur Entdeckung der sog. Bakterienaggressine führten, Stoffen, die den Bakterien den Angriff auf ihre Opfer erleichtern und zu neuen Immunisierungsmethoden führten, mit denen es gelang, Tiere durch alleinige Vorbehandlung mit solchen ‚Aggressinen‘ unter Ausschluß der Bakterien erfolgreich zu immunisieren. 1911 schuf er zusammen mit dem Psychiater und Serumforscher Viktor Kafka (geb. 12. 10. 1881 in Karlsbad) eine neue Methode der Liquoruntersuchung zum Nachweis metaluetischer Prozesse, die als Weil-Kafkasche Reaktion ein ‚wichtiges und differentialdiagnostisches Hilfsmittel der Klinik‘ wurde. ... Als für die Praxis unmittelbar wertvollste Leistung erscheinen im historischen Rückblick seine Forschungen zum Fleckfieber.“ Gemeinsam mit dem Bakteriologen Arthur Felix (1887 — 1956) schuf er die Weil-Felixsche Reaktion. Sie „gehörte zu den wichtigsten medizinischen Errungenschaften des Ersten Weltkrieges. Sie begründete Weils Weltruhm“ (Diepgen). Als er sich 1922 in Begleitung des damaligen Prager Dozenten Friedrich Breinl nach Lemberg begab, um die Arbeit mit Rickettsien infizierten Läusen durch Tierversuche zu vervollkommen, kam ihm am Tage vor der Rückkehr nach Prag bei einem Tierversuch durch eine Auflockerung der Verbindung der Nadel mit der Spitze ein Teil der Emulsion in den Bindehautsack. Gleich nach der Heimkehr erkrankte er in Prag an den typischen Symptomen des Fleckfiebers. Das Leiden nahm einen rapiden Verlauf und führte rasch zum Tode. Oskar Bail schrieb in seinem Nachruf: „Mit ihm ist eine der besten jüngeren Kräfte der Medizinischen Fakultät, eine ihrer größten Hoffnungen dahingegangen. Weil hat durch seine Arbeiten selbst seinen Ruf und Namen unvergänglich gemacht: sein der Universität für immer zur Ehre gereichendes Andenken, wird diese immer in Ehren halten.“

Friedrich Breinl (geb. 26. 5. 1888 in Bielitz, damals österr. Schlesien, gest. 29. 7. 1936 in Prag) promovierte 1913 an der Deutschen Universität, hier habilitierte er sich 1921 für Hygiene. Während des Ersten Weltkrieges war er als Leiter eines bakteriologischen Feldlaboratoriums tätig. Nach dem Kriege studierte er soziale Hygiene bei Prof. Grotjahn in Berlin. Nach dem Tode von Prof. Weil wurde er Leiter der serologischen Abteilung des Hygienischen Institutes. 1924 begab er sich zu einem längeren Studienaufenthalt an das Institut Pasteur in Tunis, 1925 zu einem einjährigen Studienaufenthalt an

die Havard-Universität in Boston (USA) — und an das Institut für Eugenik in Cold Spring Harbor. 1927 wurde Breinl in Prag ao. Professor, 1928 nach dem Tode Bails Vorstand des Hygienischen Institutes und 1929 ordentlicher Professor. Die wissenschaftliche Arbeit Breinls war ungemein vielfältig. Besonders beschäftigte ihn eine Reihe aktueller serologischer Probleme. Neben dieser Arbeit befaßte er sich mit sozialhygienischen Untersuchungen in seiner Heimat Reichenberg — hier hatte er die Volks- und Mittelschule besucht — und Gablonz. Insbesondere ist eine Arbeit über Geburtlichkeit und Sterblichkeit und eine sozialhygienische gewerbe-pathologische bedeutungsvolle Arbeit über die Lage der Glasarbeiter im Gablonzer Bezirk zu erwähnen. Gleichzeitig fesselten ihn die Probleme der Fleckfieberforschung, „ein Interesse, welches“, wie Ernst Singer im Nachruf betont, „nie mehr erlahmen sollte und welches ihn bis in die letzten Tage seines Lebens begleitete“. In der Persönlichkeit Breinls waren Eigenschaften und Vorzüge vereinigt, welche getrennt genügt hätten, einen großen Forscher zu formen. „Ein von seiner Wissenschaft begeisterter Forscher, in seinen experimentellen Arbeiten von strengster Selbstkritik erfüllt, verstand er auf unvergleichliche Art seine allseitige Begabung, sein lebhaftes Temperament und die vollendeten Formen des Weltmannes einzusetzen... In wenigen Jahren gelang es ihm, das Hygienische Institut zum Zentrum des deutschen Gesundheitswesens umzugestalten. Tragisch war sein früher Tod, welcher der medizinischen Fakultät der Deutschen Universität in Prag eines ihrer erfolgreichsten Mitglieder entriß, aber es war der ungewöhnliche Abschluß eines ungewöhnlichen und glücklichen Lebens“ (Ernst Singer im Nachruf). Es war eine besondere Tragik, daß Breinl, der das Werk Weils fortsetzte, im 49. Lebensjahr gleichfalls einer Fleckfieberinfektion bei Laboratoriumsversuchen zum Opfer fiel.

Ernst Singer (geb. 27. 6. 1899 in Prag) promovierte 1923 an der Deutschen Universität in Prag. Er habilitierte sich hier 1926 für Hygiene, wurde 1933 ao. Professor und supplierender Vorstand des Hygienischen Institutes. Trotz mehrfacher Bemühungen waren weitere Daten nicht in Erfahrung zu bringen. Angeblich habe sich Singer nach der Besetzung Prags durch die deutschen Truppen nach Australien begeben. (Sollte später Näheres in Erfahrung gebracht werden, so wird dies wie bei anderen in einem Nachtrag angeführt werden.) Theodor Gruschka (geb. 27. 6. 1888 in Mährisch Kromau, gest. Juni 1967 in Jerusalem) promovierte 1912 an der Deutschen Universität in Prag. Er habilitierte sich 1932 an der Deutschen Universität für Hygiene. Gruschka war durch viele Jahre in Aussig a. Elbe als Stadtphysikus tätig. 1936 wurde er durch den damaligen Gesundheitsminister Dr. Czech als Ministerialrat in sein Ministerium berufen, wo er die

Auch bei **Mykosen=Jacosulfon** ungt. } im Wechsel
pulv. } auftragen

Leitung der Sektion „Bekämpfung der Volkskrankheiten“ übernahm. Mit dem 15. März 1939 wurde dieser Tätigkeit durch die Besetzung Prags ein Ende gesetzt. Gruschka gelang die Flucht nach Frankreich und später die Ansiedlung in Palästina. Er wurde Professor für Sozialhygiene an der Universität Jerusalem. Er veröffentlichte in englischer Sprache die erste Monographie über den Gesundheitsdienst in Israel.

Curt Sonnenschein (geb. 7. 3. 1894 in Mainz) habilitierte sich 1926 in Köln für Hygiene, in Hamburg wurde er, am Institut für Tropenkrankheiten und Tropenhygiene tätig, 1932 ao. Professor. 1941 folgte er einem Rufe als Ordinarius und Vorstand des Hygienischen Institutes an der Deutschen Universität in Prag. Hier lehrte er Hygiene, Bakteriologie und Tropenhygiene. 1948 wurde er Direktor des Institutes für Hygiene und Mikrobiologie an der Universität Würzburg. Zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten beweisen sein profundes Wissen.

Karl Thums (geb. 5. 4. 1904 in Wien) studierte Medizin und Philosophie (Anthropologie). Er promovierte 1928 bzw. 1931 in Wien. Er war dann an der III. Medizinischen Univ.-Klinik (Chvostek) in Wien, von 1933 bis 1940 an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München tätig. Nachdem er 1932 Facharzt für Innere Medizin und 1939 FA für Neurologie und Psychiatrie geworden war, habilitierte er sich in München. 1940 wurde er ao. Professor sowie Direktor des Univ.-Institutes für Erb- und Rassenhygiene an der Deutschen Universität in Prag und 1943 o. Professor. Vor ihm hatte schon Breinl Vorlesungen über Rassenhygiene (Eugenik) gehalten.

Pharmakologie

Hofmeister, Franz (o): Prag — Straßburg.

Czapek, Friedrich: Wien — Prag — Leipzig.

Pohl, Julius (o): Prag — Breslau.

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

Starkenstein, Emil (o): Prag.

Langecker, Hedwig: Prag — Berlin.

Kuschinsky, Gustav (o): Kiel — Berlin.

Shanghai — Berlin — Graz — Prag — Mainz.

Junkmann, Karl: Prag — Berlin.

„Die Lehre von der Arzneimittelwirkung bildete seit jeher einen Gegenstand des medizinischen Unterrichtes. Da aber die rein klinische Berufstätigkeit allein schon die Tätigkeit des Ordinarius jenes Fachs in Anspruch nahm, so wurde die Pharmakodynamik und die materia medica — Namen, die der heutigen Pharmakologie entsprechen — meist einem Extraordinarius der inneren Medizin, dem Polikliniker oder sonst einem Vertreter eines theoretischen Zweiges der Medizin anvertraut, besser gesagt, angehängt“ (Julius Pohl). Mit dem Aufschwung der Physiologie und pathologischen Anatomie, mit der Einführung des Tierexperimentes als Forschungs- und Lehrmethode beginnt die moderne Pharmakologie. Im Jahre 1885 erfolgte an der Prager Universität die Begründung eines eigenen pharmakologischen Institutes. Wie Julius Pohl (in der Festschrift „Die Deutsche Karl-Ferdinands-Universität in Prag“, Prag 1899) schreibt, mußte, als an die Prager Fakultät die Aufgabe herantrat, die altgewordene, in Deutschland unterdessen völlig umgestaltete Pharmakologie entsprechend zu verjüngen, die Wahl einen Mann treffen, der physiologisches Denken mit Beherrschen der chemischen Methodik verband: Franz Hofmeister.

Franz Hofmeister (geb. 30. 8. 1850 in Prag, gest. 26. 7. 1922 in Würzburg) studierte an den Universitäten

Prag (hier bei E. Hering sen. und Ernst Mach), Leipzig und Straßburg. 1874 promovierte er zum Dr. med. an der Prager Universität und wurde anschließend Assistent bei K. H. Huppert. Er habilitierte sich 1879 für angewandte Chemie und 1881 für Pharmakologie. 1883 wurde er ao. und 1885 o. Professor. Gleichzeitig übernahm er das Pharmakologische Institut. 1887 mußte er auch die in einem anderen Institut untergebrachte Lehrkanzel für Pharmakognosie übernehmen. Als Nachfolger Hoppe-Seylers folgte er 1896 einem Rufe an die Straßburger Universität. Als diese nach dem Ersten Weltkriege als deutsche aufhörte, ging er 1909 als Ordinarius für Pharmakologie nach Würzburg. Der „hervorragende physiologische Chemiker“ (Diepgen) Hofmeister bezog seine Untersuchungen auf die verschiedensten Gebiete der physiologischen Chemie, wobei er frühzeitig eine physikalisch-chemische Betrachtungsweise anwandte. Besonders der Kolloidchemie wandte er sein Augenmerk zu, wo er als erster den Einfluß der verschiedensten Elektrolyte auf Kolloidprozesse nachwies. Als erstem gelang ihm die Herstellung eines kristallisierten Albumins. Auch mit den Problemen der Fermentwirkung, des intermediären Stoffwechsels und der Lebensmittelchemie befaßte er sich eingehend. Ein Leitfaden für den praktischen chemischen Unterricht der Mediziner (1899) entstammte seiner Feder, ferner Monographien über die Chemische Organisation der Zelle (1901) und den Bau und die Gruppierung der Eiweißkörper (1902) u. v. a.

Friedrich Czapek (geb. 16. 5. 1868 in Prag, gest. 31. 7. 1921 in Leipzig) studierte in Prag Medizin (hier promovierte er zum Dr. med.), in Leipzig, Prag und Wien Botanik. In Prag war er Assistent bei Hofmeister. In Wien promovierte er zum Dr. phil. Er war dort Assistent am pflanzenphysiologischen Institut von Julius Wiesner. Er habilitierte sich 1895 in Wien, wurde 1896 ao. Professor an der Deutschen Technik in Prag, 1906 folgte er einem Rufe an die Universität in Czernowitz, 1909 kam er als Nachfolger von Prof. Molisch nach Prag, um die Lehrkanzel für Pflanzenphysiologie zu übernehmen. 1914 meldete er sich freiwillig zum Eintritt in die Armee, um als Arzt den leidenden Opfern des Krieges beizustehen. Er errang sich als Armeehygieniker große Verdienste. Er überstand zwar eine Erkrankung an Flecktyphus, doch hatte er an den Nachwirkungen zeitlebens zu leiden. Diese waren die Ursache seines frühen Todes. 1921 ging er als Ordinarius für Botanik und Direktor des botanischen Institutes an die Universität Leipzig. Doch nur wenige Monate konnte er hier tätig sein, da er für immer abberufen wurde.

Julius Pohl (geb. 1. 11. 1861 in Prag, gest. in Wandsbek bei Hamburg) promovierte 1884 an der Deutschen Universität in Prag. Er war Assistent von Hofmeister, 1892 habilitierte er sich für experimentelle Pharmakologie, wurde 1895 ao. und 1897 o. Professor sowie Vorstand des Pharmakologischen Institutes. 1911 folgte er einem Rufe als Nachfolger Filehnes an die Universität Breslau. 1928 trat er in den Ruhestand. Von seinen Publikationen seien genannt die Arbeiten über den Purinstoffwechsel und Purinhaushalt sowie Säurevergiftung. Im „Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden“ erschien 1922 der Aufsatz „Das Arbeiten mit Organeisweiß“, im „Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten“ 1928 das Kapitel „Jod und Jod-



Bei Prophylaxe und Therapie der Altersanämie

Jectofer[®]

Intramuskulär injizierbares Eisenpräparat

**SCHNELLER EISENERSATZ
SCHNELLE RESORPTION**

PHARMA-STERN GMBH 2 Wedel (Holstein) Industriestrasse 25



Tochtergesellschaft
der AB ASTRA Schweden

alkalien“ und (gemeinsam mit E. Starkenstein und E. Rost) die „Toxikologie“ (1929).

Friedrich Wilhelm Wiechowski (geb. 6. 5. 1873 in Prag, gest. 20. 12. 1928 in Baden bei Wien) promovierte 1898 an der Deutschen Universität in Prag. Er habilitierte sich 1906 für Pharmakologie und 1908 zusätzlich für Pharmakognosie. 1909 wurde er ao. Professor. 1910 kam er als Assistent zu Hans Horst Meyer, dem anerkannten experimentellen Pharmakologen in Wien. 1911 folgte er dem Rufe an die Deutsche Universität als Ordinarius und Vorstand des Pharmakologisch-pharmakognostischen Institutes, auf dessen Neubau er maßgeblichen Einfluß nahm. Seine und seiner Schüler Arbeiten bewelsen den weiten Blick dieses „genialen Forschers“ (Starkenstein). Nur wenige Gebiete gibt es, zu denen Wiechowski in seinem Institute nicht fördernde Beiträge brachte. Purinstoffwechsel und Purin-haushalt, Adsorptionstherapie und Tierkohle, Mineralstoffwechsel und Mineralhaushalt, Herzpharmakologie und Digitalis, Analeptica und Kampfer, ätherische Öle und Olea medicata seien hier genannt. Ein Teil seiner Forschung galt der Rationalisierung der Arzneiverordnung. Durch den Nachweis, daß sich die anthropoiden Affen im Gegensatz zu den niederen genauso verhalten wie der Mensch, gab er die Grundlage für die biochemische Erforschung der Deszendenzlehre.

