

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 12

München, Dezember 1967

22. Jahrgang

WEIHNACHTSGRUSS

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN!

Wir stehen am Ende eines Jahres, welches den Repräsentanten unseres Staates, aber auch allen seinen Bürgern viele Sorgen gebracht hat. Der Verfall der Konjunktur, die drohende Wirtschaftskrise, die Anzeichen einer beginnenden Arbeitslosigkeit, konnten auch uns Ärzte nicht unberührt lassen. Manches hat sich inzwischen wieder zum Besseren gewendet, doch berechtigt es uns nicht dazu, allzu optimistisch in das kommende Jahr zu blicken. Die materielle Lage der Ärzteschaft kann nicht isoliert vom allgemeinen Geschehen betrachtet werden. Dennoch glauben wir, daß uns fühlbare Schwankungen im ungünstigen Sinne durch die vorausschauende Politik der Kassenärztlichen Vereinigung unseres Landes erspart geblieben sind. Wir werden auch im kommenden Jahr unter Berücksichtigung der allgemeinen Wirtschaftslage alles tun müssen, um den so pflichtbewußt und fleißig arbeitenden bayerischen Ärzten ihren gerechten Lohn zu sichern.

Aber auch andere Entwicklungen erfordern unsere volle Aufmerksamkeit. Die Freizügigkeit in der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft rückt auch für uns Ärzte näher. Die uns auferlegte Koordinierung der Bedingungen der Berufsausübung stellt uns vor schwierige Fragen und legt uns Verpflichtungen auf, die nur im Blick auf das Ziel eines gemeinsamen Europas voll verständlich erscheinen können.

Die Entwicklung der Medizin in ihren Beziehungen zur sozialen Umwelt greift zunehmend ein in die Struktur der ärztlichen Berufstätigkeit und Praxis. Immer mehr werden wir uns den neuen Aufgaben der Gesundheitsversorgung zuwenden. Damit erhält die ärztliche Aufgabe eine Abrundung, in der mit Sicherheit auch eine zunehmende Befriedigung über Sinn und Ergebnis ärztlicher Arbeit liegen wird. Wir können nur immer wieder unsere Kolleginnen und Kollegen bitten, sich diesen neuen Aufgaben, die auf den Arzt zukommen, nicht zu verschließen, sondern sie positiv aufzunehmen und zu erfüllen.

Die freie Berufsausübung des niedergelassenen Arztes – unlösbar verbunden mit dem Grundsatz der freien Arztwahl – steht vor einer schweren Bewährungsprobe. Wir wollen hoffen, daß wir sie bestehen und damit die Generation, welche nach uns kommt, den Begriff der ärztlichen Freiheit nicht allein als Geschichte kennenlernt.

Die ärztliche Berufsvertretung hat in dem zu Ende gehenden Jahr Kraft und Initiative bewiesen. Zwei Höhepunkte unseres Standeslebens – der 70. Deutsche Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen und der 20. Bayerische Ärztetag in München – haben dies eindrucksvoll gezeigt. Möge auch das kommende Jahr gekennzeichnet sein durch die Geschlossenheit und das zielbewußte Handeln der Ärzte unseres Landes und ihrer Berufsvertretung.

Allen unseren Kolleginnen und Kollegen und ihren Familien wünschen wir auch an diesem Jahresende frohe und gesegnete Weihnachtstage und ein glückliches, erfolgreiches neues Jahr.

Dr. Sewering

Dr. Sondermann

Weihnachtsaufruf der ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Der diesjährige Aufruf der ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen des Bundesgebietes an die Kollegenschaft, der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ bei der Erfüllung ihrer Aufgabe zu helfen, steht unter einer besonderen Dringlichkeit.

Immer noch steigt die Zahl der von der Stiftung betreuten Kollegenkinder. Es sind ja nicht nur die Söhne und Töchter unserer Kollegen aus dem anderen Teil Deutschlands, die unsere Hilfe benötigen, sondern ebenso sehr die Voll- und Halbwaisen aus unseren eigenen Kreisen, die schlecht oder unversorgt ohne uns keine angemessene Berufsausbildung bekommen können. Die Mittel unserer berufsständischen Versorgungseinrichtungen reichen in vielen Fällen dafür genauso wenig aus wie die — oft nur sehr kurzfristig möglich gewesene — eigene Vorsorge. Durch das freiwillige Gemeinschaftswerk aller ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen, eben die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, konnten wir seit ihrem Bestehen über 1000 Kollegenkindern den Abschluß einer guten Berufsausbildung ermöglichen. Über 800 bedürfen unserer laufenden Hilfe.

Aber nicht nur die Zahl unserer Schützlinge steigt; auch der Umfang der im Einzelfall erforderlichen Hilfe hat sich zwangsläufig erweitert. Je länger die Trennung vom Eltern-

haus oder das Auf-sich-selbst-angewiesen-Sein dauert, destomehr schwinden die Reserven an Kleidung, Büchern oder Geldmitteln für äußerste Notfälle. Selbstverständlich werden alle öffentlichen und caritativen oder auch familiären Unterstützungsmöglichkeiten zuerst und in vollem Umfang in Anspruch genommen, trotzdem wächst der Bedarf an Hilfe durch uns.

Da wir wissen, daß bisher immer die dringendsten Mittel durch freiwillige Spenden der Kollegen fast aufgebracht wurden, sind wir sicher, daß auch an diesem Weihnachtsfest dieser Aufruf nicht ungehört verhallen wird. Wir danken allen denjenigen, die bisher schon laufend oder einmalig eine Spende gaben. Sie haben jungen Menschen geholfen, mit ihrem unverschuldeten Schicksal besser fertig zu werden. Mehr als das, Sie haben unsere Kollegenfamilien in der Zone, unsere Witwen und Waisen von Sorgen befreit, die ihnen sonst niemand genommen hätte.

Wir bitten Sie, dies auch an diesem Weihnachtsfest nach Ihren Möglichkeiten zu tun. Laufende — wenn auch kleine — Dauerspenden ermöglichen uns längere Unterstützungszusagen. Für sie sind wir deshalb besonders dankbar. Weihnachten ist ein Fest der Freude und Dankbarkeit. Wir alle sollten sie schenken und empfangen.

MIT BESTEN KOLLEGIALEN GRÜSSEN

Prof. Dr. Fromm

Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Voges

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Joussen

Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V.

Dr. Odenbach

1. Vorsitzender des Verbandes der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund)

Dr. Roos

Bundsvorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V.

Frau Minister Dr. Lena Ohnesorge

1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes

Dr. Walther

Vorsitzender des Deutschen Kassenarztverbandes

Dr. Sachse

Vorsitzender des Berufsverbandes der praktischen Ärzte Deutschlands e. V.

Dr. Waldmann

1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (AFB) — Verband der Fachärzte Deutschlands — e. V.

Prof. Dr. Hopf

1. Vorsitzender des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Dr. Hufnagl

Vorsitzender des Bundes Deutscher Medizinalbeamten

Dr. Knott

Präsident des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte e. V.

Dr. Ostermann

1. Vorsitzender des Freien Verbandes deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Scharnagl

Vorsitzender des Interessenverbandes deutscher Zahnärzte e. V.

Für die Avisierung Ihrer Spende benutzen Sie bitte die beiliegende Spendenkarte bzw. den Spendenschein. Für Ihre Direktüberweisung erlauben wir uns, Anschrift und Kontennummern anschließend anzugeben: Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, 7000 Stuttgart-Degerloch, Postfach 252; Dresdner Bank Stuttgart Nr. 497 977, Württembergische Landessparkasse Stuttgart Nr. 59 194, Städt. Girokasse Stuttgart Nr. 2 481 218, Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33.

Aus der Neurologischen Universitätsklinik Würzburg (Direktor: Professor Dr. G. Schaltenbrand)

Die epidemiologische Forschung in der Neurologie (Geoneurologie)

unter besonderer Berücksichtigung der Multiplen Sklerose*

Von Hans B a m m e r

Meinem verehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Georges SCHALTENBRAND,
zum 70. Geburtstag am 26. November 1967 in Dankbarkeit gewidmet

„Es ist nur allzu deutlich, daß... in der großen Familie der Medizinischen Wissenschaften die Geschichte der Medizin und die medizinische Geographie nicht mehr als vollwertige Mitglieder mit maßgebender Stimme betrachtet werden, sondern viel eher als Hofdamen, die lediglich dazu dienen, festlichen Gelegenheiten Glanz zu verleihen.“
(STOKVIS, 1896)

Die Geschichte der medizinischen Geographie reicht bis in das 5. Jahrzehnt v. Chr. zurück, als HIPPOKRATES seine Schrift „Über Lüfte, Wasser und Orte“ schrieb. HERODOT berichtete über die Medizin in Ägypten, Babylon und Persien. Im Beginn der Neuzeit bereiste PARACELSUS ganz Europa und den Nahen Osten. Er sagte dazu selbst: „die Krankheiten wandern hin und her, soweit die Welt ist und bleiben nicht an einem Ort; will einer viel Krankheiten erkennen, so wander er auch.“

Vor allem im 18. und 19. Jahrhundert entstanden zahlreiche Untersuchungen über die Krankheiten in einzelnen Ländern und Städten. So z. B. die Studien über die Erkrankungen in London von FOTHERGIL (1751) und die berühmten Untersuchungen über die Erkrankungen des Mississippi-Tales von Daniel DRAKE (1850). 1792 bis 1795 versuchte FINKE in Leipzig alle bisher erreichbaren Bücher in einer Medizinischen Geographie zusammenzufassen. Das hervorragendste Werk aber dieser Art ist das 1881 bis 1886 in 3 Bänden erschienene „Handbuch der historisch-geographischen Pathologie“ von August HIRSCH.

Im Ausgang des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts geschah wenig auf dem Gebiete der geographisch-medizinischen Forschung. Sie war unter dem Begriff der „Tropenmedizin“ von der allgemeinen medizinischen Pathologie abgesondert worden (ACKERKNECHT). Die von ASKANAZY 1929 in Genf gegründete „Internationale Gesellschaft für geographische Pathologie“ und die 1931 in Deutschland von Heinz ZEISS geschaffene „Geomedizin“ waren Versuche, die alte Wissenschaft zu neuem Leben zu erwecken.

Die „Geomedizin“ von ZEISS sollte sich nicht nur mit den Krankheiten, sondern auch mit der Gesamtmedizin, insbesondere der Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung in verschiedenen Gebieten befassen. Sie war viel dynamischer und umfassender als die frühere geographische Pathologie und forderte die Zusammenarbeit von Ärzten, Tierärzten, Botanikern, Geographen, Meteorologen, Agronomen, Entomologen und Geologen, um Zusammenhänge zwischen Wetter, Boden, Klima mit den Erkrankungen von Menschen, Tieren und

Pflanzen aufzuklären. Es war der eigentliche Neuanfang der geographischen Medizin auf breiter Basis, wie wir sie heute in den modernen epidemiologischen Forschungen wiederfinden.

Die großen Truppen- und Menschenbewegungen des zweiten Weltkrieges zwangen die Staaten, sich intensiver denn je wieder mit den Fragen der geographischen Medizin zu befassen. Die rasche Entwicklung der Verkehrswege im Anschluß an den Krieg trieb diese Entwicklung weiter voran. Heute wird sie in erster Linie von den Weltorganisationen einschließlich der epidemiologischen Sektion für Neurologie getragen, aber auch von nationalen Institutionen, wie z. B. der Abteilung für Epidemiologie am „National Institute of Health“ in Bethesda. Die großen Forschungsteams in Sowjet-Rußland und der Tschechoslowakei haben in den letzten beiden Jahrzehnten die Epidemiologie der Frühsommerenzephalitis bzw. der zentraleuropäischen Zeckenzephalitis aufgeklärt.

Anstelle von geographischer Medizin oder medizinischer Geographie sprechen wir heute allgemein von Epidemiologie, ein Ausdruck, der sich international durchgesetzt hat. Die Bezeichnung „Geomedizin“ wird von namhaften Historikern wegen ihres politischen Ursprunges — sie diente damals der Geopolitik — und auch aus sprachlichen Erwägungen (SIGERIST) abgelehnt. Für die geographische Neurologie würden wir die Bezeichnung „Geoneurologie“ vorschlagen, an der auch der humanistisch Gebildete keinen Anstoß nehmen dürfte.

Unter Epidemiologie verstand man früher die Lehre von der Ausbreitung übertragbarer Krankheiten. Heute ist dieser Begriff weit ausgedehnt worden, und nach der neuesten Definition bezeichnet man damit die „Wissenschaft, die sich mit allen Faktoren und Bedingungen befaßt, welche mit Erkrankungen abnormer Zustände der menschlichen Gemeinde zusammenhängen“. (Encyclopaedia Britannica 1962.) Auf diese Art der Epidemiologie stützt sich heute die Strategie der öffentlichen Gesundheitspflege.

Es gibt heute nicht nur eine Epidemiologie der Infektionskrankheiten, sondern auch nichtinfektöser oder chronischer Krankheiten, wie die der Herz-Kreislauf-erkrankungen oder der Multiplen Sklerose. Damit hat die Epidemiologie auch neue Aspekte in der neurologischen Forschung eröffnet. Mit dieser Form der neurologischen Forschung wollen wir uns nun befassen.

Als Grundlage der epidemiologischen Arbeit dienen die folgenden Methoden:

Man bestimmt an einem Stichtage die Zahl der in einer Gemeinde oder einem Lande lebenden Patienten. Diese Zahl, umgerechnet auf 100 000 Personen, bezeichnet man

*) Nach einem Vortrag anlässlich der Tagung der Bayerischen Nervenärzte in Nürnberg am 6. Mai 1967.

als Prävalenz (= Vorkommen). Sie hat sich vor allem bei der Untersuchung seltener chronischer Krankheiten bewährt, die schleichend beginnen und infolge langer Dauer am Ort der Untersuchung kumulieren. Man kann daher, auch wenn die Zahl der jährlichen Erkrankungsfälle oder der Todesfälle bekannt ist, die Prävalenz an einem Stichtage errechnen. Die Prävalenz sagt natürlich nichts darüber aus, ob die Erkrankungen auch tatsächlich am gleichen Orte aufgetreten sind; es werden ebenso die zugezogenen Kranken erfaßt, wie die vor dem Stichtage abgereisten, aber am gleichen Orte früher Erkrankten vermißt werden.

Die Zahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum — meistens für 1 Jahr — in einem Ort, bezogen auf 100 000 Personen, nennt man die *Inzidenz* (= Auftreten). Diese Art von Bestimmung lohnt sich vor allem für akute Erkrankungen kurzer Krankheitsdauer, die bei Stichtaguntersuchungen übersehen werden können. Aus der Inzidenzzahl geht hervor, daß eine Krankheit im definierten Ort auch tatsächlich aufgetreten war.

Die Prävalenz- und Inzidenzbestimmungen werden in der Regel mit Hilfe der zuständigen Krankenhäuser, praktizierenden Ärzte und Versicherungsträger durchgeführt. Sie können durch Haushaltsumfragen und Untersuchungen in kleineren Bevölkerungsgruppen oder Siedlungen ergänzt werden.

Eine dritte Möglichkeit ist die sogenannte *Mortalitäts-Statistik*. Sie gibt die Zahl der Todesfälle pro Jahr und 100 000 Einwohner an. In Ländern mit hochentwickelter ärztlicher Versorgung und gutgeführten Totenscheinen, in denen nicht nur die Todesursache, sondern auch Grund- und Begleitkrankheiten geführt sind, können sie einen nützlichen Beitrag für vergleichend geographische Untersuchungen bringen. Zuverlässiger ist die von SCHALTENBRAND im Rahmen der MS-Forschung zuerst eingeführte Sektions-Statistik. Dabei wird der Prozentsatz der Erkrankungsfälle am Sektionsgut einzelner pathologischer Institute dem Anteil dieser Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung gleichgesetzt.

In den letzten 10 Jahren prüften 2 Arbeitsgruppen die Frage, wie häufig bestimmte, uns aus Sprechstunde und Klinik wohlbekannte neurologische Krankheitsbilder zu finden sind. Der einen Untersuchung von 1955 in Rochester/USA stand nur eine Einwohnerschaft von 30 000 Personen, die fast ausnahmslos von der Mayo-Klinik bzw. den ihr angeschlossenen Krankenhäusern versorgt wird, zur Verfügung (KURLAND). In Nord-England wurde die Stadt Carlisle von einer Ärztegruppe durchuntersucht, die sich auf sämtliche Unterlagen der zuständigen Krankenhäuser, die Mitarbeit aller praktizierenden Ärzte und des staatlichen Gesundheitsdienstes sowie die Todesursachen-Statistik stützte (MILLER u. Mitarbeiter). Überdies wurden etwa 11% der Einwohnerschaft durch Haushaltsuntersuchungen überprüft. Die Untersuchung war von höchstmöglicher Gründlichkeit. So entsprach z. B. der Prozentsatz der durch die Arzt- und Krankenhausaktion erhobenen Epileptiker genau der durch die spätere Fragebogenaktion Erfassten.