Emil Starkenstein (geb. 18. 12. 1884 in Ronsberg im Böhmerwald, gestorben 1944 — oder 1945 — in der Kleinen Festung Theresienstadt bei Leitmeritz) promovierte 1909 an der Deutschen Universität in Prag. Er war Assistent bei Pohl und Wiechowski. 1913 habilitierte er sich für Pharmakologie und Pharmakognosie, 1920 wurde er ao. Professor und 1929 Ordinarius und Vorstand des Pharmakologisch-pharmakognostischen Institutes der Deutschen Universität. Er befaßte sich mit dem Studium der anorganischen Stoffe (Eisen, Kalzium, Magnesium), der kombinierten Arzneiwirkung, besonders auf dem Gebiete der Schmerzstillung (Veramon), und der Seekrankheit (Vasano), der Pharmakologie der Entzündung (Atophan). Eine Vorlesung befaßte sich mit „Handschriften und Inkunabeln als Zeugen der geschichtlichen Entwicklung von Medizin, Pharmazie und Naturwissenschaften“. Das Ende dieses

vielseitigen und die Wissenschaft befruchtenden Forschers war besonders tragisch. Nach der am 15. März 1939 erfolgten Besetzung von Prag durch die deutschen Truppen fuhr Starkenstein mit der Bahn legal nach Holland, um dort weiter wissenschaftlich zu arbeiten. Dort wurde er, ungefähr ein Jahr später, nach dem Einmarsch der Deutschen von der Gestapo verhaftet und in die Kleine Festung Theresienstadt gebracht. Hier starb er.

Hedwig Langecker (geb. 19. 1. 1894 in Schluckenau, Nordböhmen) promovierte an der Deutschen Universität in Prag 1922 zum Dr. med. und 1923 zum Dr. rer. natur. Sie habilitierte sich 1926 für experimentelle Pharmakologie und 1930 für Pharmakognosie. 1934 wurde sie ao. Professor für beide Fächer. (Diese Daten sind dem Vorlesungsverzeichnis bzw. Personalstand der Deutschen Universität in Prag entnommen.) Weitere Daten wurden — ein Einzelfall — nicht zur Verfügung gestellt. Sie ging nach 1945 nach Berlin.

Gustav Kuschinsky (geb. 10. 1. 1904 in Berlin) habilitierte sich in Berlin 1933 für Pharmakologie. Als Professor war er von 1933 bis 1936 an der Tung-Chi-Universität in Shanghai tätig. 1939 folgte er einem Rufe als Ordinarius und Direktor des Pharmakologischen Institutes an der Deutschen Universität in Prag. Durch die politischen Ereignisse endete hier 1945 seine Tätigkeit. 1946 ging er als Ordinarius an die Universität in Mainz. Er verfaßte u. a. ein „Taschenbuch der modernen Arzneibehandlung“ (3. Aufl. 1963), und ein „Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie“ (mit H. Lüllmann), 1964.

Karl Junkmann (geb. 27. 5. 1897 in Leitmeritz in Böhmen) promovierte 1923 an der Deutschen Universität in Prag zum Dr. med. Am Pharmakologischen Institut war er als Schüler von Wiechowski tätig. Er wurde Leiter der Forschungslaboratorien der Chemisch-pharmazeutischen Fabrik Schering AG in Berlin. Aus den vielen wissenschaftlichen Arbeiten seien nur angeführt: thyreotropes Hormon und verwandte Hormone, Studien über die Ausscheidung von Nierenkontrastmitteln. In Berlin ist Junkmann Honorarprofessor der Freien Universität. (Fortsetzung folgt)

AUS DER BUNDESPOLITIK

Zur Reform des Umsatzsteuerrechts

Von Dr. H. Banholzer, Bonn

Das vom Gesetzgeber verabschiedete Nettoumsatzsteuergesetz (Mehrwertsteuer), das am 1. 1. 1968 in Kraft tritt, löst die zur Zeit noch geltende Bruttoallphasenumsatzsteuer ab. Die Kritik an diesem Steuersystem ist so alt, wie diese Umsatzsteuer selbst — ihre Intensität hing jeweils von dem Ausmaß der Belastung ab, die dieses Steuersystem mit sich brachte. Seit im Jahre 1951 der Umsatzsteuersatz von 3 auf 4 v. H. angehoben worden war, verstärkte sich die Kritik an der Bruttoumsatzsteuer immer mehr. Ihr wurde mit Recht vorgeworfen, nicht wettbewerbsneutral zu sein, da sie eine Ware um so mehr mit Umsatzsteuer belastet, je mehr Unternehmen bei der Herstellung und dem Vertrieb eingeschaltet werden. Umgekehrt ist die gleiche Ware geringer mit Umsatzsteuer belastet, wenn sie in einem vertikal gegliederten, einheitlichen Unternehmen hergestellt oder

vertrieben wird. Gegen diesen Konzentrationsvorteil hat sich insbesondere die kleine und mittlere Wirtschaft gewandt.

Auch im internationalen Wettbewerb erwies sich das derzeitige System als nachteilig. Da die genaue Belastung einer Ware mit Umsatzsteuer ohne Kenntnis ihres Produktionsweges nicht festgestellt werden kann, ist im grenzüberschreitenden Warenverkehr nach dem bisherigen Steuersystem ein exakter Ausgleich nicht möglich. Tatsächlich kann unterstellt werden, daß die Entlastung inländischer Produkte von Umsatzsteuer bei der Ausfuhr die effektive Vorbelastung nicht deckt, und daß umgekehrt bei der Einfuhr die Umsatzausgleichsteuer nicht der tatsächlichen inländischen Vorbelastung vergleichbarer Waren entspricht.

Wirtschaft, Verwaltung und Wissenschaft arbeiteten daher Vorschläge aus, die zu zahlreichen Verbesserungen am geltenden Recht führten, ohne jedoch das System als solches zu ändern. Die Nachteile des geltenden Systems konnten dadurch zwar gemildert, nicht jedoch beseitigt werden. Deshalb legte der Bundesminister der Finanzen im Jahre 1960 eine Studie zu einer Mehrwertsteuer mit Vorsteuerabzug vor, der später Initiativgesetzentwürfe von Abgeordneten der CDU/CSU-Fraktion und der SPD-Fraktion sowie auch ein Gesetzentwurf der Bundesregierung folgten. Dieser Regierungsentwurf war die Hauptgrundlage für die Beratungen der Bundestagsausschüsse in der 4. Wahlperiode; er wurde jedoch nicht mehr abschließend beraten.

Zu Beginn der 5. Wahlperiode wurde die Umsatzsteuerreform erneut erörtert. Als Ergebnis der steuerpolitischen Diskussionen brachten die Fraktionen der CDU/CSU und der FDP die ehemalige Regierungsvorlage unverändert als Initiativgesetzentwurf ein. Unmittelbar nach der Überweisung an die Ausschüsse nahm insbesondere der federführende Finanzausschuß die Beratungen hierzu auf.

Grundzüge der Mehrwertsteuer

Die Mehrwertsteuer ist eine nur beim Verkauf an den Letztverbraucher sich realisierende Verbrauchssteuer; wenn eine Ware verdirbt oder nicht abgesetzt werden kann, erhält der Fliskus, anders als nach dem noch geltenden System, keine Umsatzsteuer. Die Mehrwertsteuer hätte als Einzelhandelssteuer gestaltet werden können, jedoch hat sich der Gesetzgeber aus wirtschaftlichen, fiskalischen, steuertechnischen und nicht zuletzt psychologischen Gründen für eine Fraktionierung der Steuerzahlung auf allen Wirtschaftsstufen entschieden, da er diese für vorteilhafter hält. Eine entscheidende Abweichung vom Bruttoumsatzsteuersystem liegt darin, daß die Mehrwertsteuer nicht in die Kosten des Unternehmens eingeht, sondern bei den Unternehmen als durchlaufender Posten geführt wird. Dadurch ist sie völlig wettbewerbsneutral. Für die Umsatzsteuerbelastung einer Ware ist es unbedeutend, ob sie in einem ein- oder mehrstufigen Unternehmen hergestellt worden ist und wieviel Wirtschaftsstufen sie durchlaufen hat. Dieser Effekt wird dadurch erreicht, daß das Unternehmen die Mehrwertsteuer, die ihm von seinem Lieferanten in Rechnung gestellt wird, von seiner eigenen Steuerschuld sofort — auch wenn er diese Lieferantenrechnung noch nicht bezahlt hat — absetzen kann. Die dem Unternehmen in Rechnung gestellte Mehrwertsteuer ist also praktisch eine Forderung an das Finanzamt. Die Differenz zu der eigenen Steuerschuld muß das Unternehmen an das Finanzamt abführen (Zahllast), auch wenn es die von ihm geschuldete Steuer von seinem Abnehmer erst nach Ablauf einer Zahlungsfrist erstattet erhält. Insoweit wird das Unternehmen zur Vorfinanzierung verpflichtet; dieser Nachteil wird jedoch dadurch ausgeglichen, daß das

Unternehmen die ihm in Rechnung gestellte Steuer bereits absetzen kann, bevor er sie bezahlt hat.

Besondere Regelungen

Unternehmen mit einem Umsatz bis 60 000 DM

Im allgemeinen beträgt der Steuersatz für jeden steuerpflichtigen Umsatz 10 v. H.*) der Bemessungsgrundlage. Um einer etwaigen Benachteiligung kleiner und mittlerer Unternehmen durch das Mehrwertsteuergesetz Rechnung zu tragen, ist vorgesehen, Unternehmen, deren Gesamtumsatz 60 000 DM im Jahr nicht übersteigt, die Möglichkeit zu geben, nach dem bisherigen Bruttoumsatzsteuersystem abzurechnen, d. h., daß diese Unternehmen ihre vereinnahmten Entgelte wie bisher mit 4 v. H. versteuern, ohne damit allerdings die Möglichkeit zu haben, die in Rechnung gestellten Vorsteuern abzusetzen. Ihnen wurde weiter wie bisher ein Freibetrag von 12 000 DM gewährt, der von einem Gesamtumsatz in Höhe von 40 000 DM ab um drei Fünftel gekürzt wird.

Ein Unternehmen, das sich für die Besteuerung nach dem Nettoumsatzsteuergesetz entscheidet — ein Antrag ist hierfür nicht erforderlich —, ist jedoch an seine Erklärung gegenüber dem Finanzamt mindestens für fünf Kalenderjahre gebunden. Diese zeitliche Festlegung hielt der Gesetzgeber deshalb für notwendig, um mögliche Mißbräuche beim Vorsteuerabzug zu vermeiden.

Eine andere Meinung vertrat allerdings der Bundesrat bei der abschließenden Beratung des Gesetzes. Er schlug vor, aufgrund einer im Gesetz enthaltenen Ermächtigung diesen Steuerpflichtigen schon nach Ablauf des Jahres 1969 die Möglichkeit zu geben, eine erneute Erklärung abzugeben, d. h. sich für das eine (Bruttoumsatzsteuer) oder das andere System (Mehrwertsteuer) zu entscheiden.

Diese Entscheidung ist insbesondere für Steuerpflichtige, die vorwiegend Dienstleistungen vollbringen, von Bedeutung. Je höher nämlich die Vorbezüge und damit die in Rechnung gestellten Vorsteuern sind, die im Rahmen des bisherigen Systems in die Preise eingehen, um so steuerlich lohnender wird es sein, das neue System zu wählen. Dies gilt für Steuerpflichtige, deren Kunden im wesentlichen Unternehmen sind.

Das Bundesministerium der Finanzen rechnet damit, daß von etwa 635 000 Unternehmen mit einem unter 60 000 DM liegenden Jahresumsatz sich etwa 50 v. H. für die Mehrwertsteuer entscheiden werden.

Befreiungen

Im System der Mehrwertsteuer wirkt eine Steuerbefreiung nur dann, wenn sie für die Lieferung bzw. Leistung

*) Bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses war noch keine endgültige Entscheidung über die in politischen Kreisen der Bundeshauptstadt ernsthaft angestellten Überlegungen gefallen, die Mehrwertsteuer am 1. 1. 1968 entgegen den bisher bekannt gewordenen Beratungen doch mit dem vorstehend genannten Satz von 10 v. H. und dem ermäßigten Satz von 5 v. H. einzuführen, diese Sätze aber ab 1. 7. 1968 auf 11 v. H. und 5,5 v. H. heraufzusetzen.

LANG'S PFLASTERBINDEN

porös – luftdurchlässig
elastisch und hochelastisch (extra)

Nichtklebend an Haut und Haaren
Schmerzfremde Abnahme
Hautschonend
Bademöglichkeit mit ang. Verband
Mehrere Male nachzuwickeln

LANG & Co. KG · MÜNCHEN 45

an den Endverbreucher — Private, öffentliche Hand, steuerbefreite Unternehmen — ausgesprochen wird. Steuerbefreiungen auf vorgelagerten Wirtschaftsstufen werden in der Unternehmenskette auf der jeweils folgenden Stufe wieder aufgehoben (Nachholwirkung). Im Falle einer Steuerbefreiung des Letztumsetzes gehen die Vorsteuern, da sie nicht abzugsfähig sind, in die Preise ein, d. h., daß eine befreite Lieferung oder Leistung nicht um den vollen Mehrwertsteuersatz entlastet wird. Steuerbefreiungen in der Unternehmenskette würden sich sogar nachteilig auswirken, da die nicht absetzbaren Vorsteuern in die Kosten des steuerbefreiten Unternehmens eingehen müßten und damit Grundlage der in der nächsten Stufe nachgeholten Umsatzsteuer wären, was wiederum eine Umsatzsteuernkumulation bedeuten würde. Der Befreiungskatalog des § 4 erfaßt daher nur Tatbestände, bei denen eine Befreiung aus systematischen Gründen notwendig ist, z. B. bei der Ausfuhr von Waren oder wenn auf einer Leistung statt der Umsatzsteuer eine Ersatzsteuer liegt, oder auf Tatbestände, die aus sozialen Gründen begünstigt werden sollen und bei denen die Befreiung nicht zu Wettbewerbsbeschränkungen führt.

Mit Rücksicht darauf, daß ein großer Teil der Leistungen der Heilberufe von den Sozialversicherungsträgern — die weiterhin umsatzsteuerfrei sein sollen — bezeugt werden muß, wurden die Umsätze dieser freien Berufe von der Mehrwertsteuerpflicht freigestellt. Damit werden nach Inkrafttreten des Gesetzes erstmalig alle Umsätze aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Krankengymnast, Hebamme oder aus einer ähnlichen Tätigkeit im Sinne des § 18 Abs. 1 Ziff. 1 des Einkommensteuergesetzes steuerfrei. Neben der Befreiung der zahnärztlichen Leistungen werden auch die Lieferung oder Wiederherstellung von Einzelkronen, Brücken, herausnehmbarem Zahnersatz sowie von kieferorthopädischen Apparaten von der Mehrwertsteuer befreit, allerdings nur dann, wenn sie nicht in praxiseigenen Laboratorien durch angestellte Zahntechniker hergestellt werden. Steuerfrei sind außerdem die Lieferungen von Blutkonserven zwischen Blutsammelstellen, Krankenanstalten, Blutsammelstellen und Krankenanstalten oder Ärzten sowie die Lieferung von Frauenmilch. Blutsammelstellen sind Einrichtungen, in denen unter ärztlicher Aufsicht für die Krankenpflege Blutkonserven hergestellt, gesammelt oder bereitgehalten werden (z. B. Blutspendedienste, Blutbanken, Blutzentralen).

Auch die Umsätze der gesetzlichen Träger der Sozialversicherung der örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe fallen unter diese Befreiungsvorschrift. Das gilt ebenfalls für Verwaltungsbehörden und sonstige Stellen der Kriegsopferversorgung einschließlich der Träger der Kriegsopferfürsorge, und zwar untereinander, für Leistungen bzw. Umsätze an Versicherte, Empfänger von Sozialhilfe oder an Versorgungsberechtigte. Das gilt allerdings nicht für die Lieferungen von Brillen und Brillentellen sowie von Körperersatzstücken, orthopädischen Apparaten und anderen orthopädischen Vorrichtungen. Die mit dem Betrieb der Krankenanstalten und Altersheime üblicherweise verbundenen Umsätze werden ebenfalls befreit, wenn diese Anstalten von juristischen Personen des öffentlichen Rechts oder von solchen privatrechtlichen Gesellschaften betrieben werden, deren Anteile nur juristischen Personen des öffentlichen Rechts gehören und deren Erträge nur diesen juristischen Personen zufließen oder in besonderem Maße der minderbemittelten Bevölkerung dienen.

Ermäßigte Steuersätze

Eine Reihe von Lieferungen und Leistungen werden nach dem Mehrwertsteuergesetz mit 5 v. H. besteuert. Dieser halbierte Steuersatz hat den Zweck, nicht zu verantwortende Preiserhöhungen bzw. — falls der Abnehmer erhöhte Preise nicht akzeptiert — eine nicht vertretbare Gewinnminderung der Unternehmen zu vermeiden. Dies gilt für die Umsätze der freien Berufe — die Heilberufe ausgenommen — sowie die der freiberuflichen Tätigkeit entsprechenden Leistungen (z. B. Steuerberatungs- und Wirtschaftsprüfungsgesellschaften). Dieser Steuersatz betrifft auch die Lieferung, den Eigenverbrauch und die Einfuhr von Fahrstühlen und ähnlichen Fahrzeugen für Kranke oder Körperbehinderte, von Körperersatzstücken, orthopädischen Apparaten und anderen orthopädischen Vorrichtungen. Mit 5 v. H. werden auch die mit dem Betrieb der Schwimmbäder verbundenen Umsätze sowie die Verabreichung von Heilbädern besteuert.

Vereinfachungsmöglichkeiten

Wie bereits erwähnt, entsteht die Steuerschuld im neuen System grundsätzlich bei Ausführung des Umsatzes (Soll-Besteuerung), während im geltenden Umsatzsteuerrecht der Grundsatz der Ist-Besteuerung gilt. Da es jedoch Bereiche gibt, in denen die vollkommene Soll-Besteuerung nicht durchgeführt werden kann, wie z. B.



Die Diät

ist die Grundlage jeder Diabetes-Therapie

Eine Diät, die trotz Beschränkung der Kohlenhydrate und Fette abwechslungsreich wie eine Normalkost ist, ist möglich dank Diabetiker-Zucker **SIONON**® Zuckersüß

SIONON „zuckersüß“ ist ein Idealer Zuckereustausch für Diabetiker:

- keine Anrechnung auf BE
- wird vom Organismus insulin-uneabhängig verwertet
- langsame Resorption aus dem Darm, langsame Umwandlung in der Leber zu Fruchtzucker („Depot-Fruktzucker“)
- hervorragender Glykogenbildner, selbst bei gestörter Leberfunktion
- in der Küche wie normaler Haushaltszucker zu verarbeiten
- SIONON „zuckersüß“ regt den Gallenfluß an, unterstützt die Leberfunktion und aktiviert den Leberstoffwechsel. Es ist daher gleichzeitig ein wertvolles Diätetikum mit Leberschutzeffekt bei Leber- und Gallenleiden.

Seit über 35 Jahren als Diabetikerzucker bewährt.

DRUGOFA GMBH, 5 KÖLN-MOLHEIM 1, POSTFACH 180



gegen das Altern

K.H.3

GERIATRICUM-SCHWARZHAUPT

Orale Procain-Therapie durch sinnvolle Katalysator-Haematoporphyrin-Kombination

bei allgemeiner Erschöpfung und chronischer Müdigkeit, Altersbeschwerden, Konzentrations- und Gedächtnisschwäche, Altersdemenz, Arteriosklerose, Arthritis 1mal täglich 1 Kapsel K.H.3. Angenehm für den regelmäßigen Gebrauch, hervorragend verträglich, ohne Nebenwirkungen, keine Gewöhnung.

30-Tage-Packung
10.05 DM

150-Tage-Packung
42.15 DM

Nicht allgemein
kassenüblich

Bestellschein

Schrifttum und kastenloses Versuchsmuster K.H.3 erbeten

(Persönliche Unterschrift und Stempel des Arztes)

BX

SCHWARZHAUPT · KÖLN

bei freien Berufen oder bei auf Provisionsbasis tätigen Steuerpflichtigen, enthält das Gesetz eine Bestimmung, daß Unternehmen, deren Gesamtumsatz 250 000 DM nicht übersteigt, wie freie Berufe, bei denen die Steuerschuld erst mit Vereinnahmung des Entgelts entsteht, die ihnen in Rechnung gestellte Vorsteuer sofort nach dem Sollprinzip absetzen können.

Schlußbemerkung

In dieser kurzgefaßten Darstellung werden die wesentlichen Schwerpunkte der Umsatzsteuerreform unter Berücksichtigung der Vorschriften, die für die Hellberufe und ähnliche Berufe von besonderer Bedeutung sind, hervorgehoben.

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, daß die Umstellung auf das neue Steuersystem für viele Steuerpflichtige u. U. mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist. Dennoch kann auch die Bundesrepublik als moderner Industriestaat auf eine wettbewerbsneutrale Umsatzbesteuerung nicht verzichten, wenn wirtschafts- und strukturpolitisch schwerwiegende Verzerrungen vermieden werden sollen. Auch das Bundesverfassungsgericht hatte bereits vor einiger Zeit zu erkennen gegeben, daß eine Ablösung des geltenden Umsatzsteuersystems „in absehbarer Zeit“ erforderlich ist. Ein weiterer Grund für die Einführung der Mehrwertsteuer ist die Erste EWG-Richtlinie, nach der in allen EWG-Staaten bis zum 1. 1. 1970 das Mehrwertsteuersystem eingeführt und die Angleichung der Umsatzbesteuerung im Sinne eines einheit-

lichen Mehrwertsteuersystems vorgenommen werden soll. Außerdem bildet die ruhige Konjunkturlage gerade jetzt die Chance, den Übergang ohne größere Preiserhöhungen und ohne besondere Maßnahmen zur Konjunkturdämpfung vorzunehmen.

Zur Entlastung der Unternehmen sollte die Bundesregierung jedoch die nach dem Gesetz vorgesehenen Durchführungsbestimmungen so bald wie möglich bekanntgeben, damit die Steuerpflichtigen frühzeitig sich auf die Umstellung vorbereiten können. Da die Mehrwertsteuer zu einer vielfach erheblichen Mehrarbeit führt, müssen alle Möglichkeiten der Verminderung der Verwaltungsarbeit ausgeschöpft werden. Eine weitgehende Anwendung von Pauschsätzen und eine möglichst nur globale Aufzeichnungspflicht würden die Umstellung nicht nur technisch erleichtern, sondern auch psychologische, sachlich vielfach unbegründete Widerstände leichter überwinden. Es sollten daher nur Rahmenbestimmungen über ordnungsmäßige Mindestaufzeichnungen festgelegt und ihre technische Durchführung in möglichst großem Umfange den Unternehmen überlassen werden. Darüber hinaus sollten großzügige Billigkeitsregelungen für diejenigen Fälle getroffen werden, in denen Steuerpflichtige aus technischen Gründen Fehler bei den Erklärungen und Berechnungen zur Mehrwertsteuer einschließlich der für die Mehrwertsteuer notwendigen Buchführung machen.

Anschr. d. Verf.: Dr. H. Banholzer, „Bonner Informationsdienst“, 5300 Bonn, Wolkenburgstraße 1

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Medizinische Fragen auf dem 5. Weltkongreß für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten in Zagreb

Vom 2. bis 9. Juli 1967 hat in Zagreb der 5. Weltkongreß für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten stattgefunden. Der Kongreß war von dem jugoslawischen Bundessekretariat für Arbeit gemeinsam mit der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit und dem Internationalen Arbeitsamt in Genf veranstaltet worden. In zwei der auf der Tagung vorgetragenen Berichte waren auch medizinische Probleme angesprochen worden.

Felix M. Rivero Plaz von der Sozialversicherungsanstalt in Venezuela berichtete über medizinische Aspekte bei der Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten infolge der Modernisierung der Landwirtschaft. Zu den herkömmlichen Gefährdungen des in der Landwirtschaft tätigen Menschen aus seiner unmittelbaren Umwelt (Umgang mit Tieren und tierischen Stoffen, mit dem Boden, Wasser und Luft) sind durch die modernen Methoden der Bodenbearbeitung neue zusätzliche Gefahrenquellen getreten. So durch die Maschinen, wie Traktoren und Ackerschlepper, aber auch durch die Verwendung chemischer Substanzen, wie Kunstdünger und Schädlingsbekämpfungsmittel. Abgesehen von den Unfällen im Zusammenhang mit der Maschinenverwendung stehen bei den Schleppern die durch die Schwingungen und Erschütterungen verursachten degenerativen Rückgratschädigungen im Vordergrund. Die Folgen sind Genickstarre, Armneuralgien, BARRÉ-LIÉAUsches Syndrom mit oder ohne Ischias, Lumbago, Ischias allein oder mit komplizier-

der Zervikalgie je nach dem Sitz des Körperschadens sowie Schädigungen des oberen, mittleren oder unteren Rückgrates. Die heute in der Landwirtschaft verwendeten wachstumsfördernden- und Pflanzenschutzmittel sind für den menschlichen Organismus mehr oder weniger starke Noxen. Am harmlosesten ist noch der Kunstdünger, der nur gelegentlich allergische Reaktionen verursacht. Dagegen sind alle Insektizide zu einem großen Teil mehr oder weniger stark giftige Substanzen, die auf fast alle Teile des menschlichen Organismus einwirken. In der Regel kumuliert sich auch die Wirkung der einzelnen Stoffe. Es ist deshalb als besonders wichtig bezeichnet worden, die Giftstoffe, mit denen in der Landwirtschaft gearbeitet wird, frühzeitig zu erkennen und die Arbeitskräfte, die damit in Berührung kommen, ständig ärztlich zu überwachen, damit beim Auftreten von Symptomen der Betroffene sofort aus dem Gefahrenbereich entfernt und einer wirksamen ärztlichen Behandlung zugeführt werden kann. Für alle landwirtschaftlichen Arbeitskräfte, die mit derartigen giftigen Stoffen arbeiten müssen, ist eine ärztliche Überwachung vorgeschlagen worden, und zwar eine Untersuchung vor der Arbeitsaufnahme und später regelmäßige Nachuntersuchungen. Die Erstuntersuchung soll zunächst der körperlichen Beurteilung durch klinische Untersuchung und Laborprüfungen dienen. Dabei sollen Personen mit solchen Mängeln ausgeschieden werden, die bereits einmal bei Einwirkung giftiger Stoffe pathologische Wirkungen ge-

zeigt hatten. Die regelmäßigen Nachuntersuchungen sollten in Kliniken und Krankenanstalten auf dem Land vorgenommen werden. Falls eine Erstuntersuchung nicht stattgefunden hat, dann müßte die Frühdiagnose giftiger Einwirkungen durch Ermittlung von Zeichen und Symptomen gesichert werden, die im Frühstadium auftreten.

Auch in der Landwirtschaft ist es durch die modernen Methoden zur Ausbildung einer spezifischen Berufspathologie gekommen. Infolgedessen ist die Heranbildung landwirtschaftlicher Arbeitsärzte befürwortet worden.

Dr. Jaro Krivohlavy vom Institut für Arbeitsforschung in Prag berichtete über die Veränderungen der Aspekte des Arbeitsschutzes durch die Automation. Die Definition der Automation, die die Übernahme der Steuertätigkeit durch technische Einrichtungen betont, hatte zu der Folgerung geführt: Weniger Unfälle und weniger Berufskrankheiten. Das wurde auch 1957 in dem Bericht des Generaldirektors des Internationalen Arbeitsamtes in Genf, David A. Morse, hervorgehoben. Er sagte damals, daß die Automation die Arbeitsbedingungen so gestalten kann, daß sie weniger gefährlich und gesünder sein könnte. Der Mensch sei nicht mehr in direktem Kontakt mit der Maschine und sei nicht mehr den toxischen Einwirkungen, dem Staub, Strahlungen und anderen Noxen ausgesetzt. Diese optimistische Auffassung ist durch die Entwicklung in den teil- und vollautomatisierten Betrieben bis zu einem gewissen Grad bestätigt worden. Aber nur, was die Arbeitsunfälle anbetrifft. Das ist zu einem Teil eine Folge davon, daß der Arbeitskräftebesatz, mit anderen Worten die Belegschaft, durch die Automation geringer geworden ist; zu einem sehr erheblichen Teil aber davon, daß die Arbeitnehmer in den automatisierten Betrieben weitgehend aus der eigentlichen Produktion herausgenommen und damit vom Risiko entfernt worden sind. Zugleich hat sich aber herausgestellt, daß infolge der Automatisierung für die Arbeitnehmer völlig neue Situationen mit vorwiegend psychischen Belastungen entstanden sind. Bei der Automation steigt die Verantwortung des einzelnen bis zu einer beinahe unerträglichen Grenze. Die Anforderungen an die unentwegte Aufmerksamkeit werden außerordentlich hoch. Weitere Begleiterscheinungen sind: Soziale Vereinsamung. Der Mensch, der im Grunde ein gesellschaftliches Wesen ist, muß alleine arbeiten. Ferner die Monotonie, der Mangel an Änderungen stimulierender Situationen bei der Arbeit, der Mangel an Tätigkeitsmöglichkeiten, Arbeit nach vorgegebenem Tempo, Überlastung durch Informationen usw. Infolge dieser und ähnlicher Bedingungen kann es rasch zum Versagen, zu einem „Streß“ kommen, mit den dadurch bedingten Beschwerden speziell nervösen und psychischen (mental)en Charakters. Immer häufiger treffen

die Ärzte in den teil- und vollautomatisierten Betrieben auf Depressionen, Angstzustände, Müdigkeitserscheinungen, Gleichgewichtsstörungen u. a. an. Dadurch bekommt das Panorama der beruflichen Erkrankungen ein völlig anderes Gesicht. Es ist natürlich, daß mit Rücksicht auf diese neuen Formen der Arbeitsbelastung immer offener über psychische Traumata oder psychische Berufserkrankungen gesprochen wird.

v. L-n.

Die 51. Weltarbeitskonferenz in Genf

Am 29. Juni 1967 ist in Genf die 51. Internationale Arbeitskonferenz im Palais der Nationen zu Ende gegangen. Als wichtigstes Thema stand die Neufassung eines Übereinkommens und einer Empfehlung über die Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenrenten auf dem Programm. Das neue Übereinkommen und die dazugehörige Empfehlung ersetzen die früheren Übereinkommen Nr. 35, 36, 37, 38, 39 und 40 über die Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenrenten in der gewerblichen und in der Landwirtschaft. Praktisch sind nun die früheren Übereinkommen und Empfehlungen in je einem einzigen internationalen Dokument zusammengefaßt und dem neuesten Stand der Entwicklung der sozialen Sicherheit angepaßt worden. Das kommt dadurch zum Ausdruck, daß ein Teil der früher als Mindestnormen festgelegten Leistungen entsprechend angehoben worden sind. Die in der Empfehlung angeregten Erweiterungen der Rentenversicherungssysteme sind zum Teil auch auf den Widerspruch der deutschen Regierungs- und Unternehmervertreter gestoßen. Die Empfehlung ist aber trotz einer Reihe von Einsprüchen, auch aus anderen Ländern, schließlich angenommen worden. Ein weiterer Punkt der Tagesordnung hatte sich mit der Einschränkung der körperlichen Belastung beim Lastentransport ohne technische Hilfsmittel befaßt. Hierzu ist ein internationales Übereinkommen und eine Empfehlung angenommen worden, die internationale Normen über die höchstzulässige Traglast je Arbeitnehmer festgelegt hat. Demnach soll künftig die höchstzulässige Traglast beim Handtransport von Lasten für einen männlichen erwachsenen Arbeitnehmer nicht mehr als 55 Kilogramm betragen dürfen. Für jugendliche und weibliche Arbeitnehmer soll die höchstzulässige Last jedoch bedeutend niedriger sein. Im übrigen sollen Jugendliche und Frauen künftig zum Handtransport von Lasten möglichst nicht mehr herangezogen werden. Auf jeden Fall soll keine Frau während einer ärztlich festgestellten Schwangerschaft und während der ersten zehn Wochen nach der Entbindung zum regelmäßigen Handtransport von Lasten herangezogen werden. Vor der Heranziehung von Arbeitskräften zum regelmäßigen Handtransport von Lasten soll, soweit dies möglich und zweckmäßig ist, eine ärztliche Untersuchung im Hinblick auf die Eignung zu einer derartigen Beschäftigung vorangehen. v. L-n.