In der ersten Tabelle sind einige der wichtigsten chronischen Erkrankungen des Nervensystems aus-

Häufigkeit neurologischer Erkrankungen
pro 100 000 Einwohner

Diagnose	Carlisle 1. 1. 1961 England	Rochester 1. 1. 1955 USA
Epilepsie	548,5	365
Parkinson-Syndrom	112,5	187
MS	81,6	55
Neurosyphilis	74,3	?
ZNS-Tumoren	42,2	73,6
Funkuläre Myelose	33,6	26,4
ALS (Mot. Neur. Dis.)	11,3	6,7
Muskeldystrophie	9,8	6,7
Syringomyelie	8,4	3,3
Myasthenia gravis	2,6*	3,3

*) Leeds (England) 1955

Tabelle 1

gewählt. In der linken Reihe sind die Prozentzahlen der englischen Erhebungen, in der rechten Reihe diejenigen der amerikanischen wiedergegeben. Eine solche Übersicht ist nicht nur von sozialmedizinischer Bedeutung, indem sie u. a. auch den Fachärztebedarf einer Bevölkerungsgruppe belegt, sondern sie ist auch für den medizinischen Unterricht von Nutzen, in dem der Student lernen soll, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, diese oder jene Erkrankung unter seinen Patienten zu finden. Im Prinzip stimmen beide Untersuchungen miteinander überein. An Häufigkeit stehen die zerebralen Anfallsleiden an der Spitze, aber auch Parkinsonerkrankungen und die Multiple Sklerose spielen eine wesentliche Rolle. Die allerhäufigsten Erkrankungen, nämlich die zerebrovaskulären Prozesse (Inzidenz 127/100 000/Jahr), sind als akutes Geschehen in dieser Tabelle nicht aufgenommen, ebenso wie natürlich alle akut entzündlichen und infektiösen Prozesse. Die Fragebogenaktion in Carlisle hat ergeben, daß 6,2% aller Einwohner an Kopfschmerzen und 3,3% aller Einwohner an Migräne leiden. Die Altersinzidenz an Migräne bei Männern und Frauen von Carlisle zeigt ein deutliches Überwiegen der Frauen bis zur Menopause.

Die Epidemiologie vieler Erkrankungen, wie z. B. der Myasthenie, steckt noch in den Kinderschuhen (KURLAND und ALTER). Nach den Mortalitäts-Statistiken wird die Erkrankung in den verschiedenen Staaten Nordamerikas in etwa gleicher Häufigkeit gefunden. Man rechnet hier wie in Kanada als auch in Norwegen und in Neuseeland mit 1 bis 2 Todesfällen an Myasthenie auf eine Million Einwohner, die gleichmäßig über das Land verteilt sein dürften. Die Prävalenzstudien in den Vereinigten Staaten und in England ergaben 2 bis 3 Myasthenien auf 100 000 Einwohner und die durchschnittliche Inzidenz in diesen Ge-

meinden wurde auf 2 bis 5 pro Million Einwohner und Jahr errechnet. Frauen werden etwas häufiger als Männer von der Krankheit erfaßt und erkranken in der Regel auch in einem früheren Lebensalter als diese. In den Vereinigten Staaten erkrankten Weiße wie Farbige in gleichem Umfang. In Ostafrika aber soll es nach HADDOCK keine Myasthenie unter Eingeborenen geben. In einigen Familien wurden mehrere Erkrankungen an Myasthenie unter Geschwistern gesunder Eltern gefunden. Die flüchtige Myasthenie der Neugeborenen von myasthenischen Eltern ist hier nicht berücksichtigt.

Die genannten Zahlen über Myasthenie können nur Annäherungen sein. Jeder Neurologe ist sich bewußt, wie schwierig die Diagnose eines Frühfalles sein kann, und wie sehr hier die Meinungen voneinander abweichen, wie z. B. bei der Diagnose der okulären Form der Myasthenie. In den Mortalitäts-Statistiken wird die Myasthenie wohl als Todesursache, selten aber als Begleiterkrankung zur Geltung kommen. Immerhin hat man bei der Diagnose der Myasthenie die Möglichkeit, mit dem Tensilon- bzw. Curare-Test neben der elektrischen Untersuchung einheitliche diagnostische Kriterien zu benutzen. Viel problematischer ist es bei der Multiplen Sklerose, die in den letzten Jahrzehnten vom geographischen Standpunkt aus äußerst intensiv untersucht wurde. Alle Prävalenz- und Inzidenzstudien müssen sich auf die klinische Diagnostik stützen, für die es keinen einheitlichen und einfach durchzuführenden Test gibt.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen hängen daher sehr vom diagnostischen Standard der Ärzte ab. Abgesehen davon widersprechen sich auch Ärzte gleichen Ausbildungsgrades in etwa 15 bis 30% der Fälle. Die Frühdiagnose der Multiplen Sklerose ist oft schwierig, und es gehen in der Regel 1—2 Jahre dahin, bis eine ausreichend wahrscheinliche Diagnose gestellt werden kann. Aus diesen Gründen hat man immer wieder die schon seit Jahrzehnten vermutete unterschiedliche geographische Verteilung der Multiplen Sklerose mit neuen Methoden überprüft, wobei die intensive Arbeit in Nordamerika und in Mittel- bis Nordwesteuropa geleistet wurde. Demgegenüber sind Untersuchungsergebnisse aus Asien, Afrika und Südamerika sehr dürftig, und die dort erhobenen Befunde kann man nur als Eindrücke, bestenfalls als vorsichtig zu beurteilende Stichproben ansehen. Eine Ausnahme davon bilden die Untersuchungen in Australien und Neuseeland, vielleicht auch der Türkei, vor allem aber die vorzüglichen Studien in Israel.

Die Prävalenz der Multiplen Sklerose in verschiedenen Gebieten Deutschlands schwankt zwischen rund 50—100 MS-Patienten auf 100 000 Einwohner. Auch in anderen mittel- und nordwesteuropäischen Ländern liegt die Prävalenzzahl der Multiplen Sklerose in vergleichbarer Höhe. In Polen und Finnland fanden sich etwas niedrigere Werte mit 20—40 auf 100 000 Erkrankungen pro Jahr.

Die Inzidenz der Multiplen Sklerose in Deutschland liegt aufgrund unserer Untersuchungen (BAMMER) zwischen 4—5 auf 100 000 Einwohner pro Jahr. Sie beträgt auch in der Schweiz, England bzw. Dänemark um 3—5 Erkrankungen pro Jahr.

Das Durchschnittserkrankungsalter liegt in Mitteleuropa wie in den Vereinigten Staaten zwischen dem 25. und dem 30. Lebensjahr, wurde in Nordengland

neuerdings auf 33 bzw. 36 Jahre errechnet. Die durchschnittliche Krankheitsdauer lag nach Berechnung amerikanischer und englischer Autoren auch früher schon um 20 bis 25 Jahre; eine Zusammenstellung von HYLLESTED aus Dänemark ergibt das gleiche Bild. Nach unseren Erfahrungen ist die Krankheitsdauer in Deutschland aber ein halbes Jahrzehnt kürzer (SCHALTENBRAND). Das gilt auch nach GEORGI für die Schweiz, wo nur etwa $\frac{1}{3}$ aller Patienten das 14. Krankheitsjahr überlebt. Nach neueren Statistiken überwiegen die Frauen im Gegensatz zu älteren Untersuchungen, die für eine gleichmäßige Beteiligung der Geschlechter sprachen (WEINBERGER).

Früher nahm man an, daß die Multiple Sklerose in Asien und Afrika nicht vorkomme, daß sie eine Erkrankung der Weißen sei. Mit Verbesserung der neurologischen Diagnostik und im Rahmen der Stichprobenuntersuchungen, die europäische und amerikanische Ärzte in anderen Erdteilen unternahmen, muß man den Standpunkt zunächst dahin gehend korrigieren, daß die Multiple Sklerose auch in Japan, Korea, China, Indien, Indonesien, Nordafrika und Südamerika vorkommt (KURLAND), allerdings werden unter der einheimischen farbigen Bevölkerung nur sehr niedrige Prävalenzzahlen erreicht. So fand man in Japan auf 100 000 Einwohner 2 MS-Kranke.

Unter den Eingeborenen Ostafrikas fand GEORGI überhaupt keine MS-Fälle. DEAN traf in Südafrika niemals MS-Kranke unter Bantus an, und HADDOCK konnte in 8 Jahren keinen einzigen Fall von MS unter Afrikanern in Tansania beobachten. In den Vereinigten Staaten dagegen findet man die Multiple Sklerose unter Negeren, Chinesen und Japanern sehr häufig.

Auch in Polen fand CENDROWSKY MS-Erkrankungen unter Chinesen fast ebensooft wie unter den Einheimischen.

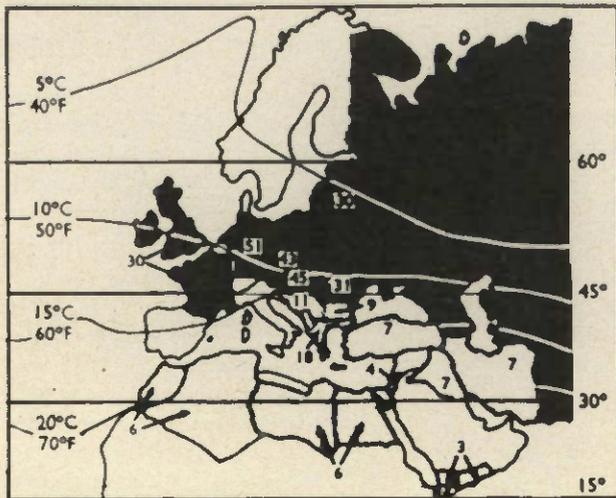
In den letzten Jahren hatte man in Europa und in Nordamerika die geographischen Untersuchungen unter möglichst einheitlichem medizinischem Standard und unter Berücksichtigung aller methodischen Fehler, insbesondere der Ärztedichte, Krankenhausbettenszahl und der Zahl der Fachärzte in den gleichen Gebieten wiederholt. So konnten frühere Befunde erhärtet werden, daß es in Europa und in Nordamerika eine nördliche MS-reiche und eine südliche MS-arme Zone gibt.

Die Korrelation mit der geographischen Breite ist aber nur oberflächlich: man kann nur von einem Band hoher Frequenz in den gemäßigten Zonen sprechen.

Die Kenntnis von Zonen hohen und solchen geringen MS-Risikos eröffnete neue Aspekte für die Epidemiologie der Erkrankungen. Man stellte sich die Frage, was geschehe, wenn Personen aus Zonen hohen Risikos in solche geringen Risikos ziehen und was in der umgekehrten Situation passiere.

In Südafrika ist die MS sehr selten. Einwanderer aus Westeuropa erkranken häufiger an einer MS als die dort Geborenen europäischer Abstammung. Auch in Israel ist das MS-Risiko gering. ALTER u. Mitarbeiter fanden, daß die gesund nach Israel eingewanderten Juden aus Gebieten mit hohem MS-Risiko signifikant häufiger an MS erkrankten als die aus Gebieten geringen MS-Risikos Eingewanderten. Die in Israel geborenen Juden erkrankten, unabhängig vom Herkunftsf-

PREVALENCE OF MULTIPLE SCLEROSIS BY COUNTRY OF ORIGIN



PREVALENCE: ■ 20 100 000
□ 10 100 000

NUMBERS: PREVALENCE PER 100 000 IMMIGRANTS
(nach ALTER et al., 1962)

Abbildung 1

Herkunftsländer der in Israel erkrankten MS-Patienten
Schwarz: Länder hoher MS-Frequenz; hell: Länder niedriger MS-Prevalenz. In die Landkarte eingezeichnete Zahlen: MS-Prevalenz der aus diesen Ländern eingewanderten Gruppen. (Aus: ALTER M. et al in „The Genetics of Migrant and Isolate Populations“, Williams & Wilkins, 1963)

land ihrer Eltern, sehr selten, entsprechend der örtlichen, im übrigen auch in ganz Nordafrika gefundenen, geringen MS-Prevalenz (Abb. 1).

Die MS trat hier im Mittel 9 Jahre nach der Einwanderung auf. Falls man einen Faktor für die hohe MS-Inzidenz der Juden aus dem Gebiet hohen Erkrankungsrisikos annehmen wollte, müßte er mindestens 9 Jahre vorher wirksam gewesen sein.

Die umgekehrte Situation fand ALTER bei 81 MS-kranken Neger in New York. 44 davon stammten aus dem risikoarmen Süden. Diese Patienten erkrankten signifikant später als die in den Nordstaaten geborenen Neger. Sie waren im Mittel im 21. Lebensjahr in den Norden gekommen und dort im Mittel um das 35. Lebensjahr erkrankt. Die Zeit der Exposition gegenüber dem fraglichen Faktor schätzte ALTER auf maximal 14 Jahre.

Vor kurzem erschien eine Arbeit über die epidemiologische Analyse der in der amerikanischen Armee aufgetretenen Fälle während des zweiten Weltkrieges (BEEBE et al.). 389 sichere MS-Fälle wurden mit 389 gleichaltrigen und zum gleichen Zeitpunkt eingezogenen Kontrollfällen mit gleicher Dienstzeit verglichen; dazu kamen 115 andere neurologische Erkrankungen, denen weitere 115 Gesunde nach gleichen Gesichtspunkten ausgewählte Kontrollfälle gegenübergestellt wurden.

Diesen durch jahrelange Nachuntersuchung sorgfältig geprüften Fällen wurde nun eine große Zahl geographischer, klimatologischer, konstitutioneller und soziologischer Faktoren gegenübergestellt. Diese Untersuchungen bestätigten wiederum, daß das höchste MS-Risiko im Nordosten des Landes und das niedrigste im Südwesten des Landes bestand. Kein klimatischer Faktor, vielleicht von der relativen Luftfeuchtigkeit abgesehen, ergab eine ausreichend gesicherte Korrelation zum Geburts- und Erkrankungsort dieser Patienten. Das Erkrankungsrisiko der Neger lag unter der Erwartung, und bei Personen des gehobenen sozialen und Bildungsstandes aus den Städten überwog die Erkrankung eindeutig.

Das hervorstechendste Merkmal aber dieser Studien war, daß alle statistisch mit der MS-Erkrankung zu korrelierenden Faktoren zeitlich vor dem Wehrdienst lagen. Die Autoren kamen daher zu dem Schluß, daß etwaige pathogenetische Faktoren der Multiplen Sklerose in den frühen Lebensjahren wirksam gewesen sein dürften.

In Dänemark, Norwegen, Nordschottland, Schweden und der Schweiz waren die MS-Fälle nicht gleichmäßig über das Land verteilt, sondern in bestimmten Gebieten auffällig konzentriert. Diese Unterschiede in der Prevalenz lagen jenseits der Zufälligkeit. In Dänemark und in der Schweiz wurden die Untersuchungen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten von verschiedenen Ärztgruppen durchgeführt, wobei jedesmal eine etwa analoge ungleichmäßige Verteilung der MS-Fälle gefunden wurde (Schweiz: BING und Mitarbeiter 1926 bzw. 1931, und GEORGI und Mitarbeiter 1960; Dänemark: GRAM 1934 und HYLLESTED 1956).

In Dänemark wurden nun die Wohnorte der MS-Patienten zu verschiedenen Zeiten ihres Lebenslaufes geprüft. Die Abweichungen von der Normalverteilung waren um das 15. Lebensjahr am größten, d. h. um diese Zeit fanden sich in Gebieten hoher MS-Prevalenz die meisten, und in den Gebieten niedriger MS-Prevalenz die wenigsten Personen, die später an einer Multiplen Sklerose erkrankten sollten. Falls ein Umgebungsfaktor für die hohe MS-Prevalenz maßgebend war, so dürfte er demnach zwischen dem 16. und 32. Jahre vor der Erkrankung der Patienten eine Rolle gespielt haben.

KURTZKE prüfte die Frage, ob die sogenannten MS-Herde in Norwegen, Schweden, Dänemark und der Schweiz mit gleichartigen Herden anderer Erkrankungen übereinstimmen. Zwei Gruppen von Krankheiten wurden untersucht:

- einmal solche, bei denen man eine Beziehung zur Multiplen Sklerose angenommen hatte, wie z. B. Poliomyelitis, Tuberkulose oder Masern;
- zum anderen waren es Erkrankungen, bei denen pathogenetische Beziehungen mit der MS niemals diskutiert worden waren, wie z. B. die lobäre Pneumonie oder zerebrale Blutungen.

Bei diesen Untersuchungen wurde die Verbreitung der genannten Erkrankungen in verschiedenen Jahren untersucht, nämlich in den Jahren, die in die Kindheit und Jugendzeit der zum Vergleich herangezogenen MS-Gruppe fielen, und in diejenigen, die den Stichtagen der Prevalenzuntersuchungen in den einzelnen Ländern

entsprachen. Die Erkrankungen der Gruppe b) — Pneumonie, Meningitis, zerebrale Blutungen, Karzinom, Epilepsie, Hirntumor, amyotrophische Lateralsklerosen — zeigten zu keinem Zeitpunkt irgendeine Beziehung zur Verbreitung der Multiplen Sklerose. Das gleiche galt auch für die meisten Erkrankungen der Gruppe a) für jeden der geprüften Zeitabschnitte. Das galt auch für die Verbreitung der Poliomyelitis (mit Ausnahme einer oberflächlichen Beziehung zwischen Verbreitung der Poliomyelitis und der Multiplen Sklerose in der Schweiz im Jahre der Prävalenzuntersuchungen, nicht aber in den Jahren der Kindheit). Dagegen fanden sich einige Beziehungen zwischen Verbreitung der Multiplen Sklerose und denjenigen der akuten infektiösen Kindererkrankungen. Das galt für die Schweiz, und bezogen auf die Kindheitsjahre der MS-Patienten auch für Dänemark und Norwegen. Es handelte sich um Scharlach, Masern, Mumps, Diphtherie und Keuchhusten. Das würde den bereits in früheren Jahren erstmals von ADAMS (1962), später auch von PETTE gefundenen erhöhten Masern-Antikörper-Titern im Serum von MS-Kranken entsprechen, ebenso wie den Befunden von REED und ROSS, die leicht erhöhte Mumps-Antikörpertiter bei der gleichen Erkrankung sahen. Hervorzuheben aber ist, daß zumindest in der Schweiz die MS dort häufiger war, wo die Bevölkerungsdichte größer war und, daß gerade in dem Schweizer Material die Verbreitung der Kinderkrankheiten mit der Multiplen Sklerose am überzeugendsten zu sein scheint. Diese Beobachtungen gelten allerdings nicht für Schweden und Dänemark.