Noricaven[®]

souveräner Effekt

„beim **Sulzbein**“

BIONORICA KG
NÜRNBERG

Die Prüfungsfragen für ausländische Ärzte in den USA

Bestehen des Examens ist Vorbedingung für die Ausübung von Praxis — Examen schon im Heimatland möglich

Der Ärztemangel, der in den Vereinigten Staaten besteht, findet seinen Ausdruck nicht zuletzt in der Besetzung der Krankenhausarztstellen. Ausländische Ärzte sind willkommen und gesucht.

Aber im Gegensatz zu früher müssen sie heute ein bestimmtes Arztexamen durchmachen, ehe sie als Krankenhausarzt tätig sein können. Vorbedingung für Ausübung ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus ist die Zulassungsbescheinigung vom „Educational Council for Foreign Medical Graduates“ (ECFMG). Sie wird nur nach Bestehen des Examens erteilt.

Examen für ausländische Ärzte ist nicht leicht

Dieses Examen ist keineswegs eine Formsache; es ist nicht leicht zu bestehen. Um als Arzt im Krankenhaus tätig sein zu können, muß der im Ausland approbierte Arzt das hiesige medizinische Examen zum mindesten mit der Bewertung 75 bestehen. Die bestmögliche Bewertung ist 100, es wird aber nicht damit gerechnet, daß sie erreicht wird. Sehr viele Ärzte bestehen das Examen mit der Bewertung 80.

Anfänglich erhielten Ärzte mit Prüfungsnoten zwischen 70 und 75 temporäre Zulassungsbescheinigungen, Zertifikate, und sie mußten das Examen nach einiger Zeit wiederholen. Diese erleichternde Bestimmung ist aber seit 1964 aufgehoben. 75 ist das Minimum. Bei dem Examen des Vorjahrs wurden 9848 Kandidaten geprüft. Von ihnen bestanden 4170 oder 42% das Examen mit der Bewertung 75 oder höher. Die anderen mußten das Examen nach einiger Zeit wiederholen und mindestens mit der Bewertung 75 bestehen.

Prüfungsfragen für Innere Medizin

Aus jeder Krankheitsgruppe, auf die sich das Examen bezieht, sind 5 charakteristische Fragen ausgewählt. Die Einzelgruppen enthalten aber vielfach bis zu 25 Fragen über die betreffende Krankheitsgruppe.

Zwischen Examensfragen in Deutschland und den USA besteht ein prinzipieller Unterschied. Im deutschen Examen wird eine Frage gestellt, der Prüfling muß ohne weitere Anleitung darauf antworten. Im amerikanischen Examen (das gilt auch für High Schools, Colleges, Universitäten) werden zur Frage 3—6 Antworten gegeben. Der Prüfling muß entscheiden, welche Antwort richtig ist.

Die Tests werden an einem Tag gegeben, sie sind schriftlich zu beantworten. Prüfungszeit ist von 9 bis 12 Uhr morgens und von 15—18 Uhr nachmittags. Bei

jeder der beiden Sitzungen sind 180 Fragen zu beantworten. Zur Beantwortung einer Frage steht im Durchschnitt 1 Minute Zeit zur Verfügung. Am gleichen Tag, zwischen 13.30 und 14.30 Uhr, haben die Prüflinge noch einige Krankengeschichten niederschreiben. Sie sollen zeigen, daß sie genügend Englisch können, um sich mit Patienten zu verständigen.

Prüfungsfragen über Schilddrüse

(Auswahl aus 25 Fragen)

1. Wenn bei Hyperthyreoidismus aurikuläre Fibrillation besteht, so wird sie am besten behandelt mit: A) Chinidin — B) Digitalis — C) Digitalis plus Chinidin — D) Pronestyl — E) Anti-Schilddrüsen-Präparate
2. Ein Patient mit vorgeschrittenem Hyperthyreoidismus und Herzschwäche sollte behandelt werden mit: A) Sofortiger J-131-Behandlung — B) Sofortiger Operation — C) Digitalis — D) Digitalis, Chinidin und J-131 — E) Propyl-Thiouracil, Digitalis und später mit J-131
3. Zur Behandlung von akuter Thyreoiditis wird gewählt: A) Antibiotika — B) Sofortige Operation — C) Aspirin, Eisbeutel, Ruhe, Kortison — D) Propyl-Thiouracil — E) Getrocknetes Schilddrüsen-Präparat
4. Bei Myxödem klagt der Patient über: A) Schwitzen — B) Herzklopfen — C) Empfindlichkeit gegen Kälte — D) Durchfälle — E) Intoleranz gegen Hitze
5. Maligner Exophthalmus besteht nur bei: A) Maligner Schilddrüse — B) Thyreotoxikose — C) Myxödem — D) Thyreoiditis — E) Bei jedem dieser vier Zustände

Pankreas

(Auswahl aus 22 Fragen)

1. In welchem Teil des Körpers wird das Hormon Sekretin gebildet: A) Magen — B) Kolon — C) Leber — D) Pankreas — E) Ileum und Jejunum
2. Zystofibrose des Pankreas oder Mucoviscidosis ist: A) Erbliche Erkrankung — B) Erzeugt durch Pankreatitis — C) Maligne Erkrankung — D) Erzeugt durch Infektion — E) Erzeugt durch Verschluß der Pankreas-Ausführungsgänge
3. Die wertvollsten Laboratorlumsteste für Diagnose der akuten Pankreatitis sind: A) Bilirubin — B) Alkalische Phosphatase — C) Amylase und Lipase — D) Urobilinogen — E) Pankreozymin
4. Pankreozymin ist ein Enzym von: A) Alphazellen des Pankreas — B) Betazellen des Pankreas — C)

Liquirit®
MAGENTABLETTEN

zur souveränen Therapie bei **Ulcus ventriculi und duodeni, akuter und chronischer Gastritis, Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden.**

Dr. Graf & Co. Nchf. - Hamburg - seit 1889

Dethyrona

Tabletten

senkt den erhöhten Cholesterinspiegel sicher und wirksam auf die Norm.

Dethyrona ist indiziert bei Hypercholesterinämie, Hypercholesterinämie in Verbindung mit Arteriasklerose und Karanarsklerose Hypothyreoidismus, Xanthamatase

Handelsformen:

Packungen zu 30 und 250 Tabletten

Sklerodormal[®]

Dragées

bei Ein- und Durchschlafstörungen
Ausreichender Schlafeffekt ohne haemodynamisch-cerebraler Dekompensation

Handelsformen:

Packungen zu 30 und 100 Dragées

Diribiotin[®]

Salbe

hilft bei sämtlichen auch chronischen Infekten und überall da, wo man es mit pathogenen Erregern in Kontakt bringen kann
Seine Wirkung ist leicht antibiotisch (gänzlich untaxisch) und immunotonisch

Handelsform: Tube zu 20 g

Nadrol-Chemie-Pharma · 45 Osnabrück

Hunyadi János

Ungarisches Bitterwasser aus heilkräftigen Quellen

HUNYADI JANOS, dieses natürliche Bitterwasser ist ein zuverlässiges, unschädliches Abführmittel, das mild und schmerzlos wirkt und nicht zur Gewöhnung führt. Hunyadi János ist angezeigt bei habitueller Obstipation, Darmkatarrh, Erkrankungen der Unterleibsorgane, bei Fettsucht, Zirkulationsstörungen und Arteriosklerose.

HUNYADI JANOS-BITTERWASSER verdankt seine spezielle Komplexwirkung der einmaligen natürlichen Zusammensetzung von Glauber- und Bittersalz, Natriumchlorid, Kalzium und Hydrocarbonat.

Ihre Patienten erhalten Hunyadi János Bitterwasser in allen Apotheken!



MEDIMPEX · POSTFACH 126 · BUDAPEST 5 · UNGARN

Indifferente Zellen des Pankreas — D) Schleimhaut des Dünndarms — E) Inselzellen des Pankreas

5. Glukagon ist ein Hormon, das hervorruft: A) Hyperglykämie — B) Hypoglykämie — C) Lipämie — D) Hypolipämie — E) Keines dieser vier Symptome

Lunge

(Auswahl aus 18 Fragen)

- Das Hyperventilations-Syndrom verursacht: A) Respiratorische Azidose — B) Retention von CO₂ — C) Respiratorische Alkalose — D) Kohlenmonoxyd-Vergiftung — E) Stokes-Adams-Syndrom
- Ein lange bestehendes Lungenemphysem ruft hervor: A) Hypertrophie des linken Ventrikels — B) Hohen Blutdruck — C) Cor pulmonalis — D) Versagen der linken Herzkammer — E) Respiratorische Alkalosis
- Ein Lungenabszeß ist: A) Chirurgische Erkrankung — B) Innere Erkrankung — C) Innere Erkrankung, die chirurgisch werden könnte — D) Erkrankung, hervorgerufen durch auto-immunen Mechanismus — E) Unheilbar
- Die steigende Häufigkeit von Lungenkrebs kann beruhen auf: A) Exaktere Diagnose — B) Verlängerung des Lebens — C) Größeres Achten auf die Krankheit — D) Eine Kombination der erwähnten drei Faktoren — E) Größere Exponierung zu krebs-erregenden Substanzen
- Man kann sagen, daß echte Pneumokokken-Pneumonie: A) Im Abnehmen begriffen ist — B) Im Zunehmen begriffen ist — C) Unverändert häufig ist — D) Heute mehr Todesfälle hervorruft als jemals — E) Am besten auf Behandlung mit Salizylaten reagiert

Gallenblase

(Auswahl aus 25 Fragen)

- Gallensteine können durch welche der folgenden Krankheiten hervorgerufen werden?: A) Pneumonie — B) Ulzerative Kolitis — C) Leberzirrhose — D) Hämolytische Anämie — E) Herzschwäche mit Stauungserscheinungen
- Melaena kann erzeugt sein: A) Durch Gallensteine — B) Steine in Harnblase — C) Parasiten — D) Bakterien — E) Nachlassen der Herzkraft mit Stauungen
- Die Menge Galle, die pro Tag in den Verdauungskanal abgegeben wird, beträgt ungefähr: A) 100 bis 200 ccm — B) 200—300 ccm — C) 1000—5000 ccm — D) 10—50 ccm — E) 500—700 ccm
- Ein Patient hat Temperatur von 38,9 °C, Schüttelfrost, Übelkeit, Erbrechen, Schmerz und Druckempfindlichkeit im rechten oberen Leibquadranten. Was würden Sie tun? A) Sofort operieren — B) Röntgenaufnahmen von Magen und Darm — C) Intravenöses Pyelogramm — D) Röntgenaufnahme der Gallenblase — E) Konservativ und symptomatisch behandeln, bis die akuten Symptome zurückgehen
- Ein abnormales Elektrokardiogramm, das Verdacht auf Koronarerkrankung erweckt, kann auftreten bei: A) Askariasis — B) Pleuritis mit Erguß — C) Gallensteine — D) Cholesterose ohne Steinbildung — E) Hepatitis

Magenkrebs

(Auswahl aus 26 Fragen)

- Welcher der folgenden Zustände wird nicht als Vorläufer eines Magenkrebses betrachtet? A) Polypen — B) Hypochlorhydrie — C) Achlorhydrie — D) Atrophische Gastritis — E) Perniziöse Anämie
- Nach Histamin-Stimulierung findet sich keine freie Salzsäure im Magensaft bei: A) 60—70% der Patienten — B) 10—20% der Patienten — C) 100% der Patienten — D) 5% der Patienten — E) 0,5% der Patienten
- Bluterbrechen und Blutstühle finden sich: A) Frühzeitig bei Magenkrebs — B) Selten bei Magenkrebs — C) Als vorherrschendes Zeichen bei frühem Magenkrebs — D) Als hervortretendes Symptom bei der Untersuchung oder erst später im Lauf der Krankheit — E) Pathognomonisch für Magenkrebs
- Der Sitz einer malignen Geschwulst am Magen, die vom Röntgenologen übersehen werden kann, ist: A) Das Antrum — B) Die vopylorische Gegend — C) Die Kardia — D) Die kleine Krümmung — E) Die große Krümmung
- Die beste Behandlung eines Magenkrebses ist zur Zeit: A) Röntgen-Tiefenbestrahlung — B) Chemotherapie — C) Antibiotika — D) Operation — E) Konservative medizinische Behandlung
- Was allgemein die Behandlung aller Fälle von Magenkrebs betrifft, so muß der Doktor sein: A) So radikal wie nur möglich — B) So konservativ wie nur möglich — C) Gütig, verstehend und jeden einzelnen Fall individuell behandelnd — D) Rein wissenschaftlich und auf keinen Kompromiß eingehend — E) Überlegen, kalt und zuweilen ehrlich und sogar brutal

Magen- und Duodenalgeschwür

(Auswahl aus 19 Fragen)

- Betreffs Blutungen im oberen Gastrointestinaltrakt läßt sich sagen: A) 25% dieser Blutungen stammen in der Regel von gutartigen peptischen Geschwüren — B) Die meisten Blutungen stammen von Ösophagusvarizen — C) Meist steckt ein Magenkrebs dahinter — D) 75% stammen von peptischen Geschwüren — E) Magengeschwür ist die häufigste Ursache
- Bei der Diagnose eines peptischen Geschwürs ist am wichtigsten: A) Die körperliche Untersuchung — B) Krankengeschichte — C) Laboratoriumsuntersuchung — D) Keiner dieser drei Punkte — E) Kombination von Vorgeschichte, körperlicher und Laboratoriumsuntersuchung
- „Water brash“, ein seltenes Symptom bei peptischen Geschwüren, ist: A) Wässriger Durchfall — B) Stetes Erbrechen nach Mahlzeiten — C) Kombination von überstarker Speichelabsonderung und saurer Regurgitation — D) Koterbrechen — E) Trockenheit im Mund, wobei Schlucken von Wasser verlangt wird
- Beste Behandlung bei perforiertem peptischen Geschwür ist: A) Säurebindende Medizinen — B) Minderernährung mit kleinen Mengen — C) Fortgesetzte Magen-Suktion — D) Kombination der obengenannten drei Punkte — E) Operation

5. Die Behandlung bei starker Blutung bei peptischem Geschwür ist: A) Sofortige Operation — B) Ruhigstellung im Bett, wobei das Fußende des Bettes hochgestellt wird, keine Nahrungsmittel durch den Mund — C) Morphium — D) Nur Bluttransfusionen — E) Individuelle Behandlung unter Zuziehung eines aufeinander eingestellten Teams von Internist, Chirurg und Anästhesiologist

Die Prüfungen ausländischer Ärzte finden zweimal im Jahr statt, und zwar an 75 Stellen, die sich über die ganze zivilisierte Welt verteilen. Eine wertvolle Hilfe ist das „Handbook for Foreign Medical Graduates“, das an vielen amerikanischen Stellen aufliegt, und auch für 1 Dollar vom ECFMG in Evanston, Illinois, 1633 Central Street, bezogen werden kann.

Die anfangs bestehenden Härten des Examens wurden neuerdings sehr gemildert. Vor allem ist jetzt die Möglichkeit gegeben, das Examen schon im Ausland, im Heimatland zu machen. Dadurch werden viel Kummer, Verlust an beruflichem Ansehen und unnötige Reisekosten bei den zu prüfenden ausländischen Ärzten vermieden, wie sie sich beim Nichtbestehen des Examens nach der Übersiedlung nach den USA und vielleicht mehrmonatiger Arbeit im amerikanischen Krankenhaus ergaben.

Im vergangenen Jahr waren nahezu 11 000 ausländische Ärzte in den amerikanischen Krankenhäusern tätig, die überwiegende Mehrzahl als Residents (klinische Assistenten), ein kleinerer Teil als Intern (was etwa dem deutschen Medizinalpraktikanten oder Pflichtassistenten entspricht). Von ihnen stammten 2% aus Afrika, 13% aus Europa, 42% aus den Ländern des Fernen Ostens, 19% aus Süd- und Mittelamerika und 16% aus dem Nahen Osten. Das Zahlenverhältnis der amerikanischen und kanadischen Ärzte zu den ausländischen Ärzten in den Universitätskrankenhäusern war etwa 8 : 1, in den übrigen Krankenhäusern 3 : 2.