In Unterfranken fanden wir in Felduntersuchungen, daß Nachbarschaftserkrankungen auch nach Ausschluß blutsverwandter Fälle etwa 5- bis 10mal häufiger waren, als zu erwarten war (BAMMER).

Aus diesem Grunde prüften wir die Wohnungsabstände aller Patienten zum Zeitpunkt der Geburt, 5 bis 10 Jahre vor der Erkrankung und zum Zeitpunkt der Erkrankung. Bereits 5 Jahre vor der Erkrankung lagen die Wohnungen eindeutig näher zusammen als zum Zeitpunkt vor der Geburt. KURTZKE hat diese Ergebnisse später nachgerechnet und fand die Unterschiede statistisch signifikant.

Wir hatten daher damals schon gefordert, daß man die möglichen pathogenetischen Faktoren bei der Multiplen Sklerose 5 bis 10 Jahre vor dem Ausbruch der Erkrankung suchen müsse.

Auch mathematische Analysen der Lebenserwartung (GAHLEN) und der Krankheitsverläufe nach einem quantitativen Score-System (FOG und Mitarbeiter 1967)

Oberer(---) bzw. unterer(—)Grenze für eine mögliche Latenzzeit nach Exposition in 4 Orten mit erhöhter MS Häufigkeit

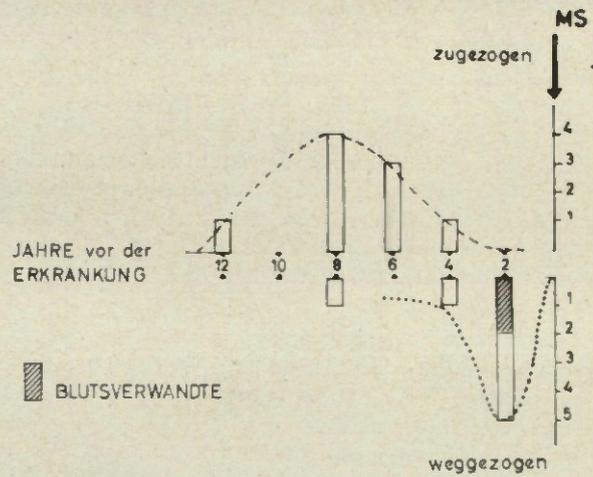


Abbildung 2

sprechen dafür, daß der tatsächliche Beginn der Multiplen Sklerose Jahre vor den ersten klinischen Krankheitszeichen liegen dürfte. Zur Erklärung sei auf die entsprechenden Veröffentlichungen hingewiesen.

In einigen Orten fanden wir eine auffallend hohe Zahl an MS-Erkrankungen. Wir griffen nun 4 Gemeinden, in denen wir in einem Beobachtungszeitraum von fast 20 Jahren MS-Erkrankungen weit über die Erwartung hinaus finden konnten, heraus (Tabelle II).

Unter der unbewiesenen Annahme, daß in diesen Gemeinden ein erhöhtes Risiko für Multiple Sklerose aufgrund eines äußeren Faktors vorliege, wurden die Krankengeschichten von 9 zugezogenen und weiteren 7 nach dem Wegzug erkrankten MS-Patienten geprüft.

Die Abbildung 2 zeigt, wie viele Jahre nach dem Zuzug bei Ortsfremden und wann nach dem Wegzug bei Einheimischen eine Multiple Sklerose aufgetreten war. Die Ortsfremden waren am häufigsten 8 Jahre nach dem Zuzug erkrankt, das könnte die oberste Grenze der Latenzzeit sein. Die Weggezogenen waren um das zweite Jahr ihrer Abwesenheit erkrankt, das könnte eine Mindest-Latenzzeit sein. Unter diesen Fällen war auch ein Flüchtling, der 8 Jahre vor der Erkrankung mit einem Freund in das Dorf kam, 4 Jahre später wieder wegzog und weitere 4 Jahre später an einer MS im Rheinland erkrankte. Gleichzeitig mit ihm erkrankte auch der gleichzeitig zugezogene, aber am Ort verbliebene Freund an einer Multiplen Sklerose.

Auch die Familienerkrankungen können vom epidemiologischen Standpunkt aus betrachtet werden.

Nach neuesten Berechnungen (KURTZKE, POSKANZER) findet man MS-Erkrankungen, bezogen auf 10 000 Personen, unter Geschwistern 40- bis 120mal, unter MS-Eltern etwa 20- bis 60mal, aber fast ebensohoch auch unter MS-Verschwägerten (STEINER). Unter MS-Ehegatten tritt die Erkrankung 6- bis 15mal auf, d. h., nur wenig häufiger als unter der unausgewählten Durchschnittsbevölkerung (BAMMER, MILLER).

In einem auslesefreien Material in 46 Gemeinden fanden wir 11 blutsverwandte und 10 nicht blutsverwandte Familienangehörige mit Multipler Sklerose (BAMMER).

Ort	Einwohner	MS-Fälle	
		zu erwarten	1958
Frammersbach	3 410	3	11 (3)*
Großleidersbach	2 766	3	7 (2)*
Partenstein	2 220	2	5
Marktheidenfeld	4 580	4	8
	12 976	12	31

(*) Anteil der Blutsverwandten

Tabelle II

Vor kurzem berichtete CENDROWSKY über MS-Erkrankungen eines Ehepaares, der einzigen Tochter sowie des Nachbarn in der gleichen Stadt. Es ist der erste Fall in der Weltliteratur über eine Erkrankung beider Ehegatten mit Kind. Der Ehemann war ansässig, Nachbar und Ehefrau waren zugezogen. Nachbar, Ehefrau und Tochter erkrankten 15, 17 bzw. 19 Jahre nach dem Ehemann.

Man hat daher bei Familienerkrankungen in letzter Zeit auch Milieufaktoren beachtet. POSKANZER und MILLER gingen von solchen Überlegungen aus und berechneten die gemeinsame Expositionszeit unter den MS-Blutsverwandten ihres Materials. Sie fanden, daß diese im Mittel 12 bis 32 Jahre vor Beginn der MS-Erkrankung lag.

Nach neuesten Ergebnissen spricht auch die Zwillingsforschung dafür, daß die MS nicht so sehr durch einen genetischen als vielmehr durch einen bedeutenden exogenen Faktor bestimmt wird (MACKAY u. a., 1966). Den letzten Stand der Nachuntersuchungen der drei bisher bekannten auslesefreien Zwillingsreihen zeigen die folgenden Tabellen III und IV.

Eineiige Zwillinge

	kon- kordant	dis- kordant	Summe
THUMS (1944/51)	1	12	13
BAMMER u. a. (1960)	1	5	6
MACKAY u. a. (1966)	6 + 3?	30	39
	8 + 3?	47	58

Tabelle III

Zweieiige Zwillinge

	kon- kordant	dis- kordant	Summe
THUMS (1944/51)	1?	29	30
BAMMER u. a. (1960)	1 + 1?	5	7
MACKAY u. a. (1966)	3 + 3?	23	29
	4 + 5?	57	66

Tabelle IV

Wir haben aus den epidemiologischen Untersuchungen gelernt, daß die MS in den gemäßigten Zonen Nordamerikas und jenseits des 35. bis 50. Breitengrades auffallend häufig ist. Dagegen ist sie in Afrika und Asien sehr selten und dann nur unter Weißen, die ihre Jugend in Europa verbrachten. Farbige, die in den Zonen hohen MS-Risikos im Norden Europas und Amerikas aufgewachsen sind, erkranken häufiger an der Multiplen Sklerose — wahrscheinlich fast ebenso häufig wie die dort lebenden Weißen.

Die Studien an wandernden Bevölkerungen und an Gruppenerkrankungen erweckten den Verdacht, daß es sich bei der Multiplen Sklerose um eine exogene Erkrankung mit langer Latenzzeit handeln könnte, wobei die pathogenetischen exogenen Faktoren noch nicht widerspruchsfrei erfaßt werden konnten. Klimatische und geologische Faktoren scheinen ebenso wie die Ernährung keine Rolle zu spielen, soziale und hygienische Faktoren werden allerdings von widersprüchlichen Standpunkten aus weiterhin diskutiert.

Die Intensivierung der geographischen Forschung nach dem zweiten Weltkrieg hat uns in den letzten Jahren auch die Kenntnis zweier Erkrankungskomplexe gebracht, die endemisch in den Inseln des Westpazifik angetroffen werden.

Um 1950 entdeckten ARNOLD, KOERNER und später KURLAND, daß unter der Chamorro-Bevölkerung in Guam die amyotrophische Lateralsklerose etwa 50- bis 100mal häufiger ist als in der übrigen Weltbevölkerung. Es handelt sich um die Einwohner der Marianen-Inseln Guam, Rota und der benachbarten Karolinen, auf die die epidemiologischen Untersuchungen mit der Zeit ausgedehnt wurden. Dabei fand sich, daß diese Erkrankung nur unter der Chamorro-Bevölkerung auftrat, und zwar vorwiegend auf der Insel Guam.

Die Durchsicht alter Statistiken macht es wahrscheinlich, daß die Krankheit bis in den Anfang des 19. Jahrhunderts zurückzuverfolgen ist.

Später stellte man fest, daß diese amyotrophische Lateralsklerose, die sich neuropathologisch und klinisch (in einigen Punkten) von der sporadischen bzw. familiären Form der amyotrophischen Lateralsklerose unterscheidet, häufig mit einem Parkinson-Syndrom und rasch fortschreitender Demenz gekoppelt war. In vielen Fällen traten erst ein Parkinson-Syndrom mit Demenz und später eine amyotrophische Lateralsklerose auf.

Dies war sogar die häufigere Reihenfolge, wobei dann das Durchschnittsalter des Parkinson-Syndroms bei 54 Jahren, das der amyotrophischen Lateralsklerose bei 56 Jahren lag und die Gesamtkrankheitsdauer kürzer war. In den selteneren Fällen, wo die amyotrophische Lateralsklerose das erste Symptom war, trat sie im Durchschnitt mit 51 Jahren auf, und erst nach einem Intervall von 6 Jahren entwickelte sich das Parkinson-Demenz-Syndrom. Bei neuropathologischer Untersuchung klinisch reiner GUAM-ALS-Fälle fanden sich aber auch histologische Hinweise für ein beginnendes Parkinson-Demenz-Syndrom. In keinem dieser Fälle fand man in der Vorgeschichte Hinweise für eine Enzephalitis oder andere fieberhafte Erkrankungen. Bei der histologischen Untersuchung dieser Fälle fand man ALZHEIMERSche Neurofibrillen-Veränderungen und interzytoplasmatische granulovakuoläre Einschlusskörperchen (ELIZAN et. al.).

Man war zunächst der Meinung, daß es sich um eine genetisch bedingte Erkrankung handelt, zumal unter den Familienangehörigen erkrankter Chamorros häufiger ALS-Fälle waren, als unter den Familienangehörigen Gesunder. In den Jahren 1962 bis 1965 aber beobachtete man das gleiche Krankheitsbild unter 13 Nicht-Chamorros verschiedener Abstammung. Davon waren zwei Philippinos und ein Koreaner mit Chamorro-Frauen verheiratet und ein weiterer Philippino und ein Kaukasier lebten lange Zeit in Eingeborendörfern. Die bisherige Vorstellung, daß hier eine dominant autosomal übertragbare Erkrankung der Chamorro-Bevölkerung vorliege, wurde weiterhin dadurch erschüttert, daß neue Endemiebezirke außerhalb der Chamorro-Bevölkerung und der Marianen festgestellt wurden. 1961 beschrieb KIMURA eine Konzentration von ALS-Fällen in Mitogava auf der Kji-Halbinsel in Japan, und 1963 berichtete GAYDUSEK über eine ähnliche Konzentration von ALS-Fällen um Kepi auf Neu-

guinea. Die Frage, ob Nahrungsgewohnheiten, ob Schwermetalle, insbesondere Mangan, oder aber eine besondere Infektion zu der neurologischen Schädigung führen, blieb bisher unbeantwortet. Immerhin fand man, daß die Nuß *cycas circinalis*, die die wichtigste Stärkequelle der Eingeborenen ist, das hepatotoxische und karzinogene Cycasin enthält. Dieses ruft bei Kühen in Australien eine Entmarkung der Hinter- und Seitenstränge hervor. Daß sich eine chronische Poliomyelitisinfektion dahinter verbergen könnte, ist aus zweierlei Gründen unwahrscheinlich: Die Poliomyelitis war in Guam bis 1899 unbekannt, wogegen die ALS ja schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts dort bestanden haben muß, und weiterhin waren die Serumtitel gegenüber Poliomyelitisvirus bei den Patienten mit ALS-Syndrom nicht höher als bei den Kontrollen. Der Liquor war unauffällig und serologisch konnte man keine Hinweise auf eine bekannte Viruserkrankung finden. Der Versuch, Material vom Gehirn verstorbener Patienten mit ALS-Parkinson-Demenz-Syndrom Schimpansen oder anderen Affen zu überimpfen, verlief bisher ergebnislos.

Die zweite Erkrankung wurde 1950 im australischen Teil der Insel Neuguinea entdeckt. Es handelt sich um die *Kuru-Erkrankung*, „Kuru“ heißt auf deutsch soviel wie „Zittern“. Sie tritt unter der Fore-Bevölkerung auf, die das nordöstliche Hochland von Neuguinea bewohnt.

Die ersten Todesfälle an Kuru dürften zwischen 1920 und 1925 in Avande aufgetreten sein. Von dort aus breitete sich die Erkrankung sehr langsam aus. Man schätzt etwa 1 Meile pro Jahr. Sie entwickelte sich nach dem Süden, später auch gegen Westen und Norden (HOTCHIN). Es erkrankten in erster Linie Frauen, in zweiter Linie Kinder und nur ganz selten Männer. Sie erreichte 1950 einen Höhepunkt, indem sie etwa 1% der Gesamtbevölkerung erfaßte und in den einzelnen Gemeinden 5 bis 50% der Gesamt mortalität ausmachte. Die Kuru-Erkrankung zeigt sich in zerebellärer Ataxie und Tremor ohne entzündliche Liquorveränderung. Sie wurde von manchen Autoren mit der subakuten zerebellären Atrophie bei Ca-Erkrankungen verglichen. Die Patienten siechen in einem Jahr dahin.

SCHALTENBRAND, der über eine kuruähnliche Erkrankung in Deutschland berichtete, weist auf die Ähnlichkeit des histologischen Bildes von Kuru mit der chronischen oder subakuten sklerosierenden Leukoencephalitis (van BOGAERT-DAWSON) hin und glaubt, daß diese Erkrankung nicht nur auf Neuguinea beschränkt ist (SCHALTENBRAND und Mitarbeiter, 1967).

SCHALTENBRAND bezweifelt auch, daß der Liquor bei Kuru-Patienten völlig normal sei, wie das bisher mitgeteilt wurde, denn er fand in allen neurohistologisch selbst untersuchten Kuru-Fällen Plasmazellen und lymphozytäre Infiltrate in den Meningen. LOWENTHAL (1964) sah im Liquoreiweißbild von Kuru-Fällen öfters die Alpha-2-Globuline vermehrt.

Da das Leiden nur unter der Fore-Bevölkerung auftrat und auch unter dieser Bevölkerung blieb, wenn sie sich infolge von Stammeszwisten bei der Wanderschaft mit anderen Bevölkerungsgruppen mischen mußten, vermutete man eine kongenitale Erkrankung. Seit 1957 steht dieses Gebiet unter fortlaufender Kontrolle durch verschiedene Wissenschaftler.