Die ausländischen Ärzte waren insgesamt in 31 verschiedenen Spezialfeldern der Medizin tätig. Eine verhältnismäßig große Anzahl ausländischer Ärzte kommt nach den USA, um eine spezielle Ausbildung in Pathologie zu erlangen. Das entspricht auch der amerikanischen Auffassung, die den größten Wert auf eine intensive Ausbildung in Pathologie legt.

Mit der Durchführung der Prüfungen für ausländische Ärzte und im Ausland approbierte Ärzte in den letzten Jahren wurde den amerikanischen Krankenhäusern die notwendige Sicherheit gegeben, daß sich die bei ihnen tätigen Ärzte nach Sprachkenntnissen und medizinischem Wissen in die Reihen der in den Vereinigten Staaten selbst ausgebildeten Ärzte zuverlässig einordnen. Diese neuartige Regelung der Zulassung ausländischer Ärzte zu aktiver Tätigkeit an den amerika-

nischen Krankenanstalten hat sich offensichtlich bewährt.

Beantwortung der Prüfungsfragen

Folgende Antworten sind von der Prüfungskommission als richtig bezeichnet:

Schilddrüse:

1 E — 2 E — 3 C — 4 C — 5 E

Pankreas:

1 E — 2 A — 3 C — 4 D — 5 E

Lunge:

1 C — 2 C — 3 C — 4 E — 5 C

Gallenblase:

1 D — 2 A — 3 E — 4 E — 5 C

Magenkrebs:

1 E — 2 A — 3 D — 4 C — 5 D — 6 C

Magen- und Duodenalgeschwür:

1 D — 2 E — 3 C — 4 E — 5 E

Anschr. d. Verf.: Dr. W. Schweisheimer, 66 Milton Road Rye, New York

AMTLICHES

Einführungslehrgang in die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet zusammen mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Bayern am Samstag, dem 18. November 1967 in Nürnberg einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis.

Nähere Auskunft erteilt die Bezirksstelle Mittelfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, 8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

(Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 9. 8. 1967 Nr. III 2 — 5126/1 — 7/67)

Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Das Bayerische Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 2. November 1967 bis 29. Februar 1968 in München einen Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst abhalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Zulassung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Bekanntmachung des Bayerischen Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951 über Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst — BayBSVI I S. 225 — i. d. F. der Bek. vom 18. 2. 1960 — MABl. S. 294 —). Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, ihr Gesuch bis spätestens 5. Oktober 1967 beim Bayerischen

Bronchovalun[®]
broncholytisches Antitussikum

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

Muster u. Literatur auf Anforderung

Bei spastisch-asthmoider Bronchitis, Emphysebronchitis, Bronchiektasie, Krampf-, Reiz-, Gripphusten, Raucherkatarrh

Tropfflasche
10 ml

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

Tropfflasche
15 ml u. 30 ml

Dr. Auf dem Kampe · Hamburg 52 - Großflottbek

Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, einzureichen. Bereits im amtsärztlichen oder landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich abgeordnet.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme am Lehrgang sind:

1. Die medizinische Doktorwürde, die an einer Universität des Bundesgebietes oder vor dem 8. Mai 1945 an einer Universität des ehemaligen Reichsgebietes erworben sein muß
2. eine ärztliche Tätigkeit von mindestens drei Jahren nach der Bestallung als Arzt
3. eine Tätigkeit von mindestens je drei Monaten als Arzt an einer Anstalt für Geisteskranke und als Arzt oder Medizinalassistent an einem Gesundheitsamt

Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizufügen:

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

Die Lehrgangsgebühr beträgt DM 200,—; sie ist nach Zulassung zum Lehrgang an die Staatsoberkasse München I, Postscheckkonto München Nr. 94 30, einzuzahlen. Unterkunft kann nicht gestellt werden.

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

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

STEUERFRAGEN

Kunst und Briefmarken

Von Bernd Baehring

Das Verhältnis des Geldanlegers zur Kunst ist nicht leicht zu definieren. Das Kunstwerk, von der Graphik bis zum englischen Empiretischchen und vom alten Teppich bis zur Tabatiere, verlangt den Kenner — sowohl, um in seiner Eignung zur Geldanlage erkannt zu werden als auch aus dem Wunsch, es möge Kuitur zum Kuitivierten finden. Das letztere ist bekanntlich oft nicht der Fall. Dafür greifen denn auch viele daneben, wenn sie in Kunstwerken spekulieren. Für den Kenner rangiert die spekulative Sorge in der Regel an zweiter Stelle. Was ihm Besitzerstolz ist, gibt anderwärts freudige Beschaulichkeit oder dient zur „Angabe“.

Allein der Kenner kann schwer am (nur auf großen Auktionen einigermaßen übersichtlichen) Markt für Kunst mit ziemlicher Sicherheit das Wertvolle finden. Und wenn ihm die Kunst des Feilschens gegeben ist, wird es ihm auch oft gelingen, nicht mehr zu zahlen als das Wertvolle wert ist. Vor allem wird der Kenner manchmal die Nachahmung, die völlige und die teilweise, entdecken.

Aber wer ist Kenner? Es ist ein Mann, der am Ende seiner Markt-Tage um einige Prozent weniger überlegte Irrtümer als intuitiv gute Griffe zählen kann und der mit diesem Prozentverhältnis gut gelebt hat. Rechenexempel, die Marktpreisveränderungen bei Kunstwerken mit Preisentwicklungen in anderen Bereichen der Geldanlage vergleichen, begegnet er als Philosoph, der nicht das Gewaltam-Strapaziose solchen Beginnens erklärt, sondern fühlen läßt, daß er darüber steht. Dabei ist ihm durchaus geläufig, daß schlechte Zeiten an der Aktienbörse flauere Preise am Kunstmarkt bringen. Im übrigen kann die durchschnittliche Preisentwicklung am Kunstmarkt bisher jeden Vergleich aushalten. Soweit sich das bei der außerordentlichen Vielfalt des Kunstmarktes schätzen läßt, sind die Preise seit 1955 alljährlich um ungefähr 15 bis 20% angestiegen. Es handelt sich also um einen über längere Fristen bemerkenswert stabilen Markt — auf dem freilich moderne Bilder an Rang fühlbar eingebüßt haben. Moderne Maler sind für den Geldanleger oft zur Fehlspekulation geworden.

(Fortsetzung Seite 839)

**Bessere
Durchblutungsförderung**

O. P. 25 und 100 Dragées

REGULTON®

Nikotinsäure - Vitamin B₁



IFAH GMBH · 2 HAMBURG 22



Eusedon®

Neurosedativum

Bestehend durch die wohlausgewogene Komposition der Wirkstoffe ist dem Eusedon ein überaus harmonischer Beruhigungseffekt eigen. Bei individuell eingestellter quantitativ niedriger Dosierung qualitativ hochwertige Therapieerfolge in Klinik und Praxis aller Fachdisziplinen. Weitgespanntes Indikationsspektrum: Funktionelle Neurosen, Agrypnie, vegetative Dystonie, Unruhe- u. Angstzustände exo- und endogener Art, Cerebralsklerose, Klimakterium.

Cor-Eusedon®

cardiotropes
Neurosedativum

Eusedon®-Dragées

Sedativum u. Nervinum

KREWEL-WERKE · EITORF b. KÖLN

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat August 1967¹⁾

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im August 1967 nahm die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach weiter ab; auf 100 000 der Bevölkerung entfielen im Juni 77, im Juli 63 und im August nur noch 38 Fälle. Während im Berichtsmonat nur zwei Diphtheriefälle und ein Kinderlähmungsfall (nicht-paralytische Form) gemeldet wurden, konnte ein weiterer Anstieg der Erkrankungshäufigkeit bei übertragbarer Hirnhautentzündung beobachtet werden. Bei Meningokokken-Meningitis (übertragbare Genickstarre) stieg die auf 100 000 Einwohner berechnete Erkrankungsziffer von 3 im Vormonat auf 6 im Berichtsmonat, bei den übrigen Formen der übertragbaren Hirnhautentzündung von 20 auf 30.

Von der Paratyphus-Epidemie im Landkreis Schwabmünchen wurden im August weitere 76 (Juli: 184) Personen betroffen. Insgesamt erkrankten im August auf 100 000 Einwohner 9 Personen gegenüber 26 im Juli. Häufiger als im Vormonat traten im August Erkrankungen an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) auf. Höher als im Juli war auch, infolge einer örtlichen Häufung im Landkreis Sonthofen, die Zahl der gemeldeten Ruhrerkrankungen.

Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis (übertragbare Leberentzündung) blieb unverändert.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Juli bis 2. September 1967 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa							
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		Übrige Formen					
					dar. par. Fälle		Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen								Salmonellose		Übrige Formen					
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST				
Oberbayern	—	—	107	—	1	—	—	—	14	1	102	—	—	—	1	—	5	—	14	—	162	1	—	—
Niederbayern	1	—	19	—	—	—	—	—	8	1	6	—	1	—	3	—	1	—	1	—	26	—	1	—
Oberpfalz	—	—	28	—	—	—	—	—	—	—	20	—	—	—	1	—	3	—	—	—	80	—	—	—
Oberfranken	—	—	51	—	—	—	—	—	11	—	43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	37	—	5	—
Mittelfranken	1	—	79	—	—	—	—	—	8	—	38	—	4	—	2	—	—	—	1	—	18	—	3	—
Unterfranken	—	—	26	—	—	—	—	—	10	—	59	—	1	—	3	—	1	—	2	—	37	—	—	—
Schwaben	—	—	61	—	—	—	—	—	4	—	31	—	—	—	1	—	83	—	37	—	43	—	3	—
Bayern	2	—	371	—	1	—	—	—	55	2	299	—	6	—	11	—	93	—	55	—	403	1	12	—
München	—	—	51	—	—	—	—	—	—	—	50	—	—	—	—	—	3	—	8	—	74	—	—	—
Nürnberg	—	—	31	—	—	—	—	—	3	—	23	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithosen (Übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut ⁴⁾		Kindbettfieber ⁴⁾		Leptospirose						Malaria-Ersterkrankung		Q-Fieber		Toxoplasmosose		Wundstarrkrampf		
											Weilsche Krankheit		Feldfieber		Übrige Formen										
											E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	78	—	—	—	15	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	1	—	2	—	4	2	
Niederbayern	1	—	83	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	2	
Oberpfalz	—	—	58	—	1	—	26	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	
Oberfranken	1	1	27	—	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	
Mittelfranken	—	—	22	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
Unterfranken	—	—	72	1	1	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	
Schwaben	—	—	25	—	—	—	35	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Bayern	2	1	365	1	2	1	104	—	1	1	1	1	8	—	1	—	3	1	1	—	5	—	10	7	
München	—	—	83	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	—	2	—	1	1	
Nürnberg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.
²⁾ „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.
³⁾ „ST“ = Sterbefälle.
⁴⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.
⁵⁾ Kindbettfieber bei oder nach (standesamtlich meldepflichtiger) Geburt.

(Fortsetzung von Seite 834)

Da die Zahl der Angeber die der Kenner in einer Wohlstandsgesellschaft bei weitem überwiegt, tut sich der Kenner in dem Wunsche, Gewinn aus Kunstkäufen zu erzielen, beinahe so schwer wie sein Antipode, dessen Sohn oder Enkel vielleicht einmal Kenner sein wird. Diese so überaus zahlreichen und an Zahl immer noch zunehmenden Antipoden haben nämlich das schon immer lebhaft modische Moment im Kunsthandel und in der Kunstbewertung noch sehr verstärkt, denn sie brachten und bringen Strömungen von manchmal ganz fernen Geschmacks-Gestaden in den Markt. Aber mit der Zeit werden die Dinge wieder im gewohnten Maß abschätzbar, und was bleibt, ist die große und für jedermann erfreuliche allgemeine Nachfragestellung. Indes, man erwarte von ihr nichts Wunderbares. Die Entwicklung ist schon seit geraumer Zeit im Gange, und in den bevorzugten Provinzen der Kunst und ihren Ausläufern und Ablegern wurden bereits Preissteigerungen verzeichnet, die für den Anleger kaum weniger Risiko und nicht mehr Chance bieten, als es am Kunstmarkt seit eh und je der Fall ist.

Kunst ist immer ein singuläres Ereignis. Bestenfalls gibt es — etwa von einer Lithographie — mehrere Abzüge gleicher Art; aber die Qualität der einzelnen Stücke wird unterschiedlich sein, jedenfalls was ihre Erhaltung betrifft. Gleiches gilt für alte Bücher. Immer wieder erlebt es der Besucher von Kunstauktionen, wie sich alles Wünschen auf ein einzelnes, bestimmtes Stück versammelt, und wie andere, noch vor zwei, drei Saisons favorisierte Provenienzen beim Aufruf längst nicht die — oft freilich recht willkürlichen — Schätzpreise erreichen und daher gar nicht oder nur mit Vorbehalt zugeschlagen werden.

Ist das Kunstwerk, wie immer sein Rang am Markt eingeschätzt wird, auf jeden Fall durch seine Einzigartigkeit ausgezeichnet, so gilt von der Briefmarke das genaue Gegenteil: ihr hervorstechendes Merkmal ist die Massenhaftigkeit. Je massenhafter sie freilich im Einzelfall erscheint, um so weniger ist sie, natürlich, zur Geldanlage geeignet. Der Wert der Seltenheit, der dem Kunstwerk von Geburt mit auf den Markt gegeben ist, kommt der Briefmarke nur in ganz seltenen Fällen gleichermaßen zu — es gibt zum Beispiel unter den zahlreichen amtlichen Fehldrucken einige sehr wenige, die kaum viel zahlreicher sein werden als etwa bestimmte alte oder auch moderne Lithographen oder Schabkunstblätter. Dafür pflegen solche Marken bedeutend höher bezahlt zu werden — sofern sich auf dem meist sehr engen Markt für solche philatelistische Unikta Käufer finden lassen.

Die Zahl der ernsthaften Briefmarkensammler in der Bundesrepublik wird auf zwei bis drei Millionen geschätzt. Sie versorgen sich über den Briefmarkenhandel, auf Auktionen und, in weitem Maße, durch den direkten

Bezug bei Postverwaltungen. Neuerscheinungen werden von ihnen, vor allem wenn die Auflagen begrenzt sind, nach Möglichkeit bogenweise gekauft. Hier haben wir es mit einer ganz eindeutigen Form der Geldanlage zu tun. Der Philatelist, dessen Hauptfreude in der allmählichen Komplettierung alter Markensätze und, im Zuge dieses Eifers, in der Ergänzung der Bestände ganzer, nicht zu weit gefaßter, Sammelgebiete, besteht, sieht sich erst in zweiter Linie als Geldanleger. Oft ist der Philatelist freilich in beiden Richtungen tätig.

Soweit er z. B. nach dem Kriege deutsche Sondermarken bei den Postämtern erworben hat, ist seine Rechnung teilweise überraschend gut aufgegangen. Sätze, die kurz nach der Währungsreform ausgegeben worden sind, werden heute in etlichen Fällen hundertfach höher als seinerzeit bezahlt, und noch bedeutend größere Wertsteigerungen sind nicht so sehr selten. Niemand glaube indes, Ähnliches könnte sich bei neuen Sammlermarken wiederholen. Die Serien waren damals klein, und für eine größere Nachfrage fehlte das Geld in der Bevölkerung, die im Kampf um das Lebensnotwendigste ohnehin kaum an das Sammeln von Briefmarken gedacht hat.

Prinzipiell gilt für das Markensammeln zur Geldanlage, was bereits über Kunstwerke gesagt worden ist: Man muß oft lange Geduld haben, bis sich ins Gewicht fallende Wertsteigerungen ergeben, und wenn sie eingetreten sind, ist es die Frage, ob der entgangene Zinsnutzen zumindest ausgeglichen wurde. Es wird angenommen, daß im Bundesgebiet mit Philatelisten pro Jahr 200 Mill. DM umgesetzt werden. Hoffen wir, daß die vorhandenen Bestände jährlich um 10 bis 12 Mill. an Wert gewinnen; das wäre die Normalverzinsung. Anders als bei der Anlage in Kunstwerken braucht der Briefmarkensammler von seinem Metier nicht unbedingt viel zu verstehen. Er kann sich über jedes Stück, das in seine Hände gelangt, in einem Katalog orientieren und hat im übrigen nur darauf zu achten, daß die Marke gut erhalten ist. Fälskate — Fälschungen — kommen vor; gegen sie schützt meistens das Urteil eines zuverlässigen Fachmanns, der am besten veredligter Sachverständiger sein sollte.