Inzwischen sind 1450 Kuru-Fälle registriert worden. Im Laufe dieser Zeit zeigte sich ein Wandel des Krankheitsbildes, indem die Krankheitsfälle unter den Kindern ab- und unter den älteren Altersgruppen (auch männlichen Geschlechts) zunahmen, und die allgemeine Mortalität zurückging. Daß die Erkrankung Frauen und Kinder befällt, die Männer aber in der Regel verschont, erklärt man damit, daß die Männer abgesondert von den Behausungen der Frauen und Kinder leben. Das gilt insbesondere für die Zeit der Menstruation und der Niederkunft. In dieser Zeit versorgen sich die Frauen gegenseitig. Die Frau des Bruders der Entbundenen ißt die Nachgeburt auf. Für die Verbreitung der Erkrankung hat man auch den Kannibalismus, d. h. die rituale Verspeisung verstorbener Angehöriger beschuldigt. Dabei wird auch das meist unzureichend gekochte Gehirn mitgegessen. Tatsächlich soll auch der Kannibalismus erst 1920 eingeführt worden sein, also etwa gleichzeitig mit dem ersten Auftreten der Kuru-Erkrankung. Man hat an die Möglichkeit gedacht, daß Kuru das Spätergebnis eines Kontaktes mit einem Umgebungsagens bei einer genetisch empfänglichen Bevölkerung sein könnte, das einmal horizontal zu den Frauen und dann vertikal von den Müttern zur Nachkommenschaft übertragen werde. Inzwischen ist es gelungen, durch Überimpfung von Gehirnsuspensionen verstorbener Kuru-Patienten auf Schimpansen eine kuruähnliche Erkrankung im Zerebellum und Hirnstamm zu erzeugen. Von 8 überimpften Affen sind inzwischen 7 nach einer Inkubationszeit von 18 bis 30 Monaten in dieser Art erkrankt. Wegen der langen Latenzzeit sowie der weitgehenden Ähnlichkeit zwischen Menschen-Kuru und Scrapie der Schafe, vermutet man, daß auch Kuru zu den sogenannten langsam und latent wirkenden Viruserkrankungen gehöre.

Die genannten Beispiele sollten erläutern, daß die geographische Medizin auch heute noch einen wesentlichen Beitrag zur allgemeinen Pathologie und auch der Neurologie erbringen kann. Sie ist nur eine Ergänzung, eine der vielen Methoden, die wir gebrauchen müssen, um zu einem universelleren Verständnis der menschlichen Krankheitslehre zu kommen. Wir müssen es wieder lernen, wie es den Ärzten früherer Jahrhunderte vertraut war, daß eine Krankheit nicht nur von Mensch ihr eigenes Gesicht zeigt, sondern auch über Zeit und Raum großen Wandlungen unterworfen ist. Wir müssen als Ärzte auch Historiker und Geographen sein.

Literaturverzeichnis:

1. ABB, L. u. G. SCHALTENBRAND: „Statistische Untersuchungen zum Problem der Multiplen Sklerose.“ II. und III. Mitteilung. Dtsch. Z. f. Nervenheilk. 174, 199 bzw. 174, 219 (1956).
2. ACKERKNECHT, E. H.: „Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten.“ Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1963.
3. ACKERMANN, A.: „Die Multiple Sklerose in der Schweiz.“ Enquete von 1918–22. Schweiz. med. Wschr. 1931, 1245.
4. ALPERS, M.: Epidemiological Changes in Kuru. NINDB Monograph No. 2, „Slow, Latent and Temperate Virus Infections.“ U. S. Department of Health Education and Welfare 1955.
5. ALTER, M.: „Multiple Sclerosis in the negro.“ Arch. of Neurology 7, 83 (1962).
6. ALTER, M., HALPERN, L., KURLAND, L. T., BORNSTEIN, B., LEIBOWITZ, U. and J. SILBERSTEIN: „Multiple Sclerosis in Israel.“ Arch. of Neurology, 7, 253 (1962).
7. BAMMER, H.: „Felduntersuchungen über Multiple Sklerose in Unterfranken.“ Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1960.
8. BAMMER, H.: „Zur Kasuistik der konjugalen Multiplen Sklerose.“ Münch. Med. Wschr. 1961, 2279.

8. BEEBE, G. W., KURTZKE, J. F., KURLAND, L. T., AUTH, T. L. and B. NAGLER: „Studies on the natural history of Multiple Sclerosis: III. Epidemiologic analysis of the army experience in world war II.“ *Neurology* 17, 1 (1967)
10. BING, R. u. H. REESE: „Die Multiple Sklerose in der Nordwestschweiz.“ *Schweiz. Med. Wschr.* 1926, 30
- 10a BREWITS, M., POSKANZER, D. C., ROLLAND, CH. and H. MILLER: „Neurological Disease in an English City.“ *Acta Neurol. Scand.* 42, (1966), Supplementum 24.
11. CENDROWSKI, W. S.: „The role of epidemiologic and genetic factors in the genesis of disseminated sclerosis.“ (engl. Zusammenfassung). *Rozprawy PAN* 1, 5 (1964)
12. CENDROWSKI, W. S.: „An Unusual Cluster of Cases of Multiple Sclerosis in Northern Poland.“ *J. of Neurol. Sci.* 3, 349 (1966)
13. DEAN, E.: „Disseminated Sclerosis in South Africa. It's relationship to sway back disease and suggested treatment.“ *Brit. Med. J.* 1, 842 (1949)
14. ELIZAN, T. S., CHEN, K., MATHAI, K. V., DUNN, D. and L. T. KURLAND: „Amyotrophic Lateral Sclerosis and Parkinsonism-Dementia Complex.“ A Study in Non-Chamorro of the Mariana and Caroline Island. *Arch. of Neurology* 14, 347 (1967)
15. ELIZAN, T. S., HIRANO, A., ABRAMS, B. M., NEED, R. L., van NUIS, C. and L. T. KURLAND: „Amyotrophic lateral Sclerosis and Parkinsonism-Dementia Complex of Guam.“ *Arch. of Neurology* 14, 356 (1966).
- 15a FOG T. and F. LINNEMANN: Studies in the course of Multiple Sclerosis. A mathematicale analysis. In „Zukunft der Neurologie“, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1967.
- 15b GAHLEN, zitiert in „Felduntersuchungen über Multiple Sklerose in Unterfranken“ von H. BAMMER. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1960.
16. GAJDUSEK, D. C. und V. ZIGAS: „Untersuchungen über die Pathogenese von Kuru.“ Eine klinische, pathologische und epidemiologische Untersuchung einer chron. progressiven, degenerativen und unter den Eingeborenen der Eastern Highlands von Neu-Guinea epidemische Ausmaße erreichenden Erkrankung des Zentralnervensystems. *Klin. Wschr.* 1958, 445
17. GEORGI, F., HALL P. und H. R. MÜLLER: „Zur Problematik der Multiplen Sklerose. Geomedizinische Studien in der Schweiz und in Ostafrika und ihre Bedeutung für Ätiologie und Pathogenese.“ S. Karger: Basel-New York 1961
18. GRAM, H. G.: „Den disseminerede scleroses forekomst i Danmark.“ *Ugeskrift for læger* 96, 823 (1934)
19. HADDOCK, D. R. W.: „Neurological Disorders in Tanzania.“ *J. of Tropical Med. Hyg.* 68, 161 (1965)
20. HIRSCH, A.: „Handbuch der historisch geographischen „athologie.“ (In 2 Bänden). Ferdinand Enke Verlag, Erlangen 1960-64
21. HOTCHIN, J.: „Kuru as a Persisting Tolerated Infection.“ *Lancet* (II) 1966, 28
22. HYLLESTED, K.: „Disseminated sclerosis in Denmark.“ Prevalence and geographical distribution. Inaug. Diss. Copenhagen 1936
23. KURLAND, L. T.: „Descriptive epidemiology of selected neurologic and myopathic disorders with particular reference to a survey in Rochester“, Minnesota. *J. Chron. Dis.* (St. Louis) 8, 378 (1956)
24. KURLAND, L. T.: „An Appraisal of Population Studies of Multiple Sclerosis.“ *Ann. New York Academy of Sciences* 122, 529 (1965)
25. KURLAND, L. T.: „Amyotrophic Lateralsclerosis: A Reappraisal.“ NINDB Monograph No. 2, „Slow, Latent and Temperate Virus Infections“. U. S. Department of Health, Education and Welfare (1963) S. 13-22
26. KURLAND, L. T. and M. ALTER: „Current Status of the Epidemiology and Genetics of Myasthenia Gravis.“ In „Myasthenia Gravis“ — herausgegeben von H. R. VIETS, Charles C. Thomas: Springfield 1960
27. KURTZKE, J. F.: „Familial Incidence and Geography in Multiple Sclerosis.“ *Acta Neurol. Scand.* 41, 127 (1965)
28. KURTZKE, J. F.: „On the Time of Onset in Multiple Sclerosis.“ *Acta Neurol. Scandinav.* 41, 140 (1965)
29. KURTZKE, J. F.: „The Distribution of Multiple Sclerosis and other Diseases.“ *Acta Neurol. Scand.* 42, 221 (1966)
30. KURTZKE, J. F.: „An Epidemiologic Approach to Multiple Sclerosis.“ *Arch. Neurology* 14, 213 (1966)
- 30a LOWENTHAL, A.: *Agar gel Electrophoresis in Neurology.* Elsevier Publishing Company, Amsterdam, New York, London, 1967.
31. MACKAY, R. P. and N. C. MYRIANTHOPOULOS: „Multiple Sclerosis in Twins and Their Relatives.“ — Final Report *Arch. Neurology* 13, 449 (1966)
32. MARETSCHKE, M., SCHALTENBRAND, G. und P. SEIBERT: „Statistische Untersuchungen über die Multiple Sklerose anhand von 947 Sektionsprotokollen“. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* 172, 287 (1954)
33. POSKANZER, D. C.: „Epidemiological Evidence for a Viral Etiology for Multiple Sclerosis.“ NINDB Monograph 2, „Slow, Latent and Temperate Virus Infections“. U. S. Department of Health Education and Welfare 1965 S. 65-82.
34. SCHALTENBRAND, G., TROSTDORF, E., ORTHNER, H. und R. HENN: Über eine Kuru-ähnliche Erkrankung in der Bundesrepublik. Deutscher Neuropathologenkongress, Düsseldorf, 1967.
35. SCHAPIRA, K., POSKANZER, D. C. and H. MILLER: „Familial and conjugal Multiple Sclerosis.“ *Brain* 86, 315 (1963).
36. STEINER G.: „Der gegenwärtige Stand der Multiple-Sklerose-Forschung.“ *Schweiz. MS-Liga Schriftenreihe Bern* 1 (1958).
37. SIGERIST, H. E.: „Anfänge der Medizin.“ Europa Verlag, Zürich 1963.
38. WEINBERGER, J.: „Multiple-Sklerose-Vorkommen und Geschlecht.“ *Schweiz Arch. Neurol. Psychiat.* 97, 304 (1966).

Ansch. d. Verf.: Professor Dr. med. H. Bammer, 8700 Würzburg, Neurologische Universitätsklinik und Poliklinik, Staatliches Luitpoldkrankenhaus

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.

Aus dem Bayerischen Staatsministerium des Innern, Gesundheitsabteilung, Leiter: Ministerialdirigent Dr. med. Erich Hein

Poliomyelitis und Schluckimpfung in Bayern

Von H. Drausnick

Der Erfolg der Schluckimpfungen gegen die Poliomyelitis ist geradezu selbstverständlich geworden. Und doch ist es erst sieben Jahre her, seit es in Bayern mit 1182 gemeldeten Erkrankungsfällen eine Poliomyelitis-Morbidität von 12,5* gab. Im Jahre 1960 waren 75 Todesfälle zu beklagen. In weiter zurückliegenden Epidemiejahren betragen die Erkrankungsziffern 10,9 (1956), 9,5 (1952), 19,1 (1948), 9,3 (1941), 12,1 (1938) und 14,5* (1937). Im Jahre 1963 sank die Morbidität auf 0,1. Sie hat diesen Wert nie mehr überschritten (Abb. 1). Einen Sommergipfel gab es seitdem nicht mehr. Die Kinderlähmung tritt bei uns nicht mehr seuchenhaft auf, im Gegensatz zu anderen Ländern, die noch keine Massenimpfungen durchführen. Daran ist bei Auslandsreisen zu denken.

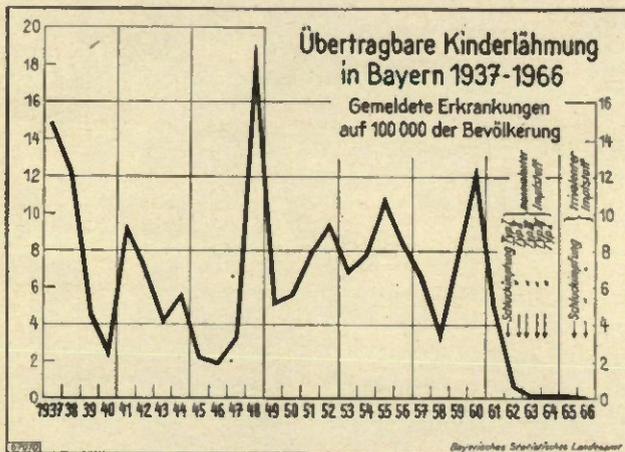


Abbildung 1

Wie fast jeder Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, kann die orale Poliomyelitisimpfung zu Gesundheitsstörungen führen. Die Rate wird mit 1:1 000 000 Geimpften angegeben. Bei den bisher durchgeführten Impfaktionen ging die Zahl der gemeldeten, mit der Impfung in Zusammenhang gebrachten Gesundheitsstörungen laufend zurück.

Nach übereinstimmender Auffassung sind akute fleberhafte Erkrankungen und Durchfall als Kontraindikationen der Impfung anzusehen, nicht dagegen die Schwangerschaft.

Im Jahre 1966 wurden nur drei virologisch bestätigte Erkrankungsfälle an Poliomyelitis Typ 2 bekannt. Es handelte sich um ungeimpfte Kinder im Alter von 1½, 2½ und 10 Jahren. Sie erkrankten in den Monaten Januar, Februar und Oktober. Ein gegenseitiger Zusammenhang ist nicht nachweisbar. Bei allen Erkrankungen bestehen Restlähmungen von Gliedmaßen.

Stuhluntersuchungen bei den bisher im Jahre 1967 bekanntgewordenen zwei Fällen ergaben die Virustypen 2 und 3. Wieder handelt es sich um ungeimpfte Kinder im Alter von 4½ und 1½ Jahren mit Lähmungen.

* Jeweils auf 100 000 der Bevölkerung

Die sporadischen Erkrankungsfälle zeigen, daß Wildvirus immer noch vorhanden, die Kinderlähmung also nicht völlig verdrängt ist.

Gerade jetzt, da es gelungen ist, die Poliomyelitis zurückzudrängen, sollte jede darauf verdächtige Erkrankung virologisch und serologisch abgeklärt werden. Die mehrmalige Einsendung von Stuhl und Blut des Erkrankten und der Leute aus seiner näheren Umgebung sollte daher immer erfolgen. Denn auch andere Enteroviren können das klinische Bild der Kinderlähmung hervorrufen. Im Jahre 1966 erwiesen sich zwei Verdachtsfälle von Polio nach näherer Untersuchung als Echo- und Coxsackievirusinfektionen. Die Markerbestimmung erlaubt Wildvirus von Vakzinavirus zu unterscheiden.

Wie der natürlichen Infektion, folgt der oralen Impfung nach Sabin mit vermehrungsfähigen aber abgeschwächten Erregern von Poliomyelitis eine typenspezifische individuelle Immunität. WEBER nennt als Impfwirkungen:

- humorale Antikörper, die von der zweiten Woche an für lange Zeit im Blut nachweisbar bleiben
- Schutz des Darms gegen eine enterale Reinfektion mit dem gleichen Wildvirustyp schon nach wenigen Tagen
- verminderte Lähmungsrate bei Geimpften während einer Epidemie
- Fehlen des typischen Sommergipfels von Polioerkrankungen nach ausreichender, d. h. mindestens 70- bis 80%iger Durchimpfung der Bevölkerung.

Natürlicher Träger des Wildvirus ist nur der Mensch. Im Geimpften kann sich das durch Schmierinfektion übertragene Virus nicht vermehren. Er unterbricht daher die Infektkette. Der einzelne erhält durch die orale Impfung einen guten Schutz vor der Infektion, die Gefahr seuchenhaften Auftretens der Poliomyelitis wird gebannt. Kontaktinfektionen durch Impfvirus sind in der Wohngemeinschaft der Geimpften offenbar seltener als solche durch Wildvirus. Eine ausreichende Immunisierung derer, die den Impfstoff nicht selbst aufnehmen, bleibt jedoch aus. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, keine Impfücken entstehen zu lassen. Gerade die Nachgeborenen können, wenn sie ungeimpft bleiben, zu einem Reservoir für Wildvirus werden, selbst erkranken und die Kinderlähmung weiterverbreiten. Die Poliomyelitis könnte dann wie in früheren Jahren epidemisch mit den typischen Erscheinungen und mit ihren schweren persönlichen und sozialen Folgen auftreten. Die Wahrscheinlichkeit dafür nimmt mit der Zeit, während der ein Gebiet frei von Poliomyelitis bleibt, zu.

Die Impfung mit Totvakzine (Salk) vermittelt zwar dem einzelnen Schutz vor Lähmungen, sie vermag Morbidität und Letalität zu beeinflussen, weniger aber die Infektion zu verhüten. Denn sie führt nur zu geringer

Darmimmunität. Ihre epidemiologische Wirkung ist also gering, zumal wegen der Notwendigkeit, den Impfstoff zu injizieren, eine hohe Beteiligung der Bevölkerung in Deutschland nicht zu erzielen war. Die Salk-Impfung kann also — insbesondere aus epidemiologischen Gründen — nicht als Ersatz für die Schluckimpfung mit allen drei Erregertypen gelten.