Mit Gold, Kunstwerken und auch Brillanten hat die Briefmarke als Sammlerstück den weltweiten Markt gemeinsam. Das gilt vor allem für klassische Marken, die weit weniger für die Spekulation geeignet sind als moderne Stücke, und die ihrer Eignung als Geldanlage allen Stürmen der Zeit eindrucksvoll getrotzt haben. Allerdings sind sie aus leichtem Papier, und das mit den Stürmen ist nur symbolisch gemeint, wie überhaupt die Briefmarke etwa dem Brillanten gegenüber zufolge ihrer zarteren Körperlichkeit etwas im Nachteil ist.

Anschr. d. Verf.: Bernd Baehring, 8035 Gauting bei München, Sultanshöhe 18

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

P E R M I C U T A N - K G . D R . E U L E R . M U N C H E N 1 3



Sachkundige Analyse der Situation

ist die Grundlage eines jeden Gesprächs zwischen Fachleuten verschiedener Berufsgebiete. So wird der Arzt, bevor er eine Diagnose stellt, erst alle funktionellen, organischen und psychischen Symptome gegen und zueinander abwägen, ehe er mit seiner Therapie beginnt.

Aufgabe der Herren unseres speziellen Ärztebetreuungsdienstes ist es, nach Sichtung, Ordnung und Wertung Ihrer Versicherungsunterlagen Ihnen zu sagen, ob Ihre Versicherungen Ihrem individuellen Versicherungsbedürfnis entsprechen, Fehler und Lücken im Versicherungsschutz bestehen, bzw. Doppel- oder Unterversicherungen vorliegen.

Dieser spezielle Ärztebetreuungsdienst der Allianz wurde in Zusammenarbeit mit

ärztlichen Standesorganisationen

geschaffen. Er bietet Ihnen Gewähr, richtig beraten und zweckmäßig versichert zu sein.

Unsere Herren stehen Ihnen hierfür zur Verfügung.



ALLIANZ
VERSICHERUNGS-AG

MITTEILUNGEN

Verkauf von Praxisgegenständen

Die Arztwitwe, Frau Erni Fabringer, 8574 Neuhaus/Pegnitz, Unterer Markt 67, bietet die Gegenstände ihres verstorbenen Ehemannes zum Verkauf an. Interessenten mögen sich unmittelbar mit der Witwe in Verbindung setzen.

31. Dezember 1967

Letzter Termin für Nachversicherung bei Ehegattenbeschäftigung

Durch das Zweite Rentenversicherungsänderungsgesetz vom 23. 12. 1966 (BGBI. I S. 745) wurde bekanntlich die vorher bestandene generelle Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Rentenversicherung für beim Ehegatten beschäftigte Ehegatten aufgehoben. Ab 1. 1. 1967 trat dadurch für alle Ehegatten, die am 31. 12. 1966 bei ihrem Ehegatten in Beschäftigung standen und die sonstigen erforderlichen Voraussetzungen erfüllten, die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung ein.

Neben der Möglichkeit, sich bei einem bereits bestehenden Beschäftigungsverhältnis von der Versicherungspflicht befreien zu lassen, wurde durch das Zweite Rentenversicherungsänderungsgesetz aber auch die andere Möglichkeit geschaffen, sich nachversichern zu lassen. Wer in der Zeit vom 1. 1. 1956 bis zum 31. 12. 1966 gegen Entgelt beschäftigt und nur deswegen versicherungsfrei war, weil er bei seinem Ehegatten in Beschäftigung stand, kann auf Antrag für die Zeit dieser Beschäftigung nach dem 31. 12. 1955 freiwillige Beiträge zur Rentenversicherung nachentrichten, soweit er nicht für den gleichen Zeitraum zur freiwilligen Selbst- oder Weiterversicherung berechtigt war. Es muß sich jedoch um ein echtes Beschäftigungsverhältnis von mindestens 12 Monaten Dauer gehandelt haben, für das ein angemessenes Entgelt vereinbart und auch gewährt wurde. Die Nachversicherung kann in diesem Falle für die Zeit vom 1. 1. 1956 bis zum 31. 12. 1966 noch vorgenommen werden. Ein entsprechender Antrag ist nur noch bis zum 31. 12. 1967 zulässig und ist direkt beim zuständigen Rentenversicherungsträger zu stellen. Es empfiehlt sich deshalb, diesen Termin zu beachten.

-alpe-

Neue Kraftfahrt-Versicherungsprämien

„Unfälle“ sollen 20% Aufschlag zahlen

Die Kraftfahrtversicherer überlegen eine weitere Differenzierung ihrer Haftpflichtversicherungstarife. Man will die Fahrer, auf deren Konto ein besonders hoher Teil der Schadenzahlungen kommt, mehr als bisher mit Prämienzahlungen belasten, die Tarife im übrigen aber nicht ändern. Als besonders schadensträchtig gelten die sogenannten notorischen Unfälle.

Diese Gruppe von Risiken soll speziell erfaßt werden und um etwa 20% höhere Beiträge zahlen als bisher. Das kommt den schadenfreien bzw. schadenarmen Kraftfahrern, mit denen die notorischen Unfälle bisher in einem Prämientopf sind, zugute.

Beschlossen ist von den Kraftfahrtversicherern noch nichts. Vor allem auch wollen sie bei der Einführung von Tarifänderungen Rücksicht auf die gesamtwirtschaftliche Lage nehmen. Sie haben, wie nachdrücklich erklärt wird, volles Verständnis dafür, daß man in einer konjunkturellen Lage wie der gegenwärtigen nicht den Autoabsatz noch dadurch weiter erschweren kann, daß irgendwelche Prämien erhöhungen durchgeführt werden, so sehr das unter dem Gesichtspunkt der versicherungstechnischen Gerechtigkeit angebracht wäre.

Käme ein Prämienzuschlag für Fahrer mit zwei und mehr Schäden im Jahr, so würde dieser Malus erst ab 1969 aufgeschlagen werden, wenn die Regelung ab 1. 1. 1968 in Kraft träte. Das wäre noch recht lange hin und könnte vielleicht veranlassen, formal den 1. 1. 1968 als Stichtag für den Beginn einer Malusregelung zu wählen. Die Dinge sind also nicht sehr akut. Die inzwischen aufgeschreckten Gemüter haben noch Zeit abzukühlen, und die Wirtschaftskonjunktur hat noch Zeit, wieder wärmer zu werden. Wird sie es, und hat das Konsequenzen für die Schadenentwicklung bei den Kraftfahrtversicherern, etwa weil die Autoreparaturpreise dann wieder stärker steigen, so könnte es freilich sein, daß die Einführung des Malus 1969 auch zu einer allgemeinen Neukalkulation der Tarife führen müßte. Aber das sind ferne Fragen.

Sicher ist, im Prinzip, die Zuschlagsart, und zwar nach dem allgemeinen Muster, das ein Versandhausversicherer als Tarif-Außenseiter vor einigen Jahren gewebt hat. Ein Malus von 20% der Grundprämie wird den Versicherten berechnet werden, die zwei und mehr Schäden pro Jahr verursachen — es sei denn, sie sind vorher drei und mehr Jahre schadenfrei gefahren; dann soll der Malus erst bei drei im Laufe eines Jahres verursachten Versicherungsschäden aufgeschlagen werden.

Von dieser Regelung würden 1½ bis 2% aller deutschen Pkw-Halter betroffen sein. Das sind 150 000 bis 200 000 Versicherungsnehmer — von denen viele allerdings drei, vier, ja sechs und acht Schäden im Jahr verursachen. Ihnen soll jetzt sozusagen bittere Gerechtigkeit widerfahren.

Im übrigen verursacht ein Neufahrer im Schnitt viermal so viele Schäden wie ein alter Autohase. Allerdings sind die Schäden der Neulinge im Durchschnitt nicht so kostspielig wie die Masse der Schäden.

Wenn es zu den Neuerungen kommt, die Gegenstand offenbar weit gediegener Überlegungen sind, so paßt man den Kraftfahrtversicherungsschutz in der Bundesrepublik Vorbildern an, wie sie in der Schweiz, in England und in den USA gegeben sind. Bg.



Zwei wohlschmeckende Spezifika für Kinder und Jugendliche:

NERV *infant*®

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

Sirup: Orig.-Flasche mit 100 ml
Kur-Flasche mit 500 ml

Suppositorien: 5 Stück
(siehe Rote Liste Seite 805)

B 12-NERV *infant*®

Antianaemikum, Regulans bei Gedeih- und Wachstumshemmungen, Tonikum bei Schulumüdigkeit und nervösen Störungen.

Orig.-Flasche mit 100 ml
Kur-Flasche mit 500 ml
(siehe Rote Liste Seite 120)

TOSSA
ARZNEI

APOTHEKER KURT MERZ · 6497 STEINAU

NEUE THERAPEUTIKA

Paraxin® — Paratampulle

Indikationen:

Hochwirksames Breitbandantibiotikum in Spritzampulle zur Behandlung von mikrobiell bedingten Erkrankungen. Die Anwendung der Paraxin-Paratampulle ist immer dann angebracht, wenn es auf den Zeitfaktor ankommt, wenn die Einnahme von Paraxin nicht möglich oder die Resorption nicht gesichert ist.

Zusammensetzung:

1 Paraxin-Paratampulle enthält 1,3 g Chloramphenicol-Monosuccinat-Na, entspr. 1 g Chloramphenicol als Trocken-substanz und 4,5 ml wässrige Lösung in einer Einmal-spritze mit Kanüle.

Dosierung und Anwendung:

Erwachsene und Jugendliche:

Im allgemeinen 2mal täglich 1 Ampulle intravenös, intramuskulär oder subkutan. Oft kann nach Therapieeinleitung mit einer Paraxin-Paratampulle die Behandlung nach 6–8 Stunden per os weitergeführt werden, z. B. mit 3mal täglich 1 Kapsel Paraxin 500 S.

Kinder:

Die Dosierung richtet sich nach Alter und Gewicht des Patienten sowie nach Art und Schwere des Infektes.

Kontraindikationen:

Blutkrankheiten, vor allem Panmyelopathie und haemolytischer Ikterus.

Handelspackungen:

1 Paraxin-Paratampulle DM 8,45 m. U.
3 Paraxin-Paratampullen DM 23,55 m. U.
AP mit 20 Paraxin-Paratampullen.

Hersteller:

C. F. Boehringer & Söhne GmbH, 6800 Mannheim.

Lamuran®

Indikationen:

Zur Behandlung zerebraler sowie peripherer arterieller und venöser Durchblutungsstörungen.

Zusammensetzung:

1 Dragée Lamuran enthält 10 mg Raubasin, 1 Ampulle Lamuran enthält 10 mg Raubasin in 3 ml.

Dosierung und Anwendung:

a) Zerebrale und periphere arterielle Durchblutungsstörungen: Lamuran-Anfangsbehandlung, 3mal täglich zwei Dragées. Bei stärkeren Beschwerden 1- bis 2mal täglich 1 Ampulle intravenös, zusätzlich 3mal täglich 1–2 Dragées. Lamuran-Langzeitbehandlung 3mal täglich 1–2 Dragées.
b) Periphere venöse Durchblutungsstörungen: durchschnittlich 2- bis 4mal täglich 1 Dragée.

Nebenwirkungen:

Die Verträglichkeit von Lamuran ist sehr gut. Bei rascher Injektion und höheren Einzelgaben können gelegentlich Schwindel, Schweißausbruch und Gesichtsrötung auftreten.

Hinweis:

Ein suffizientes oder ausreichend digitalisiertes Herz ist — ebenso wie bei anderen systemisch angewandten gefäßwirksamen Substanzen — Voraussetzung für die Anwendung und den therapeutischen Erfolg von Lamuran.

Handelspackungen:

Lamuran-Dragees 10 mg
OP mit 50 Dragées 7,20 DM m. U.
AP mit 200 und 500 Dragées
Lamuran-Ampullen zu 10 mg in 3 ml
OP mit 10 Ampullen 8,95 DM m. U.
AP mit 100 Ampullen

Hersteller:

C. F. Boehringer & Söhne GmbH, 6800 Mannheim.

Card-Lamuran®

Indikationen:

Zur Behandlung zerebraler sowie peripherer arterieller und venöser Durchblutungsstörungen bei gleichzeitig bestehender latenter Herzinsuffizienz, besonders altersbedingter Belastungsinsuffizienz, Altersherz.

Zusammensetzung:

1 Dragée Card-Lamuran enthält 10 mg Raubasin und 0,125 mg Digoxin „Boehringer“.

Dosierung und Anwendung:

3 Tage lang 3mal täglich 2 Dragées, dann 3mal täglich 1 Dragée.

Hinweis:

Card-Lamuran eignet sich nicht zur Behandlung einer akuten bzw. manifesten Herzinsuffizienz, denn ein suffizientes oder ausreichend digitalisiertes Herz ist — ebenso wie bei anderen systemisch angewandten gefäßwirksamen Substanzen — Voraussetzung für die Anwendung und den therapeutischen Erfolg von Lamuran.

Handelspackungen:

OP mit 50 Dragées 8,60 DM m. U.
AP mit 200 und 500 Dragées.

Hersteller:

C. F. Boehringer & Söhne GmbH, 6800 Mannheim.

Noracyclin® 22

Zusammensetzung:

Noracyclin® 22 ist die Kombination eines Gestagens mit einem Östrogen, zweier Steroide, die wirkungsmäßig den natürlichen Ovarialhormonen entsprechen. 1 Tablette enthält 2,5 mg 19-Nor-17 α -pregn-4-en-20-in-17-ol (Äthinylöstrenol) + 0,075 mg 3-Methoxy-19-nor-17 α -pregna-1,3,5(10)-trien-20-in-17-ol (Mestranol).

Indikation:

Hormonale Konzeptionsverhütung.

Kontraindikation:

Schwere Leberschäden, östrogenabhängige Tumoren, Venenentzündungen.

Dosierung und Anwendungsform:

Vom 5. Tage nach Einsetzen der Menstruation an nimmt man 22 Tage lang regelmäßig abends 1 Tablette Noracyclin 22. Nach einer Woche Pause — In dieser Zeit kommt es zu einer Blutung von etwa 2–4 Tagen Dauer — wird die Behandlung wieder aufgenommen.

Handelsform:

Sicherheitspackung mit 22 Tabletten ausreichend für 1 Zyklus 5,30 DM m. U.
Sicherheitspackung mit 3mal 22 Tabletten ausreichend für 3 Zyklen 13,80 DM m. U.

Hersteller:

CIBA Aktiengesellschaft, 7867 Wehr.

Sistometril®

Zusammensetzung:

Sistometril® ist die Kombination eines Gestagens mit einem Östrogen; eine Tablette enthält 5 mg 19-Nor-17 α -pregn-4-en-20-in-17-ol (Äthinylöstrenol) + 0,15 mg 3-Methoxy-19-nor-17 α -pregna-1,3,5(10)-trien-20-in-17-ol (Mestranol).

Indikation:

Dank der wohlausgewogenen Zusammensetzung erweist sich Sistometril als besonders wirkungsvolles und gut verträgliches Präparat zur Behandlung von Zyklusstörungen und der damit verbundenen Beschwerden (dysfunktionelle Blutungen, Oligo- und Polymenorrhoe, sekundäre Amenorrhoe, Dysmenorrhoe und Mittelschmerz) und Verlegung des Menstruationstermins.

Kontraindikation:

Östrogenabhängige Tumoren; schwere Leberschäden; thrombophlebitische Erscheinungen.

Dosierung und Anwendung:

siehe Prospekt.