Die wesentlichen Unterschiede zwischen Lebendimpfung (Sabin) und Totimpfung (Salk) zeigt folgende Übersicht nach VIVELL.

	lebend	inaktiviert
A. Wirksamkeit		
Antikörperbildung	+++	++
Verhütung von Lähmungs- erkrankung beim Impfling	+++	++
Verhütung einer späteren Reinfektion mit Wildviren	+++	+
Verhütung d. Ausbreitung von Epidemien	+++	+
Dauer der Immunität	wahrsch. Jahrzehnte	einige Jahre
B. Anwendung		
notwendige Impftermine	2—3	3—4
Auffrischimpfungen	unbekannt	alle 2—3 Jahre
Applikationsart	oral	Injektion
günstigster Impftermin	kalte Jah- reszeit, evtl. bei Epi- demie- gefahr	un- beschränkt
Anwendung beim Neu- geborenen	+	0
Kosten des Impfstoffes	gering	b. konzen- trierten guten Vak- zinen hoch

In Bayern begannen die Schluckimpfungen im Jahre 1962. Es beteiligten sich daran mit monovalentem Impfstoff vom

- Typ I im Frühjahr 1962 rd. 4,3 Millionen
- Typ II im November 1962 rd. 3,3 Millionen
- Typ III im Frühjahr 1963 rd. 3,05 Millionen
- Typ III im November 1963 rd. 190 000
- Typ I im Frühjahr 1964 rd. 319 000

mit trivalentem Impfstoff

- im Oktober 1965
 - beim 1. Impfgang 503 000
 - beim 2. Impfgang 405 000
- im September 1966
 - beim 1. Impfgang 290 000
 - beim 2. Impfgang 250 000

Menschen.

Die Abbildung 2 gibt über die bisher erreichte Durchimpfung der Bevölkerung, gegliedert nach Geburtsjahrgängen und nach dem Erregertyp, Aufschluß.

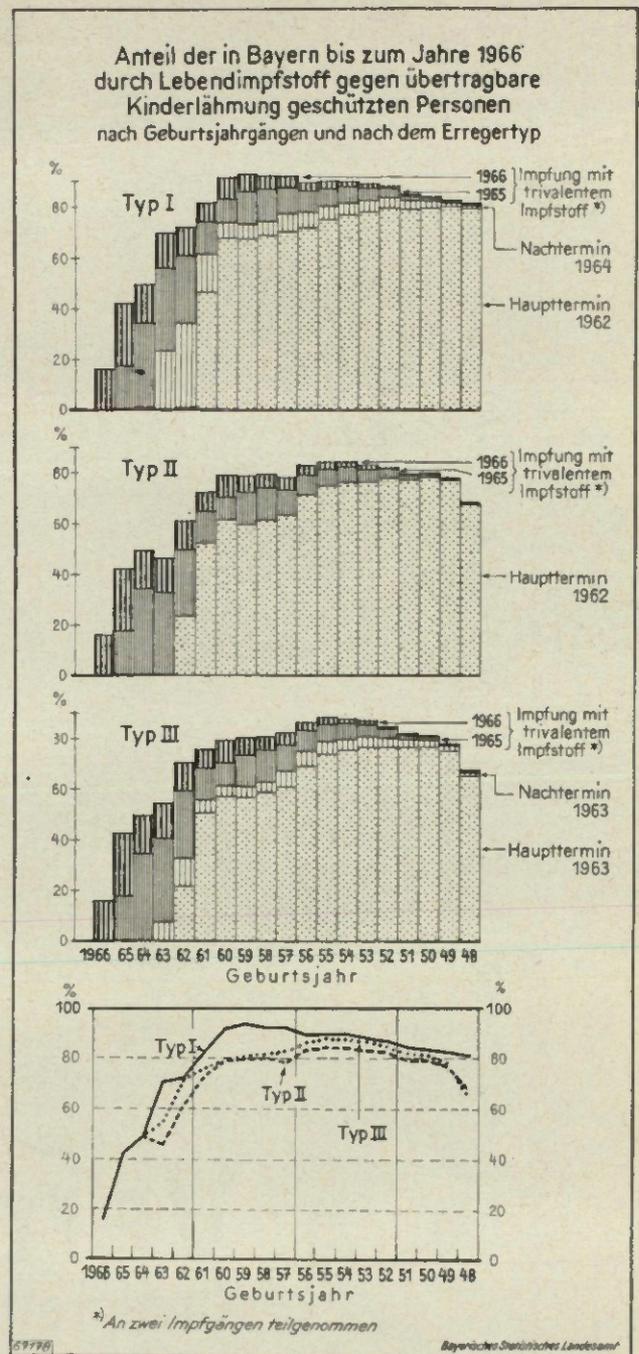


Abbildung 2

Die Durchimpfungsquote liegt bei den Geburtsjahrgängen 1948 bis 1962 über 70%. Sie ist beim Typ 2 niedriger als bei Typ 3 und Typ 1, der die höchste Quote aufweist. Unzureichende Impfquoten zeigen sich bei den jüngeren Kindern vom Geburtsjahr 1962 an. Die Impflücke wird besonders groß bei den letzten Geburtsjahrgängen. So sind von den 1966 Geborenen bisher nur etwa 15% geimpft.

Die Impfbeteiligung sank vom ersten zum zweiten Impfgang mit trivalentem Impfstoff im Jahre 1966 durchschnittlich um 16,0%; sie ging in den kreisfreien Städten im Durchschnitt um 18,6%, in den Landkreisen um 15% zurück.

Übereinstimmend mit einem Beschluß der Gesundheitsminister-Konferenz und den Empfehlungen der Deut-



Askaridiasis

Oxyuriasis

Trichuriasis

Vermicompren[®]

Compretten Saft

Vermicompren-Compretten
enthalten 0,3 g Piperazin-Adipat.
20 Compretten DM 2,15 m.U.
50 Compretten DM 4,35 m.U.
Anstaltspackungen mit 250 Compretten

Vermicompren-Saft ist eine 20% ige
Lösung von Piperazinhexahydrat.
Flaschen mit 60 ml Saft DM 3,45 m.U.



Merck · Boehringer · Knoll

schen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung werden die Ende November begonnenen Nachtermine mit trivalenter Oralvakzine besonders intensiv durchgeführt. Die Gesundheitsämter weisen unter Mitwirkung der Gemeinden die Eltern der seit der letzten Impfung geborenen Kinder mit Postkarte auf die Notwendigkeit der Schluckimpfung hin. Außerdem sollen alle bisher nicht oder nur unvollständig geimpften Jugendlichen — und auch Erwachsene bis zum 40. Lebensjahr — wie früher durch in den Schulen verteilte Aufrufe, Merkblätter, Plakate, Pressemitteilungen und das Werbefernsehen zur Impfung eingeladen werden. Nur Teilnahme an zwei Impfgängen mit trivalenter Vakzine oder je einmalige Aufnahme von monovalentem Impfstoff der Typen I, II und III ist als vollständige Impfung anzusehen und läßt einen ausreichenden Impfschutz erwarten.

Die Untersuchungen über seine Dauer erlauben kein abschließendes Urteil. Somit kann auch die Frage,

wann eine Wiederimpfung der gesamten Bevölkerung notwendig ist, noch nicht beantwortet werden.

Der bisher erzielte Erfolg in der Bekämpfung der Poliomyelitis darf uns nicht zur Sorglosigkeit verleiten. Wir müßten uns Vorwürfe machen, wenn Krankheitsfälle aufträten, die bei ausreichender Durchimpfung vermeidbar gewesen wären.

Die Bekämpfung der Kinderlähmung ist gemeinsame Aufgabe der ganzen Ärzteschaft.

Literaturverzeichnis:

- G. WEBER: Die Poliomyelitis-Schluckimpfung in A. Herrlich, Handbuch der Schutzimpfungen (Berlin 1965)
 E. HEIN: Erfahrungen über die Polioschluckimpfung in Bayern u. weitere Ausblicke. Bayer. Ärzteblatt, 17 (1962), 538
 O. VIVELL: Offene Fragen der Poliomyelitisbekämpfung. Dtsch. med. Wschr. 92 (1967), 1253
 W. ANDERS und A. WINDORFER: Möglichkeiten und Grenzen der epidemiologischen Prognostik bei der Poliomyelitis. Bundesgesundheitsbl. 4 (1961), 402.

Ansch. d. Verf.: ORMR Dr. med. H. Drausnick, 8000 München 22, Odeonsplatz 3

Das behinderte Kind

Vorsorge, Erkennung, Hilfe *)

Von Professor Dr. K. Nitsch, Hannover

Für einen modernen Staat, der, wie die Bundesrepublik, stolz auf seine sozialen Leistungen ist, ist es eine Selbstverständlichkeit, für behinderte Kinder zu sorgen. Das Problem der Sorge für diese Kinder ist aber nicht allein durch die Schaffung von Einrichtungen zu lösen, in denen solche Kinder gepflegt werden, sondern die Hauptprobleme sind: Vorsorge wo irgend möglich, Rehabilitation in weitestem Ausmaße, schließlich echte menschliche Hilfe und Pflege in all den Fällen, wo andere Möglichkeiten nicht oder nicht mehr bestehen. Obwohl Erwägungen wirtschaftlicher Art zu einem solchen Thema eigentlich fehl am Platze sind, dürfen sie, sowohl was die Erfolge echter Vorsorge wie die von Rehabilitationsmaßnahmen angeht, durchaus angestellt werden, denn die Investition ausreichender Mittel für solche Kinder ist sogar wirtschaftlich lohnend.

Zur echten Vorsorge

Unter den vielen Einzelfragen, die hier zu besprechen wären, spielen die sogenannten perinatalen Schäden eine entscheidende Rolle. Die Frage, wie man Schäden, die direkt vor, unter oder nach der Geburt auf das Kind einwirken, verhindern oder möglichst gering halten kann, ist nur mit der Ausweitung unserer Sozialgesetzgebung auf echte präventive Maßnahmen zu beantworten.

Wir halten eine Ausdehnung des Mutterschutzgesetzes auf das Neugeborene und in konsequenter Fortsetzung auf das ganze erste Lebensjahr für eine wesentliche Maßnahme zur Verhinderung oder Geringhaltung solcher perinataler Schäden.

Ein zweites großes Problem ist die Verhinderung des seelischen Hospitalismus, der sogenannten Deprivation von Kindern, die zwangsläufig außerhalb der Familie

groß werden müssen. Die verheerenden Auswirkungen der Massenpflege müssen immer wieder so betont und in den Vordergrund gestellt werden, daß mehr als bisher geschieht, um Kinder zur Adoption zu bringen, das heißt also, die Massenpflege so gut wie möglich abzubauen, darüber hinaus die Bedingungen in solchen Institutionen der Massenpflege auf ein optimales Niveau zu heben.

Selbst bei kongenitalen Anomalien, das heißt also Störungen, die im Augenblick der Geburt schon unabänderlich festgelegt sind, lassen sich durch echte Vorsorgemaßnahmen große Erfolge erzielen.

Bei bestimmten angeborenen Stoffwechselkrankheiten, die zur Entwicklung eines schweren Schwachsinn führen, läßt sich durch Früherfassung und geeignete Diätetik eine im wesentlichen störungsfreie Entwicklung erreichen. Auch dieses Beispiel nur als eine von vielen Möglichkeiten.

Wenn wir durch geeignete Maßnahmen bei all diesen Kindern ihren Aufenthalt in Kliniken auch nur um ein Prozent der Gesamtzahl von Klinikpflegetagen, die diese Kinder erfordern, senken, dann „sparen“ wir bereits Millionenbeträge, die wir in die echte Vorsorge investieren können.

Zu der Frage der bestmöglichen Rehabilitation auch einige Beispiele

Schäden, die um die Geburt herum auf das Gehirn von Kindern einwirken, können zu lebenslänglichen schwersten Behinderungen mit krampfhaften Lähmungen und ähnlichen Folgen führen. Frühzeitige Erfassung mit frühzeitiger Behandlung kann in einem Großteil dieser Fälle die Behinderung hintanhalten oder wesentlich bessern. Was wir dazu benötigen, sind Untersuchungsstellen, in denen solche, vom Gehirn ausgehende Bewegungsstörungen frühzeitig erfaßt werden. Die ambulante krankengymnastische Betreuung mit auf diesem

*) Vortrag bei der konstituierenden Sitzung der „Stiftung für das behinderte Kind“ am 12. 6. 1967 in Bad Godesberg.

Gebiet geschulten Kräften hat z. B. in der Schweiz zu bestmöglichen Erfolgen geführt.

Wenn in jedem Stadt- oder Landkreis nur ein einziges Kind pro Jahr auf diese Weise vor einer lebenslänglichen Behinderung bewahrt bleibt, dann hat sich der Einsatz solcher Untersuchungsstellen und solcher mobilen Krankengymnastinnen nicht nur ethisch, sondern sogar wirtschaftlich gelohnt.

Und wenn ein Kind, aufgrund einer solchen Geburtschädigung, ein Krampfleiden entwickelt, dann entscheidet der Zeitpunkt der Entdeckung und die Qualität der Überwachung auch über ein solches Menschen-schicksal frühzeitig und endgültig.

An einer Fülle von weiteren Beispielen ließe sich der Segen frühzeitiger Erkennung und frühzeitiger Hilfe belegen, sei es bei Erkrankungen der Bewegungsorgane, z. B. auch der Wirbelsäule, sei es bei inneren Erkrankungen, etwa der Harnwege. Aber auch in den Fällen, wo eine echte Heilung durch Früherkennung oder Frühmaßnahmen nicht möglich ist, so bei seh- oder hörgestörten Kindern läßt sich durch optimale Früherfassung und optimale Betreuung Großartiges für die Gesamtentwicklung erreichen. Wer jemals gesehen hat, wie ein angeboren schwerhöriges Kind bis in die ersten Schuljahre hinein als schwachsinnig gewertet wurde und dann das Aufblühen eines solchen Kindes durch die richtige Betreuung trotz des späten Einsatzes erlebt, wird dem zustimmen.

Es wird allerhöchste Zeit, daß der hohe Wert von Vorsorgemaßnahmen erkannt wird und zu einer Fixierung in unserer Gesetzgebung führt. Die Erfolge würden sich nicht nur als sogenannte „gute Tat“ zeigen, sondern sie würden sich auch an einer Großzahl von Fällen als am Erfolg meßbar und wirtschaftlich erfaßbar erweisen.

Termine der Internationalen Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer 1968

Badgastein	10. 3. bis 23. 3. 1968
Davos	11. 3. bis 23. 3. 1968
Montecatini	26. 5. bis 8. 6. 1968
Grado	27. 5. bis 8. 6. 1968
Meran	26. 8. bis 7. 9. 1968
Seminarkongreß	
Grado	9. 9. bis 21. 9. 1968

AUS DEM STANDESLEBEN

Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes für Professor Fromm

Der Präsident des Deutschen Roten Kreuzes, Staatssekretär a. D. Walter BARGATZKY, verlieh am 14. 11. 1967 in feierlicher Form in Bonn dem Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. Ernst FROMM, das Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes.

Neuwahl im Berufsverband der Praktischen Ärzte Deutschlands e. V., Landesverband Bayern

Am 18. 11. 1967 wurde in der sehr gut besuchten Landesversammlung einstimmig wiedergewählt zum

1. Vorsitzenden	Dr. Baluscheck
2. Vorsitzenden	Dr. Zierhut
Schriftführer	Dr. Wallner
Schatzmeister	Dr. Begus
Beisitzer	Dr. Kassel

Aus der Sitzung des Landesgesundheitsrates

Im Bayerischen Staatsministerium des Innern eröffnete am 13. 11. 1967 der Vorsitzende des Landesgesundheitsrates, Abgeordneter Dr. Rudolf SOENNING, die 3. Sitzung dieses Gremiums in dieser Legislaturperiode.

Im Mittelpunkt dieser Sitzung stand ein umfassender Bericht des Leiters der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Ministerialdirigent Dr. Erich HEIN, über das Gesundheitswesen in Bayern. Ministerialdirigent Dr. HEIN und Regierungsdirektor Dr. WILHELM referierten außerdem über gesundheitspolitische und rechtspolitische Fragen von grundsätzlicher Bedeutung. In seiner nächsten Sitzung wird der Landesgesundheitsrat über die angesprochenen Probleme diskutieren.

Der Landesgesundheitsrat beschloß, den Bundesminister für das Gesundheitswesen, Frau Käthe STROBEL, zu einer Aussprache im Frühjahr nächsten Jahres einzuladen, um ihr gesundheitspolitische Sorgen aus der Sicht des Landes Bayern vorzutragen. Wichtigste Themen der Gespräche sollen die Forderungen sein, nach wissenschaftlichen Grundsätzen notwendige Vorsorgeuntersuchungen, wie jetzt schon die Vorsorgeuntersuchungen für werdende Mütter, zu Pflichtleistungen der sozialen Krankenversicherung zu machen. Es sollen auch die seit langer Zeit erhobenen Forderungen nach einer Reform der Bundespflegesatzordnung mit dem Ziel kosten-deckender Pflegesätze besprochen werden.