Handelsform:

20 Tabletten 5,30 DM m. U.
Anstaltspackung siehe Preisliste.

Hersteller:

CIBA Aktiengesellschaft, 7867 Wehr.

Carbostesin®

und Carbostesin® mit Adrenalin 1:200 000

Zusammensetzung:

Carbostesin: 1 Ampulle = 5 ml steriler Injektionslösung enthalten D,L-1-n-Butyl-piperidin-2-carbonsäure-2,6-dimethyl-anilid-Hydrochlorid 12,5 mg (= 0,25%) bzw. 25 mg (= 0,5%).

Carbostesin mit Adrenalin: 1 Ampulle = 5 ml steriler Injektionslösung enthalten D,L-1-n-Butyl-piperidin-2-carbonsäure-2,6-dimethyl-anilid-Hydrochlorid 12,5 mg (= 0,25%) bzw. 25 mg (= 0,5%) und 0,0455 mg Adrenalinbitartrat (entsprechend 0,025 mg Adrenalin), d. h. einen Adrenalinzusatz im Verhältnis 1:200 000.

Indikationen:

Carbostesin:

1. Vorzugweise Parazervicalblockaden im Rahmen der Geburtshilfe.
2. Sympathikusblockaden.

Carbostesin mit Adrenalin:

1. Therapeutische Blockaden bei Schmerzzuständen verschiedener Genese.
2. Sympathikusblockaden.
3. Leitungsanästhesien vor langwierigen Operationen (z. B. mehrstündige Wiederherstellungsoperationen der Hand), für welche mit Scandicain keine ausreichende Anästhesiedauer mehr zu erzielen ist.

Dosierung: Es wird empfohlen, bei einmaliger Applikation eine Gesamtdosis von 150 mg Carbostesin (30 ml 0,5% oder 60 ml 0,25%) bzw. bei Dosierung nach Körpergewicht 2 mg/kg nicht zu überschreiten.

Für Kinder reicht die Wirkungsintensität von Scandicain in jedem Falle aus, daher ist Carbostesin bei Kindern nicht anzuwenden.

Handelsformen:

Carbostesin 0,25%

Schachtel mit	5 Ampullen je	5 ml DM	8,95 o. U.
Klinikpackung mit	50 Ampullen je	5 ml DM	87,35 o. U.

Carbostesin 0,5%

Schachtel mit	5 Ampullen je	5 ml DM	9,55 o. U.
Klinikpackung mit	50 Ampullen je	5 ml DM	72,— o. U.
Schachtel mit 5 Injekt.-Flaschen	je 20 ml DM	23,95 o. U.	
Klinikp. mit 50 Injekt.-Flaschen	je 20 ml DM	191,60 o. U.	

Carbostesin 0,25% mit Adrenalin

Schachtel mit	5 Ampullen je	5 ml DM	8,95 o. U.
Klinikpackung mit	50 Ampullen je	5 ml DM	87,35 o. U.

Carbostesin 0,5% mit Adrenalin

Schachtel mit	5 Ampullen je	5 ml DM	9,55 o. U.
Klinikpackung mit	50 Ampullen je	5 ml DM	72,— o. U.

Hersteller: M. Woelm, 3440 Eschwege.**Berichtigung**

Das in Heft 7/1967 besprochene Therapeutikum der Asta-Werke AG heißt „Ponsital®-Neuroleptikum“, und nicht „Posital“.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**Kurs für LabarhelferInnen**

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für LaborhelferInnen wird vom **6. bis 17. November 1967** an den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg durchgeführt.

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

Fortbildungsveranstaltungen der Med. Universitäts-Poliklinik Erlangen

Die Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg veranstaltet unter der Leitung von Professor Dr. C. Korth in der Zeit vom 19. bis 29. Oktober 1967 ein „Einführungsseminar in die Grundlagen der Elektrokardiographie“ und vom 20. bis 22. Oktober 1967 den „14. Ärztlichen Fortbildungskurs für praktische Kardiologie“.

Kursgebühr für das Einführungsseminar	DM 25,—
Kursgebühr für den Fortbildungskurs	DM 25,—
Kursgebühr für Besucher beider Kurse	DM 40,—

Die Teilnehmerzahl ist beschränkt.

Anmeldungen und Anfragen: Sekretariat der Medizinischen Poliklinik, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29.

„Ferien im Gebirge“

Fortbildungskurs des Institutes für Sport- und Kreislaufmedizin der Universität Innsbruck am 21. Oktober 1967

Das Institut für Sport- und Kreislaufmedizin der Universität Innsbruck veranstaltet in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzte-Verband e. V. am Samstag, dem 21. 10. 1967, einen Fortbildungskurs mit dem Thema „Ferien im Gebirge“.

Es referieren:

Prof. Dr. med. J. M. Halhuber:

„Zur Klinik des Hochgebirgsklimas“

Dozent Dr. Robert Günther:

„Allgemeine Klimatologie des Hochgebirges und seine Rückwirkung auf den Menschen“

Primarius Dr. E. Raas:

„Sport in mittleren Höhen“

Oberarzt Dr. Gerhard Flora:

„Die Versorgung bei Bergunfällen“

Auskunft: Primarius Dr. E. Raas,

Leiter des Institutes für Sport- und Kreislaufmedizin, A-6020 Innsbruck, Landeskrankenhaus



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

ASTHMO-KRANIT

Bronchial-Antispasmodicum

Kurs zur Einführung in die gastroenterologische Endoskopie

vom 23. bis 26. Oktober 1967 in Erlangen

An der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen (Direktor Professor Dr. med. L. Demling) findet in der Zeit vom 23.—26. 10. 1967 ein Kurs zur Einführung in die gastroenterologische Endoskopie (Ösophago-, Gastro-, Rekto- und Laparoskopie mit Biopsie) statt.

Auskunft: Dr. med. R. Ottenjann, 8520 Erlangen, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

2. Kurs für praktische Gastroenterologie

am 27./28. Oktober 1967 in Erlangen

An der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen findet am 27./28. 10. 1967 unter der Leitung von Professor Dr. med. L. Demling der 2. Kurs für praktische Gastroenterologie statt.

Auskunft: Oberarzt Dr. med. R. Ottenjann, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

Klinische Fortbildung in Bayern 1967

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

23. bis 27. Oktober 1967

München, I. Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Schwiegk

30. Oktober bis 4. November 1967

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar

Chefarzt: Prof. Dr. Blömer

23. bis 28. Oktober 1967

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar

Chefarzt: Prof. Dr. H. Ley

6. bis 11. November 1967

Würzburg, Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wollheim

2. KINDERKRANKHEITEN

23. bis 27. Oktober 1967

München, Städt. Krankenhaus Mü.-Schwabing

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

Chefärzte: Prof. Dr. Hilber, Dr. Schweier, Dr. Singer

3. CHIRURGIE

23. bis 27. Oktober 1967

München, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Zenker

23. bis 27. Oktober 1967

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar

Direktor: Prof. Dr. Maurer

23. bis 27. Oktober 1967

Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Hegemann

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

23. bis 28. Oktober 1967

München, I. Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Bickenbach

23. bis 28. Oktober 1967

Würzburg, Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Schwalm

(Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich)

5. PHONOKARDIOGRAPHIE

20. und 21. Oktober 1967

München, Stiftsklinik Augustinum

Chefarzt: Prof. Dr. Michel

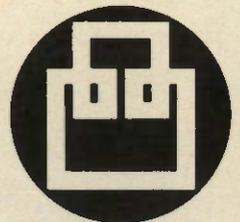
Beginn: 9.00 Uhr

Alle Kolleginnen und Kollegen, welche an einem der vorstehend angekündigten Kurse teilnehmen wollen, werden gebeten, sich wegen Auskunft nur an die Bayerische Landesärztekammer zu wenden und auch nur dort anzumelden.

hypolind®

Antihypotonicum – Kreislaufanalepticum

Norfenefrin
Extr. Convallariae
Extr. Crataegi
Extr. Sarrthamni
Extr. Strychni
Camphora



Herz- und Kreislaufpräparate

für die tägliche Praxis

Zunahme der Wandspannung der arteriellen und venösen Gefäße bei gleichzeitiger Verbesserung der peripheren Versorgung. Mobilisierung der Blutdepots; Zunahme des diastolischen Angebotes, Verbesserung der systolischen Förderleistung. Stabilisierung des Blutdrucks. Der Patient fühlt sich wohler und leistungsfähiger.
50/100 Dragées



Lindopharm KG Hilden Rhld

TEFENHYPERAEMIKUM

Vipericin® - *Liniment*

neu

Vipericin®-Liniment
70 ml

In 100g Liniment sind
enthalten:

0,1 g Natrium formicum;
1,0 g Nikotinsäurebenzylester;
1,0 g Oleum Terebinthinae;
0,6 Oleum Pini sibiricum;
0,03 g Vipera berus D_i;
0,03 g Lachesis muta D_i;
0,03 g Cerastes cornutus D_i

Indikationsgebiet:
Erkrankungen des rheum. Formenkreises, subacute und chron. Gelenkentzündungen, Muskelrheum., Ischias, Lumbago, Neuritiden, Neuralgien, Arthritiden, Muskelkater, Prophylaxe und Therapie von Sport-schäden. Intermittierendes Hinken, pectang. Beschwerden usw.

Vipericin®-Liniment erreicht eine nachhaltige u. kräftige Durchblutung des Gewebes, die sich äußerlich als leichte Rötung zeigt und in der Tiefe als angenehmes Wärmegefühl empfunden wird.

Weitere Vipericin®-Handelsformen:
Vipericin®-Ampullen,
Vipericin®-Forte-Ampullen,
Vipericin®-Salbe,
Vipericin®-Forte-Salbe

7. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V.

vom 18. bis 19. November 1967 in München

Samstag, 18. November 1967

Vorsitz:

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

9.00—9.10 Uhr:

Eröffnung der Tagung durch den 1. Vorsitzenden der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, Herrn Dr. R. Schindlbeck

9.10—9.30 Uhr:

Prof. Dr. F. Scheiffarth, Erlangen:
„Früherkennung des Plasmozytoms und des Morbus Waldenström sowie verwandter Zustände“

9.40—10.00 Uhr:

Prof. Dr. L. Demling, Erlangen:
„Die gastroenterologische Frühdiagnose als Resultat neuer Erkenntnisse und neuer Methoden“

10.10—10.30 Uhr:

Dr. E. Hafter, Zürich:
„Irrführende Frühsymptome der Hiatushernie“

11.10—11.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. U. Gottstein, Kiel:
„Schnelldiagnose der wichtigsten Komazustände aus der Sicht des Internisten“

11.40—12.00 Uhr:

Prof. Dr. H. H. Wieck, Erlangen:
„Schnelldiagnose der wichtigsten Komazustände aus der Sicht des Neurologen“

15.00—15.20 Uhr:

Dr. Classen, Erlangen:
„Über die Prognose der Colitis ulcerosa und deren therapeutische Konsequenzen“

15.30—15.50 Uhr:

Dr. K. Bachmann, Erlangen:
„Intensivpflege“

16.30—16.50 Uhr:

Prof. Dr. S. Witte, Erlangen:
„Fortschritte auf dem Gebiet der Chemotherapie des Krebses“

17.00—17.20 Uhr:

Dr. R. Ottenjann, Erlangen:
„Überflüssige Therapie auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten“

17.30—17.50 Uhr:

Prof. Dr. W. Germer, Berlin:
„Ätiologie, Epidemiologie, Prophylaxe und Therapie der Erkältungskrankheiten“

Sonntag, 19. November 1967

Vorsitz:

Prof. Dr. C. Korth, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Erlangen

8.45—9.05 Uhr:

Dr. E. Haupt, Erlangen:
„Essentielle Myokardiopathie“

9.05—9.25 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Hilmer, Erlangen:
„Differentialdiagnose des operablen Hochdrucks“

9.35—9.55 Uhr:

Dr. J. Strauch, Erlangen:
„Der überdrehte Linkstyp im EKG“

9.55—10.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. J. Schmidt, Erlangen:
„Paroxysmale atriale Tachykardie mit Block“

10.55—11.15 Uhr:

Dr. W. Schwarzbach, Erlangen:
„Herzschrittmacher bei Herzinsuffizienz“

11.15—11.35 Uhr:

Dr. E. Lang, Erlangen:
„Die Bedeutung sphygmographischer Untersuchungen für Klinik und Praxis“

11.35—11.55 Uhr:

Dr. A. Köhler, Erlangen:
„Erkennung und Behandlung kardiologischer Notfallsituationen“

Im Anschluß an die jeweiligen Referate Diskussion.

Auskunft: Sekretariat der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., 8036 Herrsching/Ammersee, Summerstraße 3, Tel. (08152) 200

Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

vom 4. bis 5. November 1967 in München

Die Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft findet am 4./5. November 1967 in München statt.

Hauptthemen: Röntgenuntersuchung des Kehlkopfes, Angiographie von Uterus und Ovarien, Behandlung des Larynx-Karzinoms, gegenwärtiger Stand der Therapie mit radioaktiven Isotopen, Neutronenstrahlung in der Medizin.

Auskunft: Professor Dr. H. Anacker, Strahlenabteilung des Krankenhauses rechts der Isar, 8000 München 8, Ismaninger Straße 22

Sanhelios

Pharmaz. Fabriken · 1 Berlin 62 · Ruf 71 15 88

PREDNISON und PREDNISOLON 'Sanhelios' 5 mg

Zusammensetzung

Jede Tablette mit Doppelbruchrille enthält 5 mg Prednison bzw. Prednisolan USP XVI, BP 58.

Indikation

Rheumatische Erkrankungen und Affektionen an Knochen, Gelenken und Bändern; Asthma bronchiale und allergische Rhinitis; Heufieber; Blutkrankheiten; Leber-, Herz- und Nierenkrankheiten.

Preise gem. A. T. o. U.

20 Tabletten nur DM 4,90

50 Tabletten DM 11,25 · 100 Tabletten DM 21,45 · Klinikpackung zu 500 Tabletten.

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

25. Oktober 1967:

20.00 Uhr, Hotel „Kronprinz“, Prien

Thema:

Moderne Antibiotika

Es sprechen:

Prof. Dr. med. Naumann, Institut für medizinische Mikrobiologie und Serologie der Universität Hamburg: „Moderne Antibiotika — Eigenschaften, Indikationen und Grundlagen der therapeutischen Anwendung“

Prof. Dr. med. Margaret, Kinderklinik der Stadt Pforzheim:

„Moderne Antibiotika in der Kinderheilkunde“

15. November 1967:

20.00 Uhr, Hotel „Kronprinz“, Prien

Thema:

Die Therapie der Koronarinsuffizienz heute

Es sprechen:

Prof. Dr. med. Müller-Limmroth, Direktor des Institutes für Arbeitsphysiologie der Technischen Hochschule München:

„Die Bedeutung des Myokard-Stoffwechsels“

Priv.-Doz. Dr. med. Bachmann, Medizinische Universitätsklinik Erlangen:

„Zur Klinik und Therapie“

6. Dezember 1967:

20.00 Uhr, Hotel „Kronprinz“, Prien

Thema:

Kopfschmerz

Es spricht:

Prof. Dr. med. K. Decker, Nervenklinik der Universität München:

„Kopferbrechen und Kopfschmerz“

Auskunft: Dr. med. H. Matusczyk, 8210 Prien am Chiemsee, Kneippkurhotel „Kronprinz“, Telefon (0 80 51) 482

Fortbildungskurs der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

vom 22. bis 25. Januar 1968 in Würzburg

Die Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Vorsitzender: Professor Dr. H. Schwalm) veranstaltet vom 22.—25. 1. 1968 einen „Kurs der vaginalen Operationen“ mit Demonstrationen, Vorträgen und Diskussionen in der Universitäts-Frauenklinik Würzburg.

Teilnehmerzahl begrenzt.

Auskunft und Programm durch Oberarzt Doz. Dr. F. Jatske, 8700 Würzburg, Universitäts-Frauenklinik, Josef-Schneider-Straße 4

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.

12.—13. 10. in München: Jahresarbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 6000 Frankfurt, Feldbergstraße 28.

12.—14. 10. in Berlin: 8. Fortbildungstagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte. Auskunft: Prof. Dr. H. Braun, Medizinische Universitätsklinik, 8700 Würzburg, Luitpoldkrankenhaus.

12.—14. 10. in Düsseldorf: Tagung der Vereinigung Deutscher Neuropathologen und Neuroanatomien e. V. Auskunft: Prof. Dr. G. Kersting, Institut für Neuropathologie der Universität, 5300 Bonn, Wilhelmsplatz 7.

12.—15. 10. in Regensburg: 39. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums. Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus.

13.—14. 10. in Tübingen: Jahrestagung der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. R. Lempp, 7400 Tübingen, Osianderstraße 22.

14.—15. 10. in Bad Godesberg: 22. Godesberger Arztetagung. Auskunft: P. A. Meckel, 5320 Bad Godesberg, Kapellenstraße 1.

14.—15. 10. in Innsbruck: Klinisches Wochenende. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

15.—21. 10. in Bad Wörzsböfen: 63. Deutscher Bädertag. Auskunft: Deutscher Bäderverband e. V., 5300 Bonn, Poppelsdorfer Allee 27.

15.—24. 10. Kongreßreise nach Beirut. Auskunft: Gesellschaft für Akademische Studienreisen e. V., 6900 Heidelberg, Philipp-Wolfrum-Weg 4.

16.—17. 10. in Innsbruck: Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.

16.—21. 10. in Baden-Baden: Tagung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund). Auskunft: Verband der Ärzte Deutschlands, 5320 Bad Godesberg, Kölner Straße 46.

16.—21. 10. in Innsbruck: Hämatologiekurs für Fortgeschrittene mit Übungen. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

STANDARTINE

Standartin antitussicum®

Codeo-Standartin®

mit 0,1% Dihydrocodein.bitart. in 125 g (= 100 ccm) und
250 g (= 200 ccm)

Ephedro-Standartin®

und Standartin-Hustentropfen®

- 16.—21. 10. in Wien: 21. Österreichischer Ärztekongreß (Van-Swieten-Tagung). Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, A-1010 Wien, Stadlongasse 6—8.
- 16.—27. 10. in Erlangen: Fortbildungskurs für Röntgenhelferinnen. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85.
- 19.—21. 10. in Bad Homburg v. d. H.: Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Zörkendörfer, 4902 Bad Salzuflen, Extersche Straße 30.
- 19.—21. 10. in Mannheim: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Zytologie gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Zytologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. H.-J. Soost, 1. Universitäts-Frauenklinik, 8000 München 15, Maistraße 11.
- 20.—21. 10. in Hamburg: 10. Wissenschaftliche Tagung der norddeutschen Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenkrankheiten. Auskunft: Med.-Dir. i. R. Dr. Saegler, 2000 Hamburg 73, Birrenkovenallee 17.
- 20.—22. 10. in Wiesbaden: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, 4000 Düsseldorf, Lindemannstraße 38.
- 21.—22. 10. in Bad Nenndorf: Fortbildungskurs für Ärzte der Ärztekammer Niedersachsen, Bezirksstelle Hannover (Thema: „Aktuelle Krebsproblematik“). Auskunft: Dr. A. Evers, 3052 Bad Nenndorf, Balneologisches Institut.
- 21.—23. 10. in Bad Nauheim: Fortbildungsveranstaltung der Landesärztekammer Hessen (EKG-Kurs, 2. Teil). Auskunft: Landesärztekammer Hessen, 6000 Frankfurt, Großstraße 6.
- 23.—26. 10. in Erlangen: Kurs zur Einführung in die gastroenterologische Endoskopie. Auskunft: Dr. R. Ottenjann, 8520 Erlangen, Medizinische Universitätsklinik, Krankenhausstraße 12.
- 23.—26. 10. in Stuttgart-Hohenheim: 8. Internationales Seminar der Gesundheitskommission der Deutschen Gesellschaft für die Vereinten Nationen. Auskunft: Prof. Dr. H. J. Jusatz, 6900 Heidelberg, Kaiserstraße 14.
- 23.—27. 10. in Hamburg: 27. Gynäkologischer Fortbildungskurs. Auskunft: Universitäts-Frauenklinik und Poliklinik, 2000 Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 23.—27. 10. in Neuberberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuberberg bei München, Ingoistädter Landstraße 1.
- 25.—28. 10. in Essen: 12. Internationaler Phlebologen Kongreß in Gemeinschaft mit dem Jahreskongreß der Société Française de Phlébologie. Auskunft: Prof. Dr. N. Klücken, 4300 Essen, Hufelandstraße 55.
- 25.—29. 10. in Hamburg: 53. Tagung der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. Gardemin, 2000 Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 25.—26. 10. in Baden-Baden: 11. Herbsttagung für Balneologie und physikalische Therapie. Auskunft: Dr. R. Walter, 7570 Baden-Baden, Sofienstraße 36.
- 27.—28. 10. in Erlangen: 2. Kurs für praktische Gastroenterologie. Auskunft: Dr. R. Ottenjann, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Postfach 296.
- 27.—29. 10. in Regensburg: 24. Tagung der Studiengesellschaft für praktische Psychologie. Auskunft: LMR Dr. H. Petri, 4063 Söchting, Rheinisches Landeskrankenhaus.
- 30.—31. 10. in Bad Ragaz: Internationales Symposium der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie. Auskunft: Prof. Dr. N. Markoff, Medizinische Klinik, Kantonsspital, CH-7000 Chur.
30. 10. 1967
bis 2. 2. 1968 in Berlin: Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19 (Charlottenburg), Soorstraße 83.

November 1967:

- 2.—3. 11. in Darmstadt: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie. Auskunft: Prof. Dr. Pässler, 5090 Leverkusen-Schlebusch, Bahnstraße 201.
- 2.—4. 11. in Höxter/Weser: 18. Fortbildungskurs für physikalische Medizin. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Wiedemann, 3470 Höxter, Weserbergland-Klinik.
- 2.—4. 11. in Stuttgart: 4. Fortbildungskongreß für praktische Medizin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg. Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, 7000 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.
- 2.—4. 11. in München: Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft Medizinisch-technischer Assistentinnen (Leitung: Prof. Dr. O. Wieland). Auskunft: Frä. M. Schmidt, Max-v.-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität, 8000 München 15, Pettenkoferstraße 9 a.
- 4.—5. 11. in München: Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. Anacker, Strahlenabteilung des Krankenhauses rechts der Isar, 8000 München 8, Ismaninger Str. 22.
- 6.—11. 11. in Bern: Fortbildungskurs der Universitäts-Kinderklinik. Auskunft: Dr. E. Gugler, CH-3000 Bern, Freiburgstraße 23.
5. 11. bis
1. 12. in München: I. Sozialmedizinischer Kurs. Auskunft: Münchener Kurse für Arbeits- und Sozialmedizin — „Haus des Arbeitsschutzes“ —, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

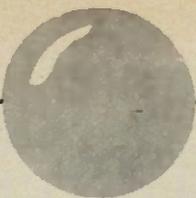
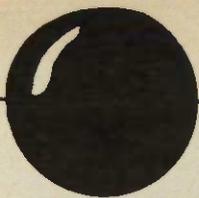


beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Drogees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU



Vertragsgesellschaften
von Ärztekammern

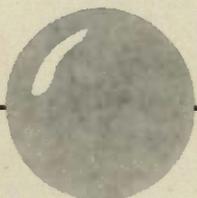
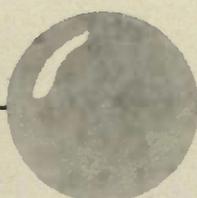
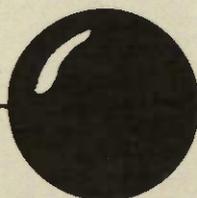
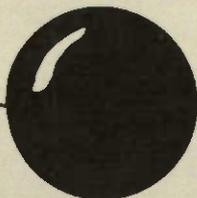


Bezirksärztekammer
Südwestfalen-Lippe

Bayerische
Landesärztekammer

Ärztekammer
Niedersachsen

Bezirksärztekammer
Nordbaden

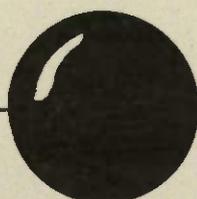
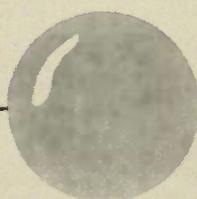
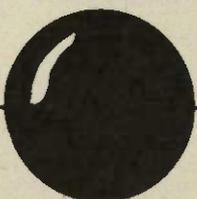
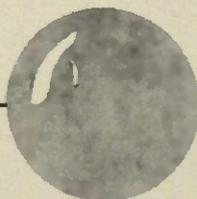


Landesärztekammer Rheinland-Pfalz:
Bezirksvereinigung Koblenz-Montabaur, Pfalz, Trier

Ärztekammer
Hamburg

Bezirksärztekammer
Südbaden

Ärztekammer
Bremen

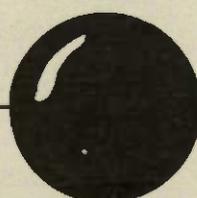
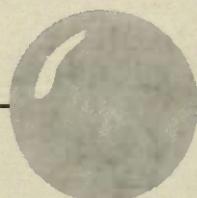
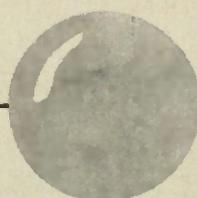
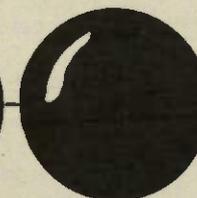
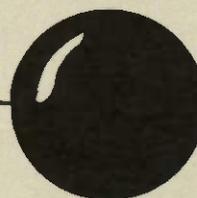


Landesärztekammer
Hessen

Ärztekammer des
Saarlandes

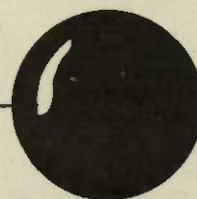
Bezirksärztekammer
Nordwestfalen

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein



Ein Gruppenversicherungsvertrag

mit der Vereinigten:



Der Vorteil

läßt sich leicht errechnen

Bei Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag sind die Prämien für den Arzt bis zu 25 % niedriger als in der Einzelversicherung.

Einige weitere Vorteile: Wartezeiten entfallen, Vorerkrankungen sind mitversichert – Versicherungsleistungen auch beim Kuraufenthalt, bei Erkrankungen im Ausland, bei Berufs- und Sportunfällen.

Für jedes Kalenderjahr, in dem kein Tagegeld beansprucht wird, erfolgt hohe Prämienrückgewähr.

Die VEREINIGTE und ihre Tochtergesellschaft SALUS können auf jahrzehntelange Erfahrung in der Ärzteversicherung zurückblicken. Die Gruppenversicherungen umfassen:

- Krankentagegeld, abgestimmt auf den individuellen, unterschiedlichen Bedarf des niedergelassenen und angestellten Arztes
- Krankenhaustagegeld für den niedergelassenen und angestellten Arzt
- Krankenhauskostenersatz für die Familienangehörigen des Arztes



VEREINIGTE KRANKENVERSICHERUNG A.G.

Generaldirektion · 8000 München 23 · Leopoldstraße 24

- 9.—11. 11. in Gießen: VI. Arbeitstagung für Fachärzte der Chirurgie. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchheimstraße 10.
- 10.—14. 11. in Frankfurt: 5. Arbeitstagung der Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung. Auskunft: Prof. Dr. H. Junghanss, 6000 Frankfurt NO 14, Friedberger Landstraße 430.
- 18.—19. 11. in München: 7. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Sekretariat der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin e. V., 8036 Herrsching vor München, Summerstraße 3.
- 18.—19. 11. in Oppenheim/Rhein: 2. „Oppenheimer Gespräch“ der Arbeitsgemeinschaft für prä- und postoperative Tumortherapie im Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Auskunft: Sekretariat des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 6500 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.
- 24.—26. 11. in Gießen: Fortbildungskurs in Strahlenheilkunde. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchheimstraße 10.
- 24.—26. 11. in Köln-Mülheim: Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik e. V. Auskunft: Dr. W. Albath, 9700 Würzburg, Katharinenengasse 3.
27. 11. bis 1. 12. in Frankfurt: Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft für Familienplanung e. V. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Familienplanung e. V., 6000 Frankfurt, Auf der Körnerwiese 5.
27. 11. bis 2. 12. in Wiesbaden: Gynäkologisches und geburtshilfliches Symposium am Krankenbett. Auskunft: Sekretariat der Städtischen Frauenklinik, 6200 Wiesbaden, Idsteiner Straße 111.

Dieses Heft enthält Empfehlungen folgender pharmazeutischer Firmen:

Beiersdorf & Co. KG., Hamburg
 Blonorica KG., Nürnberg
 C. F. Boehringer & Söhne GmbH., Mannheim
 Dr. Braun & Herberg, Bad Schwartau
 Brenner, Alpirsbach
 Diwag, Chem. Fabriken A. G., Berlin
 Dolorgiet KG., Bad Godesberg
 Dorsch & Co. KG., München
 Drugofa GmbH., Köln
 FHER-Arzneimittel-Gesellschaft mbH., Mainz
 Gebr. Giuliani GmbH., Ludwigshafen
 Gödecke & Co. AG., Freiburg
 Dr. Graf & Co., Nachf., Hamburg
 Arzneimittelfabrik Hüls Dr. Albin Hense, Hüls
 Farbwerke Hoechst AG., Frankfurt/Main
 Hormon-Chemie, München
 Ifah GmbH., Uetersen
 Jacopharm, Hamburg-Schnefeld
 Dr. Auf dem Kampe, Arzneimittel, Hamburg-Großflottbek
 Klinge, München
 Krewel-Werke, Eitorf b. Köln
 Lang & Co. KG., München
 Labopharma, Berlin
 Lindopharm KG., Hilden/Rhld.
 Dr. Mann, Berlin
 MEDIMPEX, Budapest
 E. Merck AG., Darmstadt
 Merck-Boehringer-Knoll
 Merckle GmbH., Blaubeuren
 Merrell Pharm. Ges. mbH., Groß-Gerau
 Apoth. Kurt Merz, Steinau
 Arznei-Müller, Bielefeld
 Nadrol-Chemie-Pharma, Osnabrück
 Nordmark-Werke GmbH., Hamburg, Werk Uetersen
 Parke, Davis & Company, München
 Permicutan KG., Dr. Euler, München
 Pharma-Stern A. G., Wedel b. Hamburg
 Recorsan-Gesellschaft, Gräfelfing
 Jul. Redel, Cesra Arzneimittelfabrik, Haueneberstein
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin
 Sanhellos, Berlin-Schöneberg
 Dr. F. Sasse, Berlin
 Sharp & Dohme GmbH., München
 Simons Chem. Fabrik, Gauting
 Südmedica GmbH., München
 W. Schwarzhaupt KG., Köln
 Taeschner & Co., Berlin
 Uzara-Werk, Meisingen
 Wülfing-Arzneimittel, Düsseldorf
 WYETH-Pharma GmbH., Münster-Westfalen

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

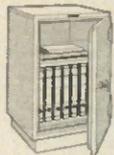
Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. 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 90 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck Richard Pfaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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



FEUER-SAFE-Kleintresor

930° C feuersicher, 80x48x55 cm, 110 kg, 655 DM

Einbautresore ab 78 DM

Bildprospekte senden gern

W. Dreisörner, 6 Frankfurt (Main) 50

Haaberlinstraße 44, Postfach

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

- 1) Dr. Reiss, Berlin
- 2) Vial & Uhlmann, Frankfurt
- 3) Nattermann, Köln
- 4) Bene-Chemie, München

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

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

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

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

MAX STEINHAUSEN

8 München 2, Briener Straße 10, Tel.-Sammelnummer 28 40 84
 genau gegenüber Café Luitpold

OXYMORS

KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMFLORE UND DER NIEREN

Vermifuge Wirkung!

SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWAHRT

bei Oxyuriasis

KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!

6-Tagesp. Nr. 201, Kinderp. Nr. 202, 3-Tagesp. Nr. 203, Tabl. m. Zäpf. Nr. 204, Tabl. P. Nr. 206, Analsalbe Nr. 207, Analsalbe forte