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

38. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. D. Jahn

1. Hauptthema: Symptom Rheuma

Professor Dr. H. G. FASSBENDER, Mainz:

„Fortschritt in Pathogenese, Klassifizierung und Pathologie rheumatischer Erkrankungen“

Der Begriff „Rheuma“ ist nicht nur klinisch stark ausgeweitet worden und damit in Diskussion geraten. Das „klassische rheumatische Fieber“ charakterisiert sich morphologisch durch die ASCHOFF'schen Granulome, welche man exklusiv im Interstitium des Myokards vorfindet, ohne daß die Herzmuskelfasern selbst direkt betroffen würden. An diesen Mesenchymproliferationen konnte man Komplement nachweisen, was den Niederschlag von Antigenantikörperkomplexen nahelegt. Gegen jene rheumatische Myokarditis lassen sich eindeutig morphologische Befunde abgrenzen, wie man sie vor allem durch die Möglichkeiten der Herzbiopsie während operativer Eingriffe (aus dem Bereich des Herzohres) gewinnen konnte. Hier finden sich zwar auch granulomartige Bezirke, allerdings mit Destruktion der Herzmuskulatur und unter Meidung des Interstitiums. Genauer gesagt, entsteht primär eine Herzmuskelnekrose, in deren Gefolge ein Granulom aufwächst. Pathogenetisch vermutet man hinter dem myoaggressiven Granulom eine sehr lange Anamnese mit Autoaggression noch nicht geklärter Ursache. Die Immunologie muß durch experimentelle Untersuchungen weiterhelfen.

Ein völlig anderes Kapitel ist die sogenannte primär chronische Polyarthrit. Die Erosionen des Knorpels sind Folge eines zerstörenden Granulationsgewebes. Nach entzündlich-exsudativer Fibrinablagerung kommt es zur Organisation durch Histiozyten und Fibrozyten mit Degeneration des umliegenden Knorpels und klinischer Deformierung. Sobald dann die Gelenkknorpelflächen abgetragen sind, stehen sich zwei Wundgebiete gegenüber, was zur Ankylose führen kann. Sicherlich ist die primär chronische Polyarthrit keine isolierte Gelenkerkrankung. Bei genauer Suche lassen sich polyserositive Prozesse an den „Ufergeweben“ finden, was auch hier die Autoimmunpathogenese nahelegt. Klinisch ist sicherlich die Perikarditis bei dem Gelenkleiden ein Nebenbefund; es sei denn, daß das Reizleitungssystem betroffen wird, wie dies vor allem auch vom Amyloid bekannt ist. Bei Feststellung entsprechender EKG-Veränderungen lohnt sich eine Probeexzision aus der Rektumschleimhaut, um dieser Möglichkeit nachzugehen.

Professor Dr. K. O. VORLAENDER, Bonn:

„Aktuelle Fragen der Immunologie und immunodepressiver Therapie rheumatischer Erkrankungen“

Die klinisch moderne Frage zu den rheumatischen Erkrankungen heißt: Besteht eine Autoimmunpathogenese, und gibt es hierzu eine spezifische Therapie? Nicht alle klinischen Schulen sind sich in dieser Diskussion einig, aber die Chronizität und Progredienz scheint kaum anders denkbar. Die sogenannten Rheumafaktoren, die man serologisch schon seit längerem kennt, sind ein

wichtiges Symptom in diesem Geschehen. Eingehende Untersuchungen konnten zeigen, daß bestimmte Globuline mit einer selektiven Sedimentationskonstanten hier mitwirken. Durch die Immunfluoreszenzmikroskopie sieht man, daß am gewebständigen Antigen, z. B. am Knorpelgewebe, zunächst ein Niederschlag von γ -7-S i.S. eines Antigenantikörperkomplexes stattfindet, welcher von sich aus dann als Gesamtheit Antigencharakter gewinnt und Makroglobuline aus der Reihe 19-S als Antikörper provoziert. Im Labor hat man durch Anlagerung von 7-S-Globuline an Latexpartikelchen ein Reagens zur Ermittlung des „Rheumafaktors“ geschaffen, indem man im Serum die Anwesenheit von 19-S-Globulinen testen konnte. Leider ist man bisher in der Definition des Antigens, also des „Primum movens“ unsicher geblieben. Sollte das Antigen aus normalem Gewebe abstammen, wäre die Definition einer Autoaggressionserkrankung gerechtfertigt. Aber auch andere exogene Faktoren, einschließlich Virusinfekte, sind noch in Diskussion. Indessen bleibt klinisch vorrangig, daß eine gesteigerte Immundiathese abzulaufen scheint. Durchaus sind nicht immer zirkulierende Antikörper erforderlich. Immunkompetente Lymphozyten können sich an den primären Immunkomplex anlagern und laufend Antikörper bilden, die lokal destruiierend wirken, ohne im zirkulierenden Blut in Erscheinung zu treten. In dieser Beziehung finden sich viele Parallelen zu den Erkenntnissen bei der Organtransplantation.

Klinisch ist durch die immunologischen Befunde die Verwandtschaft vieler Krankheitsbilder herausgearbeitet worden, was Rheumatoide, Lupus erythematodes, Dermatomyositis, Sklerodermie und manche Kollagenosen in anderem Licht erscheinen läßt. Therapeutisch beginnt sich eine entscheidende Konsequenz abzuzichnen. Die bisher häufig allein geübte antiphlogistische Therapie muß ergänzt werden durch Immunsuppressiva. Die Kortisone bleiben also vorwiegend den akuten Schüben vorbehalten. Im Intervall muß man versuchen, durch Präparate vom Resochin bis zu Zytostatika das immunologische Geschehen zu zerschlagen. Eine eingehende therapeutische Prüfung des Präparates Imurel bewies, daß die Remissionsrate eindeutig reduziert werden kann, aber keinerlei üblicher antiphlogistischer Effekt beobachtbar ist. Weitere klinische Arbeit ist nötig, um aus solchen, noch recht teuren Präparaten ein allgemein brauchbares Medikament herauszukristallisieren.

Professor Dr. V. R. OTT, Bad Nauheim:

„Fortschritte in Differentialdiagnose und Therapie chronisch-entzündlicher rheumatischer Erkrankungen“

Der klinisch etwas verwaschene Begriff chronisch rheumatischer Erkrankungen bedarf heute einer pathogenetisch orientierten Differenzierung, nicht zuletzt aus therapeutischer Konsequenz. Als wichtigste Formen solcher Erkrankungen sind die rheumatoide Arthritis — bislang als primär chronische Polyarthrit bezeichnet — und die Spondylitis ankylopoetica — auch als M. Bechterew bekannt — abzugrenzen.



Prof. Dr. H. G. Faßbender
Mainz



Prof. Dr. K. O. Vorlaender
Bonn



Prof. Dr. V. R. Ott
Bad Nauheim

Die rheumatoide Arthritis ist ohne Beziehung zum „rheumatischen Fieber“. Weniger die Chronizität — auch ein akuter febriler Beginn der rheumatoiden Arthritis kann vorkommen — als die Persistenz und Ausbreitungstendenz der Arthritiden sowie die serologische Charakteristik bestimmen das klinische Bild. Schließlich fehlt die akute Endomyokarditis und pathologisch-anatomisch das spezifische ASCHOFF'sche Knötchen. Nicht immer beginnt eine rheumatoide Arthritis an den kleinen Gelenken, was den differentialdiagnostischen Verdacht nicht ablenken sollte. Der Verlauf wird durch rechtzeitige intensive Behandlung günstig beeinflusst; spontane benigne Verlaufsarten sind weniger selten, als man es erwarten wollte. Differentialdiagnostisch muß man außer dem M. Bechterew die Gicht, den Erythematodes, die Psoriasis, die Sklerodermie und spezifisch infektiöse Arthritiden ausschließen.

Therapeutisch muß man sich vor allem vor Steroiden hüten und sollte gerade bei beginnenden Prozessen die Gold-Präparate stärker berücksichtigen. Neuerdings stehen auch die sogenannten Immunosuppressiva zur Verfügung, allerdings nur für sonst therapieresistente Fälle. Die physikalische Therapie erfüllt vorwiegend rehabilitative Aufgaben, greift aber auch in den Krankheitsprozeß ein und erfordert dabei sorgfältige Indikationsstellungen. Zunehmend wichtig werden die chirurgischen Rehabilitationsmaßnahmen, und zwar weniger i. S. vermeintlicher Herdsanierungen als einer direkten Gelenkbehandlung, wobei kausale oder doch zumindest pathogenetische therapeutische Effekte noch nicht abschließend beurteilt werden können.

Die Spondylitis ankylopoetica ist im Hinblick auf Epidemiologie, Serologie und klinisches Bild nach den bekannten Symptomen eindeutig abgrenzbar. Das Initialstadium ist oft schwer erfaßbar, der manifeste M. Bechterew ist eine röntgenologische Diagnose. Den schwersten Formen mit früher Vollinvalidität steht eine Großzahl relativ benigner Verläufe gegenüber. Differentialdiagnostisch ist an sakroiliakale Tuberkulose, an das Reiter-Syndrom, an Colitis ulcerosa mit Spondylitis und an die degenerative Sypondylosis hyperostotica zu denken. Bei Jugendlichen ist auch an die Wirbelsäulenbeteiligung einer rheumatoiden Arthritis zu erinnern. Therapeutisch-medikamentös bieten sich heute ähnlich erweiterte Möglichkeiten wie bei der rheumatoiden Polyarthrititis, entscheidend ist aber nach wie vor die Übungstherapie in Kombination mit anderen Prinzipien der physikalischen Medizin. An die Möglichkeiten der Strahlentherapie ist zu denken, die Indikation erfordert allerdings ein sorgfältiges Abwägen.

Privatdozent Dr. P. OTTE, Hamburg:

„Klinik und Therapie degenerativer Gelenkleiden“

Die Probleme der Klinik und der Therapie der Arthrosis deformans sind durch das Faktum gekennzeichnet, daß der Gelenkknorpel unfähig ist, zu regenerieren, und daß der degenerative Basisprozeß irreversibel ist. Dieser negativen Feststellung steht die Tolerabilität der unkomplizierten Arthrose gegenüber. Gegenstand der Therapie ist es deshalb zumeist, die schmerzhafteste Manifestation des Leidens, die als Dekompensation des Gelenks definiert werden kann, zu lindern. Natürlich muß das Behandlungsziel auch die Beseitigung sekundärer und eventuell tertiärer Symptome mit einschließen. Voraussetzung ist die richtige pathogenetische Deutung, vor allem auch die Ermittlung der Parameter der Schmerzphänomene. Durch bessere Differenzierung der Befunde und Fortschritte in der Möglichkeit ihrer Interpretation wird auch eine Differenzierung der Therapie möglich, die sich gegen die einzelnen negativen Faktoren richtet. Die Pauschaldiagnose „Rheuma“ und die Idee einer ebenso pauschalen „antirheumatischen“ Therapie sollten endgültig überwunden sein.

Dr. N. GSCHWEND, Zürich:

„Indikationen und Erfolge der chirurgisch-orthopädischen Rehabilitation bei Polyarthritikern“

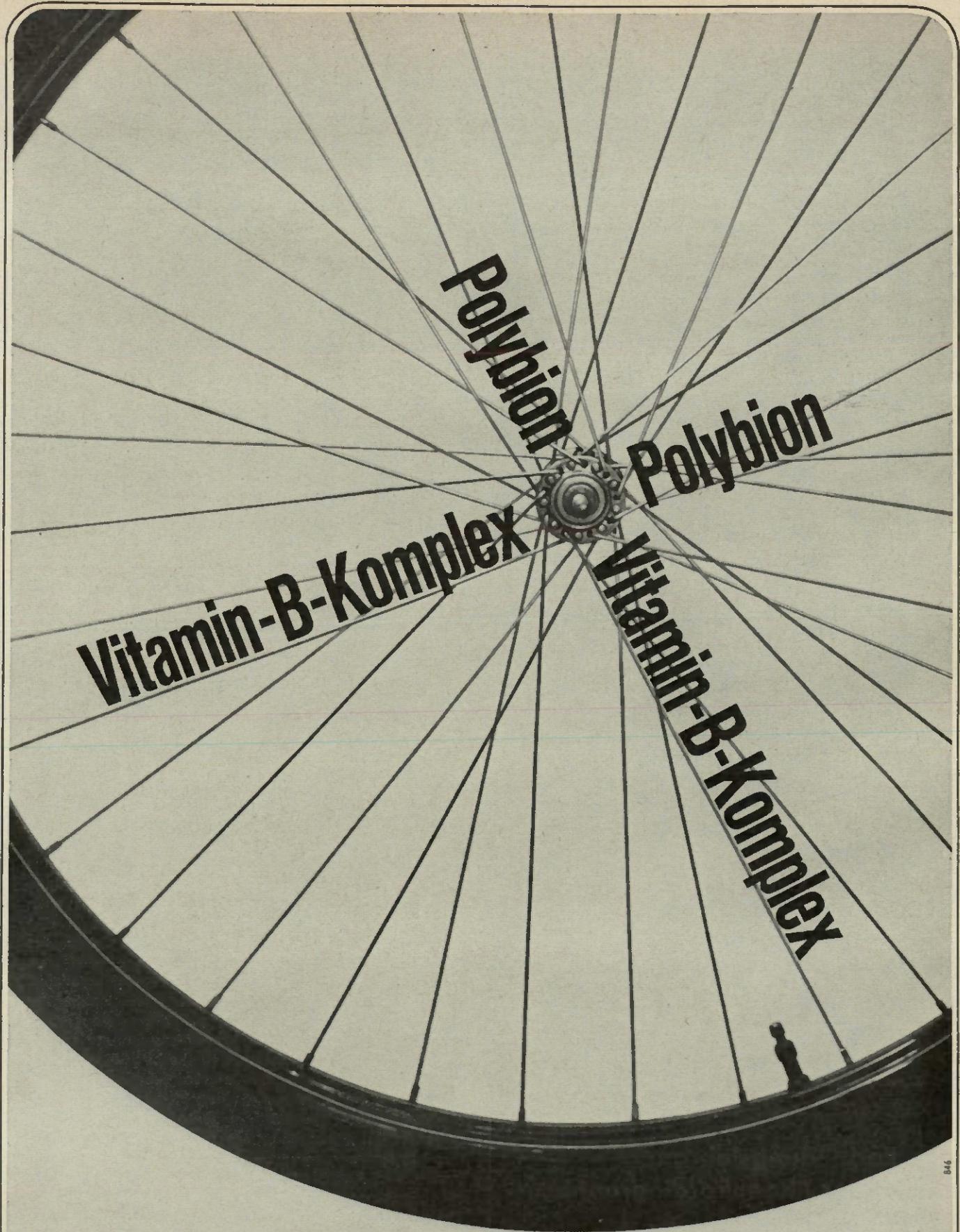
Die moderne Therapie der Polyarthrititis ist undenkbar ohne die enge Zusammenarbeit zwischen Rheumatologen und Orthopäden. Letzterem stehen im Kampf gegen die Polyarthrititis zwei Arten von Eingriffen zur Verfügung:

1. Präventive Operationen, von denen die Entfernung der entzündlich veränderten Synovialis von Gelenken, Sehnenscheiden und Bursae den ersten Platz einnehmen. Wo, wie und wann diese sogenannten Synovektomien durchgeführt werden, erläutert man am besten an den Operationsergebnissen, die mitunter so günstig ausfallen, daß ein Eingriff in den pathogenetischen Ablauf der Krankheit vermutet werden darf.
2. Rekonstruktive Operationen, wie Arthroplastiken, Osteotomien, Arthrodesen und Sehnenplastiken, sind das zweite, weit umfassende Kapitel. Daß selbst schwerstinvaliden Polyarthritikern von diesen Maßnahmen profitieren, kann man durch manchen günstigen Verlauf eindrucksvoll demonstrieren.

Dr. G. KÖLLE, Garmisch-Partenkirchen:

„Rheumatische Erkrankungen im Kindesalter — Beurteilung und Behandlung“

Die Rheumatologie des Kindesalters umfaßt zwei große Krankheitsgruppen des entzündlichen Rheumatismus:



Polybion

Polybion

Vitamin-B-Komplex

Vitamin-B-Komplex

E. Merck
DARMSTADT

Dragees
„forte“-Dragees
Tropfen
Ampullen

Appetitlosigkeit, Erschöpfungszustände
Nebenwirkungen der Antibiotikatherapie
Röntgenkater



Priv.-Doz. Dr. P. Otte
Hamburg



Dr. G. Kölle
Garmisch-Partenkirchen



Dr. R. Schäfer
Zürich

1. Das rheumatische Fieber und
2. die chronische Polyarthritis mit den Syndromen Subsepsis allergica und Morbus Still

Das Krankheitsbild des rheumatischen Fiebers hat sich im Verlaufe der letzten Jahrzehnte geändert. Neben der vorwiegend in den westlichen Ländern beobachteten leichten Rückläufigkeit der Morbidität zeigt sich diese Umstellung vor allem in dem vermehrten Auftreten abortiver Verlaufsformen. Eindrucksvolle Krankheitsbilder mit Polyarthritis und initial schwerer Karditis bzw. Pankarditis sind eine Seltenheit geworden. Das wirkt sich auch in Verbindung mit der heute verbesserten Therapie günstig auf die Prognose aus. Wir sind jedoch noch weit davon entfernt, den Verlauf des rheumatischen Fiebers völlig zu beherrschen. Die Tendenz zur weniger stürmischen als sich mehr schleichenden Entwicklung einer Karditis besteht unverändert. Da die symptomarmen Verlaufsformen des rheumatischen Fiebers oft erst erkannt werden, wenn sich die Karditis herausgebildet hat, ist auch heute noch mit relativ häufigen, bleibenden Herzschäden zu rechnen. Nur durch eine intensive Frühtherapie mit Penicillin, Kortikosteroiden und einem zweiten Antirheumatikum läßt sich die Entwicklung jener unglücklichen Fälle verhindern. Das setzt aber die Frühdiagnose voraus, die bei den abortiven Verlaufsformen schwierig ist, da die bisher gebräuchlichen Jones-Kriterien bei symptomarmen Fällen nicht anwendbar sind. Eine Modifikation dieser Kriterien wird vorgeschlagen. Die auch heute noch bestehende Neigung zu Rezidiven des rheumatischen Fiebers kann nur durch eine fortlaufende Penicillinprophylaxe beeinflusst werden. Die juvenile chronische Polyarthritis tritt in sehr verschiedenartigen Verlaufsformen in Erscheinung. Während ein Teil der Fälle dem Bilde der chronischen Polyarthritis des Erwachsenen ähnelt und sich prognostisch eher noch günstiger verhält, bietet mehr als ein Drittel der Patienten anfänglich ein akutes rezidivierendes Krankheitsbild, das durchaus Verwechslungsmöglich-

keiten mit dem rheumatischen Fieber bietet. Diese als Subsepsis allergica und Morbus Still bezeichnete Krankheit geht meist erst nach mehreren Jahren, soweit es nicht primär zum letalen Verlauf kommt, in das Bild der chronischen Polyarthritis über. Die bei ihnen über lange Zeit im Vordergrund stehenden viszeralen Symptome erfordern eine Langzeittherapie mit Kortikosteroiden aus vitaler Indikation. Dennoch droht diesen Fällen eine Spätletalität durch Amyloidose, durch Urämie, Periarthritis nekroticans und Myo- und Perikarditis. Bei Überwindung der viszeralen Krankheitsphase kann es infolge des jahrelangen schweren Leidens mit fortschreitenden Gelenkdestruktionen zum Ausgang im Krüppeltum kommen.

Dr. R. SCHÄFER, Zürich:

„Rheumaprobleme in der Geriatrie“

Die akute Polyarthritis ist äußerst selten und unterscheidet sich auch serologisch so grundlegend, daß eine Krankheitseinheit problematisch wird. Allerdings erfolgt auf Antibiotika und Steroide meist eine Entfleberung in wenigen Tagen, doch entscheidet erst die längere, klinische Beobachtung über die Differentialdiagnose gegenüber einer progressiv-chronischen Polyarthritis.

Bei der chronischen Polyarthritis herrschen im Hospital schwere, therapeutisch kaum mehr signifikant beeinflussbare Formen vor und die Späterkrankungen zeigen oft Besonderheiten. So beobachtet man monoarthritische Formen, Beginn an größeren Gelenken und eine ausgesprochene Asthenie und Frühachexie. Infolge des fortgeschrittenen Alters entschließt man sich nur schwer zu der sonst üblichen intensiven Frühtherapie, was in prognostischer Hinsicht sicher falsch ist. Im Gegenteil darf gerade im Alter zur Vermeidung einer trostlosen Isolierung durch krankheitsbedingte Immobilisierung ein therapeutisches Risiko bewußt eher eingegangen werden als in mittleren Lebensabschnitten, obwohl die Nebenwirkungen der Medikamente ausgesprochen sind. Die Zahl der gastroenteralen Komplikationen hat auch autopsisch beweisbar entsprechend der bekannten ulzerogenen Wirkung von Kortikosteroiden und vielen anderen Rheumatika zugenommen. Man denke auch an die therapieunabhängigen Organläsionen des Alters — Harnwegsinfekte, blutende Hiatushernien usw. —, welche sich komplizierend einschalten können.

Eine fast spezifische Form des Weichteilrheumatismus im Alter scheint die seltene, aber klinisch äußerst bedeutungsvolle Polymyalgia rheumatica zu sein.

(Fortsetzung folgt)

Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie

29. und 30. März 1968

München, Stiftsklinik Augustinum
Chefarzt Prof. Dr. Michel

Auskunft

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

Die vierte bayerische Universität

Festakte zur feierlichen Eröffnung

Am 11. November 1967 fanden in Regensburg Festakte zur Feier der Gründung einer vierten Universität in Bayern statt. Ministerpräsident Dr. h. c. Alfons Goppel und Gemahlin, sowie Unterrichtsminister Dr. Ludwig Huber, harrten von Beginn, 10 Uhr vormittags, bis zum Schluß, um 6 Uhr abends, aus. Eine kaum übersehbare Anzahl von Festgästen, aus dem In- und Auslande, darunter Bundesminister Höcherl, zahlreiche Abgeordnete, Landräte, Bürgermeister und Vertreter vieler Universitäten waren erschienen, um dem seltenen Ereignis beizuwohnen und ihre Sympathie auszudrücken. Entgegen den seit langem behaupteten Gerüchten durfte erwartet werden, daß ein so seltenes und nicht nur für Bayern bedeutsames Ereignis in voller Harmonie stattfinden wird. Schon die Zweiteilung in einen sozusagen staatlichen und einen besonderen akademischen Akt deutete auf Spannungen hin, die im Verlaufe des Tages ihre Bestätigung fanden. Der staatliche Akt am Vormittag verlief, gleich den ausgezeichneten musikalischen Darbietungen durch das Stadttheaterorchester und die Domspatzen — Dank ihnen für die hervorragende Bach-Fuge — völlig harmonisch. Innenminister Dr. Bruno Merk verwies in seiner Rede auf die ausgezeichnete Leistung des Universitätsbauamtes unter dem nunmehrigen Professor der TH München Dr. Helmut Gebhard, das in nur zweijähriger Arbeit seine ihm gesetzten Aufgaben in so hervorragender Weise in zwei Jahren durchführen konnte. Unterrichtsminister Dr. Ludwig Huber umriß die modernen Aufgaben der Hochschulen und im besonderen die der neuen Universität. Er hob das erfolgreiche Wirken des bestehenden Strukturbeirates unter Prof. Dr. H. J. Autrum hervor, dem der beispielgebende Aufbau der Regensburger Universität zu danken ist. Ministerpräsident Dr. h. c. Alfons Goppel hob die Bedeutung der neuen Hochschule, im Grenzland gelegen, hervor, und damit ihre besondere Bedeutung unterstreichend. „Im Hinblick auf den Eisernen Vorhang, über den hinweg wenigstens Jena und Leipzig vordem als Glieder in der Universitätskette zu sehen waren, wurde diese Lücke in der Universitätsgeographie besonders schmerzhaft, zumal auch die alten Verbindungen zu Prag seit langem abgeschnitten waren, so daß für den ostbayerischen Raum Wien erst die nächsterreichbare Universität war.“ Er gab der Hoffnung Ausdruck, daß es gelingt, die alte Donaustraße so zu beleben, daß der große Güterumschlagplatz hier wieder entsteht und die alten Landverbindungen von ihm auszugehen vermögen. „Der neuen Universität, ihren Lehrern und Studenten gilt für alle Zeit unser Wunsch, daß sie den abendländischen Geist pflegen, daß sie zweifeln und fragen lehre und daß sie bereit mache, der Wahrheit sich zu unterwerfen.“

Am Nachmittag, vor den neuen akademischen Hörern und den in ihren Talaren erschienenen Professoren so vieler Hochschulen, sprach der Rektor, dessen geistige Potenz auch weniger sensiblen Zuhörern klar wurde und der in dem voll Würde getragenen Talar eigentlich Mittler sein sollte zwischen Staat und der auf ihre Autonomie pochenden Universität, einem neugeborenen Kind, und somit noch schutz- und pflegebedürftig, allzu

selbstbewußt manches aus und verschwieg anderes. Obwohl er für die Begrüßung allein über eine halbe Stunde benötigte, erwähnte er nur den Ministerpräsidenten und unterließ, den Ressortminister zu nennen. Gleichmaßen befremdete, daß zwar der Stellvertreter des Vorsitzenden des Strukturbeirates mit Lob bedacht wurde, der verdiente Vorsitzende derselben aber nicht genannt wurde. Der Rektor sprach schließlich nicht als Einzelperson, der es unbenommen gewesen wäre, ihren Gefühlen Ausdruck zu geben. Nicht weniger auffallend war, daß der Kommissarische Vorsitzende des ASTA, Hans Schwemmer, davon sprach: „Es liegt mir ferne, manch problematische Fakten aus der Geschichte der Universität Regensburg noch einmal hervorzuholen, es ist mir vielmehr Verpflichtung, stellvertretend für alle Kommilitoninnen und Kommilitonen zu danken, zu allererst zu danken Ew. Magnifizenz dafür, daß es Ihnen gelungen ist, das Ansehen der neuen Universität in vollem Maße wiederherzustellen.“ (!) Er fuhr fort: „Der Dank der Studentenschaft gilt auch der Bayerischen Staatsregierung, daß dieses Projekt verwirklicht werden konnte.“

Während der ganzen Tagung war nichts davon zu hören, welch großes Verdienst zwei Männer hatten, die erstmals den Gedanken an die Universität Regensburg belebten: Oberbürgermeister Zitzler und Oberbürgermeister Hans Herrmann. Daß der Rektor in seiner Begrüßungsansprache Prof. Jahn mit seinem, wie er sagte, „Collegium medicinae“ nur streifte, sei gleichfalls angemerkt. Schließlich war doch das Kollegium der ärztlichen Fortbildung in Regensburg auch die Keimzelle der neuen Universität, wenn auch die Medizinische Fakultät erst als letzte entstehen wird. Auch vergessen wurde, daß in Regensburg am 26. Mai 1949 die Mitglieder der Medizinischen Fakultät der ehemaligen wilkürlich aufgelösten Deutschen Universität in Prag — auch sie hieß Karls-Universität, die Tschechische wurde erst 1882 geschaffen! — im alten Kurfürstensaal des Rathauses zu Regensburg zu einer Sitzung zusammentraten. Hier wurde die Entschließung gefaßt, in der es u. a. heißt:

„Die Medizinische Fakultät der Deutschen Karls-Universität in Prag ist als Teil dieser ehrwürdigen und ältesten deutschen Kulturstätte mit dem Zusammenbruch Deutschlands im Mai 1945 auf Anordnung der tschechischen Regierung geschlossen worden.

Mit dem Strom der Flüchtlinge haben ihre Professoren und Dozenten die Tschechei verlassen und unter dem Zwang der Verhältnisse ihre Lehrkanzeln verloren, die von der früheren österreichischen und später von der tschechischen Regierung als deutsche Lehrkanzeln anerkannt waren.

Im Bewußtsein voller Verantwortlichkeit vor aller Welt bezeugen sie, daß diese Fakultät ihre ganze Kraft der Wahrung und Entwicklung hohen wissenschaftlichen Geistes gewidmet hat, daß sie sich bewußt war, hierdurch dem menschlichen Fortschritt am besten zu dienen und Gegensätze des doppelten Volkstums in ihrem Wirkungsbereich überbrücken zu helfen. Sie erzog einen sudetendeutschen Ärztestand, der sich in seinem Können und seiner Hilfsbereitschaft die Achtung des sudetendeutschen Volksteils wie der tschechischen Bevölkerung in gleichem Maße erworben hat. Die der Fakultät zugehörenden deutschen Kliniken haben sich in der Betreuung ihrer Kranken, gleich welcher Nationalität, einen hohen

Ruf erworben und sich für ihre ärztliche Aufgabe trotz unmittelbarer Bedrohung und Gefährdung von Ärzten und Schwestern während der Tage des Umsturzes mit allen ihren Kräften eingesetzt. Der Entschluß der Prager Medizinischen Fakultät, ihre ärztliche Pflicht über ihre persönliche Sicherheit zu stellen, forderte den Tod von drei ordentlichen Professoren und zwei Dozenten. Ein Teil ihrer Angehörigen wurde mit dem Strom der Gefangenen nach Rußland gebracht, ein anderer hat den schicksalsschweren Weg der Sudetendeutschen geteilt, der nach unendlichen Strapazen und Gefahren in Deutschland endete.

Heute am 26. Mai 1949 legt die Prager Deutsche Medizinische Fakultät vor der Geschichte nieder, daß sie getreu ihrer hohen Tradition ihrer Verpflichtung als Repräsentantin deutschen akademischen Gelstes bis zur letzten Stunde genügt hat.

Sie gründet darauf das Recht, ihre ehrenhafte Tradition zu pflegen und in Deutschland anerkannt zu sehen.

Da der größere Teil der Sudetendeutschen in Bayern sesshaft wurde, ist die Fortführung dieser Tradition auf bayerischem Boden natürliche Forderung.

Die versammelten Professoren und Dozenten der früheren Prager Medizinischen Fakultät bitten daher die Bayerische Staatsregierung, im Falle der Gründung einer 4. Landes-Universität die Fakultät in Regensburg, deren Anfänge im wesentlichen auf die Initiative Prager Professoren und sudetendeutscher Studenten zurückgeht, mit der Pflege dieser Tradition zu betrauen und damit die neuerstandene Fakultät mit der Kraft, dem Ansehen und der inneren Verpflichtung zu erfüllen, die aus dieser Tradition erwächst.“

Dr. Walther Koerting

CH 23

Eine offenbarende Pressekonferenz

Im Regina-Palast-Hotel in München fand am 18. November 1967 eine Pressekonferenz, veranstaltet von dem Biochemiker Prodan CHRISTOFF und der Chefärztin seiner Klinik in Bad Reichenhall, Frau Dr. Hannelore WEISS, statt. Sie begann mit einem feierlichen Einzug von angeblich durch das Mittel CH 23 geheilten Patientinnen und Patienten. Frau Dr. Weiß, deren Zungenfertigkeit mit einer Ausruferin auf dem Oktoberfest unschwer konkurrieren könnte, legte in bewegten Worten den Werdegang des Mittels dar, wobei sie zugab, daß es erst in letzter Zeit angeblich Vollkommenheit durch Änderung in der Zusammensetzung erlangt hat. War man bisher der Meinung, daß CH 23 nur jenen Bedauernswerten, bei denen Stahl und Strahl nicht mehr angewendet werden können, als letztes Mittel Besserung oder Heilung bringen soll, so erfuhr man von Frau Dr. Weiß, daß es auch „prophylaktisch“ verwendet werde. Dabei gab sie an, daß im Falle von Krebs im Körper besondere Reaktionen auftraten. Die Angaben von Frau Dr. Weiß, daß auch der Präsident der Ärztekammer von Rheinland-Pfalz ihr Patienten zugewiesen hat, erwies sich bei Nachfrage als unwahr. So dürfte es auch mit ihrer Behauptung sein, daß Professor DERRA ihrer Klinik Kranke zugewiesen habe. Man erfuhr auch, daß CH 23 die Wirkstoffe der Königskerze und Pfingstrose enthält. Im Laufe der Pressekonferenz ergab sich, daß der Bulgare Christoff staatenlos ist und einen Nansen-Paß besitzt. Den Journalisten wurden neun Patienten und die von ihnen aufgenommenen Röntgenbilder als Beweis für die Heilwirkung des Mittels vorgeführt. Eine ganze Reihe von Krankengeschichten ohne Namensangabe kam zur Verlesung, um vor dem zwar hörwilligen aber nicht sachverständigen Kreis Eindruck zu erwecken. Auf die Frage eines Journalisten, warum sie das so wirksame Mittel nicht anderen Kliniken und Ärzten zur Verfügung gestellt habe, erklärte sie, daß es sich noch im Versuchsstadium befinde und erst nach Überprüfung weitergegeben werden könne. Daß ein Brief von Professor FLASKAMP, dem Vorsitzenden der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten Nordrhein-Westfalen e.V., nicht beantwortet worden wäre, sei unrichtig. Daß der Firma BAYER, die auf die Angabe der Zusammensetzung des Mittels verzichten wollte, CH 23 nicht zur Verfügung gestellt wurde, wurde zwar

nicht bestritten, aber damit begründet, daß ein Mittel, das in jahrelanger Arbeit geschaffen wurde, nicht aus der Hand gegeben werden könne. Frau Dr. Weiß sprach von Gutachten aus Österreich, ohne jedoch solche deutscher Institute vorlegen zu können. Naiverweise vertrat Frau Weiß den Standpunkt, daß die Behörden ihr hätten schreiben sollen. Der anwesende Vorsitzende des Sozial- und Gesundheitspolitischen Ausschusses des Bayerischen Landtags, Karl WEISHÄUPL, berief sich auf die — auch in der Tagespresse abgedruckten — Ausführungen des Innenministers Dr. MERK in dieser Angelegenheit und erklärte, trotzdem er einer anderen Partei angehöre, volles Verständnis für den Standpunkt des Innenministers und der Gesundheitsabteilung zu haben. Schließlich schlug er dem Erfinder des fraglichen Heilmittels, Christoff, vor, an das Bundesgesundheitsamt heranzutreten, um dort die notwendige Genehmigung zu erhalten. Vielleicht könne auf diese Weise die vom Innenminister versagte Verlängerung der Aufenthaltsgenehmigung für Christoff erreicht werden. Es ergab sich aber, daß Christoff keine Aufenthaltsgenehmigung besitze. Interessant waren die Ausführungen von Frau Dr. Weiß über die Dosierung des Mittels, die anscheinend ohne nähere Begründung schwankend ist. Von einem Journalisten wurde darauf hingewiesen, daß eine ständige Überprüfung der einzelnen Chargen, auch auf ihre Toxizität, notwendig sei.

Ein Journalist sagte schließlich: „Alles wie bei Issels gehabt.“

Dr. Walther Koerting

Anmerkung der Schriftleitung

Die öffentliche Vorführung von Patienten durch einen Arzt wirft schwerwiegende Probleme auf, mit denen sich der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer in seiner nächsten Sitzung befassen wird.

Herr Prodan Christoff hat im übrigen gegen den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und gegen den Schriftleiter des „Bayerischen Ärzteblattes“ eine Anzeige wegen falscher Anschuldigung erstattet.

Zu dem Gesamtkomplex „CH 23“ wird nach Abschluß der schwebenden Gerichtsverfahren eingehend Stellung genommen werden.

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Freising: 1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Langengelsing, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Penzberg, Lkr. Weilheim: 1 Allgemeinpraktiker

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

Oberfranken

Lenpoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Marktredwitz: 1 Allgemeinpraktiker

Nalla: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Plankenfels, Lkr. Ebermannstadt: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Rodach bei Coburg: 1 Allgemeinpraktiker

Sparneck, Lkr. Münchberg: 1 Allgemeinpraktiker

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

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

Oberpfalz

Beratzbausen: 1 Allgemeinpraktiker

Falkenstein: 1 Allgemeinpraktiker

Hirschan-Schnaittenbach (Ortsteil Schnaittenbach): 1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Roßbach/Wald: 1 Allgemeinpraktiker

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vobenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker

Waldtürn: 1 Allgemeinpraktiker

Welden: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

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

Niederbayern

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

Hauzenberg, Lkr. Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker

Hauzenberg, nahe bei Passau gelegen, hat ca. 3100 Einwohner und ein Einzugsgebiet mit ca. 8750 Einwohnern. Die zu besetzende Kassenarztstelle wurde durch Tod des Praxisinhabers frei. Zwei weitere Praktische Ärzte sind am Ort niedergelassen. Der verstorbene Kollege rechnete rund 1000 Krankenscheine ab. Eine Wohnung wird von der Gemeinde zur Verfügung gestellt. Die Praxisräume, eventuell mit Einrichtung, des verstorbenen Kollegen können übernommen werden. Hauzenberg besitzt eine neue Realschule.

Kötzting: 1 Allgemeinpraktiker

Kötzting ist eine Stadt mit ca. 3400 Einwohnern und einem sehr großen Einzugsgebiet. Ein vor kurzem ver-

storbener Allgemeinpraktiker hatte eine sehr umfangreiche Kassenpraxis. Ein weiterer Kollege beabsichtigt, seine ebenfalls sehr große Praxis aus Altersgründen aufzugeben und sie einem Nachfolger zu übergeben.

Niederpörling, Lkr. Vilsbiben: 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.

Obernzell, Lkr. Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers freigewordene Kassenarztstelle. Obernzell ist ein aufwärtsstrebender Fremdenverkehrsort an der Donau unterhalb Passaus (Entfernung 17 km), mit ca. 2100 Einwohnern und einem Einzugsgebiet mit ca. 3800 Einwohnern. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen. Obernzell hat ein Krankenhaus, das von einem Fachchirurgen geleitet wird. Praxisräume, eventuell mit Einrichtung, des verstorbenen Kollegen können übernommen werden. Eine Neubauwohnung steht 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.

Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker

Wegscheid ist eine Marktgemeinde im unteren Bayerischen Wald mit einem ärztlichen Einzugsgebiet von rund 4000 Einwohnern. Am Ort ist ein Krankenhaus, das von einem Fachchirurgen geleitet wird. Der einzige Allgemeinpraktiker am Ort hat eine umfangreiche Kassenpraxis. Die Gemeinde Wegscheid besorgt Wohn- und Praxisräume.

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, Lilienstraße 5—7, zu richten.

Mittelfranken

Boxdorf, Lkr. Fürth: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen neuen Kassenarztsitz, der durch starke Zunahme der Bevölkerung und Überlastung der einflussreichen Ärzte eine gesicherte Existenzmöglichkeit bietet.

Mark Erlbach, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemeinpraktiker

Obernzen, Lkr. Uffenheim: 1 Allgemeinpraktiker

Gesicherte Existenzmöglichkeit, da beide bisherigen Praxisinhaber durch Verzicht bzw. Tod ausgeschieden sind.

Scheinfeld: 1 Allgemeinpraktiker

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

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

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist.

Schopfloch, Lkr. Dinkelsbühl: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Schopfloch hat ca. 2400 Einwohner und ein großes Einzugsgebiet. Am Ort hat sich ein zweiter Praktiker niedergelassen.

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

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

Weidenbach-Triesdorf, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemeinpraktiker

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

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Allgemeinpraktiker

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

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

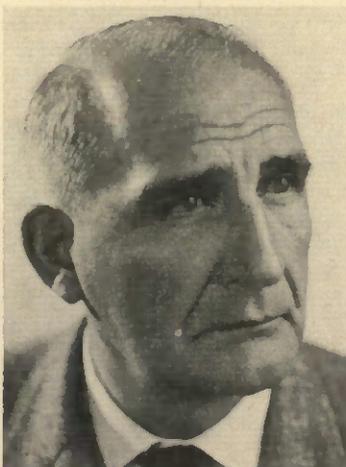
Schwaben**Höchstädt/Do.:** 1 Allgemeinpraktiker

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.

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

Unterfranken**Bastheim, Lkr. Mellrichstadt:** 1 Allgemeinpraktiker**Bergheimfeld, Lkr. Schweinfurt:** 1 Allgemeinpraktiker**Hambach, Lkr. Schweinfurt:** 1 Allgemeinpraktiker**Rottenberg, Lkr. Alzenau:** 1 Allgemeinpraktiker**Urspringen, Lkr. Marktbeidenfeld:** 1 Allgemeinpraktiker**Wildflecken/Rbön:** 1 Allgemeinpraktiker

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

PERSONALIA**Professor Dr. med. Georges Schaltenbrand zum 70. Geburtstag**

Am 26. 11 1967 vollendete Professor Dr. med. Georges SCHALTENBRAND, der Begründer der ersten Neurologischen Universitätsklinik in Bayern, sein 70. Lebensjahr. Den Vortag seines Geburtstages verbrachte er im Kreise seiner Schüler und Mitarbeiter, seiner wissenschaftlichen Freunde aus dem In- und Ausland, gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, deren Lehrkörper er mehr als drei Jahrzehnte angehörte. Bei dieser Feier wurde er zum Ehrenpräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Neuro-

logie und zum Ehrenpräsidenten der Deutschen MS-Gesellschaft ernannt. Eine wissenschaftliche Tagung mit namhaften Referenten am gleichen Tage über das Thema „Moderne Entwicklungen in der Neurologie“ wies die gesamte Fachwelt auf diesen bedeutenden Anlaß hin.

Dem Neurologen, der stets mit feinem Spürsinn erkannt hatte, wohin der Weg in das Neuland wissenschaftlicher Erkenntnis zu führen habe, überbrachte der Georg Thleme Verlag als Geburtstagsgeschenk der deutschen und internationalen Neurologie einen Festband unter dem Titel „Zukunft der Neurologie“.

In die Zukunft der neurologischen Wissenschaften ist der Blick des Forschers SCHALTENBRAND auch heute noch gerichtet. In weit ausholenden Plänen hat er sich für die nächsten Jahre seines Lebens der Erforschung der durch Arthropoden übertragenen und der langsam wirkenden Viruserkrankungen (Slow-Virus) des Nervensystems verschrieben. In rastlosem Eifer hat er hier schon die Grundlagen einer neuen Forschungsrichtung erbaut in der Hoffnung, die immer noch verschleierte Ursachen chronisch entzündlicher Erkrankungen des Nervensystems, wie z. B. der Multiplen Sklerose, zu enthüllen.

Ob im Laboratorium oder bei epidemiologischen Untersuchungen oder auf Vortragsreisen, stets spürt man die Begeisterung eines Mannes, der dem Neuen, dem erregenden Aufbruch in die Neurologie von morgen,

ungeduldig entgegenseilt. So sehen wir nicht, wie man erwarten sollte, einen Mann der geruhsam auf sein anerkanntes Werk zurückblickt, sondern den unentwegt Tätigen, der am Morgen eines neuen Tages die Last des vergangenen bereits vergessen hat.

Aber dem Chronisten sei es vergönnt, wenn er hier innehält und das schon Geschaffene des bisherigen Lebenswerkes in seiner ganzen Vielfalt dem aufmerksamen Leser vor Augen führt.

SCHALTENBRAND wurde am 26. 11. 1897 in Oberhausen im Rheinland geboren. Er besuchte das Realgymnasium in Düsseldorf und später das Gymnasium in Kattowitz, wo er 1916 seine Reifeprüfung ablegte.

Er begann das Medizinstudium in Breslau und blieb dort bis zum Physikum im Jahre 1918. Es folgten dann Studienjahre in Göttingen und München, wo er im Dezember 1921 das Staatsexamen mit der Note „sehr gut“ bestand.

In der Münchner Studienzeit hatten die klinischen Lehrer, Friedrich von Müller und Emil Kraepelin, den größten Einfluß auf ihn. So kam es, daß er nach Abschluß seines Studiums die Absicht äußerte, sich der Psychiatrie zu widmen. Auf Empfehlung von Kraepelin ging er dann zu Nonne nach Hamburg, um sich zunächst in Neurologie auszubilden. Bei Nonne aber blieb SCHALTENBRAND bis zum Jahre 1934, und so wurde schließlich die Neurologie nicht die Vorbildung für einen Psychiater, sondern die Lebensaufgabe für den Arzt und Forscher SCHALTENBRAND.

Von der Nonneschen Klinik aus unternahm er viele Reisen, die sich zu jahrelangen Studienaufenthalten in verschiedenen Ländern Europas und in Übersee dehnten. Diese Lehrjahre der Anatomie, Physiologie und Pharmakologie des Nervensystems verbrachte er zunächst bei Magnus in Utrecht und bei Brouwer in Amsterdam. 1926/27 ging SCHALTENBRAND nach Boston an die Klinik des damals schon berühmten Neurochirurgen Cushing. In Boston begann auch die lebenslange Freundschaft mit Percival Bailey, dem bekannten amerikanischen Hirnforscher.

1928 habilitierte sich SCHALTENBRAND in Hamburg mit einer Arbeit über den Aufbau der menschlichen Motorik. Noch im gleichen Jahre erhielt er einen Ruf als Associate in Neurology an die Rockefeller-Hochschule in Peking für die Dauer von zwei Jahren. Nach seiner Rückkehr aus China wurde er Oberarzt der Universitäts-Nervenklinik in Hamburg, und 1934, nachdem Professor Nonne emeritiert worden war, stellvertretender Leiter dieser Klinik. 1935 kam er an die Medizinische Klinik in Würzburg, wo er eine Neurologische Abteilung begründete. Hier wurde 1938 für ihn ein planmäßiges Ordinariat geschaffen, und 1950 schließlich wurde diese Neurologische Abteilung eine selbständige Neurologische Universitätsklinik. Diese seine Klinik leitet SCHALTENBRAND auch heute noch, nachdem er seit 1966 als Ordinarius für Neurologie an der Universität Würzburg entpflichtet ist.

Die bisherige wissenschaftliche Arbeit SCHALTENBRANDS von weit über 200 Veröffentlichungen umfaßt alle Gebiete der neurologischen Klinik und ihrer Grundlagenforschung, deren Pflege SCHALTENBRAND sein ganzes Leben lang besondere Aufmerksamkeit gewidmet hatte. Daraus ragen vor allem die Arbeiten über menschliche Motorik, über die Liquorzirkulation

und über die entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems, insbesondere die Multiple Sklerose und Polyneuritis, hervor. Für die stereotaktischen Eingriffe am menschlichen Gehirn hatte er ein eigenes Zielgerät von höchster Präzision entwickelt. Diese Schwerpunkte in seiner wissenschaftlichen Arbeit haben sich auch in der bekannten Monographie über die „Multiple Sklerose des Menschen“ (Georg Thieme, Leipzig, 1943), in dem Hirnatlas für stereotaktische Operationen („Einführung in die stereotaktischen Operationen“ gemeinsam mit Percival Bailey; Georg Thieme, Stuttgart, 1959) niedergeschlagen, ebenso wie in dem großen Beitrag für das Möllendorfsche Handbuch, in dem die Meningen und der Plexus chorioideus systematisch beschrieben sind.

Diese wissenschaftlichen Leistungen fanden ihren Widerhall in zahlreichen Ehrungen durch deutsche und ausländische Universitäten oder wissenschaftliche Gesellschaften: Martini-Preis durch die Universität Hamburg, 1928; Röntgen-Preis durch die Universität Würzburg, 1943; Ernennung zum korrespondierenden Ehrenmitglied der amerikanischen National Multiple Sclerosis Society in New York, 1952; Erb-Gedenkmünze, 1952; auswärtiges Ehrenmitglied der Société Française de Neurologie, 1953; korrespondierendes Mitglied der Real Academia de Medicina y Chirurgia de Sevilla, 1953; Mitglied der American Neurological Association, 1955; korrespondierendes Mitglied der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft, 1955; Ehrenmitglied der American Academy of Neurology, 1955; Ehrenmitglied der Sociedad Chilena de Neurologia Psiquiatria y Neurocirugia, 1959; Ehrenmitglied der British Neurological Society, 1963; Nonne-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, 1966.

Aber auch der akademische Lehrer SCHALTENBRAND ist weit über die Grenzen seiner Alma mater, ja Deutschlands, hinaus bekannt durch sein Lehrbuch der Neurologie („Die Nervenkrankheiten“, Georg Thieme, Stuttgart, 1951), das auch ins Spanische übersetzt wurde. Wegen der besonderen Berücksichtigung neuropathologischer Grundlagen des Nervensystems wird es auch in den angelsächsischen Ländern geschätzt. Allen Studenten ist seine Darstellung der „Krankheiten des Nervensystems“ im Dennigischen Lehrbuch der Inneren Medizin wohlbekannt (Georg Thieme, Stuttgart).

Wer die lange Liste seiner wissenschaftlichen, ärztlichen und organisatorischen Leistungen überblickt, wird sich wundern, zu hören, daß der Jubilar auch an vielen öffentlichen und sozialen Problemen nicht nur mit lebhaftem Interesse, sondern auch aktiv engagiert teilgenommen hat. Nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch im öffentlichen Leben und in seinen Neigungen zur Architektur und Kunst offenbart sich stets der Geist eines Mannes, der allem Neuen unvoreingenommen gegenübertritt.

So sehen wir den Siebzigjährigen weiterhin auf der Wanderschaft durch ein faszinierendes Leben. Wenn wir dem verehrten Jubilar heute, an der Schwelle in ein neues Lebensjahrzehnt unsere herzlichsten Glückwünsche entgegenbringen, so wissen wir, daß wir ihm schon morgen wieder voller Erwartung auf seinem weiteren wissenschaftlichen Wege folgen dürfen.

Professor Hans B a m m e r , Würzburg

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Deutsche Universität in Prag

Von Dr. med. Walther Koerting

(Fortsetzung)

Allgemeine und experimentelle Pathologie

Knoll, Philipp (o): Prag — Gießen — Prag — Wien.

Loewit, Moriz: Prag — Innsbruck.

Hering, Ewald jun. (o): Prag — Köln.

Biedl, Artur (o): Wien — Prag.

Rihl, Julius (o): Prag.

Kisch, Bruno: Prag — Köln — New York.

Die allgemeine Pathologie wurde in früherer Zeit, da noch keine strenge Sonderung der medizinischen Lehrfächer bestand, bald von inneren Klinikern, bald von Physiologen vorgetragen. Vom Jahre 1835 bis 1856 lehrte Dr. Josef Ruchinger. Die früher lateinisch vorgetragenen Vorlesungen wurden von 1850 an in deutscher Sprache gehalten. Ruchinger wurde von dem Privatdozenten Dr. Halla von der Poliklinik und dem ao. Professor Dr. Löschner (propädeutische Klinik) unterstützt. Nach Ruchingers Tod übernahm Dr. Johann Waller die Lehrkanzel, die er vorerst supplierte und 1856 als o. Professor definitiv übernahm. Johann Ritter von Waller (geb. 12. 10. 1811 in Flöhau bei Saaz, gest. 17. 10. 1880 in Prag) promovierte 1838 an der Prager Universität. Er war vom Jahre 1847 an Primärarzt der Abteilung für Syphilis und Hautkrankheiten am Prager Allgemeinen Krankenhaus, 1849 wurde er ao. Dozent für dieses Fachgebiet und wurde 1851 ao. Professor. 1859 erfolgte seine Ernennung zum o. Professor. „Seine bedeutendsten wissenschaftlichen Leistungen finden sich auf dem Gebiete der Syphilidologie, namentlich hat er die Kontagiosität der sekundären Syphilis gegen Ricord für immerdar entschieden.“ (J. K. Proksch-Eien.) Als Vertreter des Lehrfaches der allgemeinen Pathologie wandte er seine Aufmerksamkeit hauptsächlich der Einrichtung eines nutzbringenden Unterrichtes zu. Er schuf sich eine eigene propädeutische Abteilung im Allgemeinen Krankenhause, um sich das für die Vorlesung notwendige Demonstrationmaterial zu sichern. Auf seinen Antrag erfolgte im Jahre 1872 die Errichtung einer besonderen Lehrkanzel für experimentelle Pathologie. Er war es, der die vorbereitenden Schritte für die Errichtung eines eigenen Institutes für diese Disziplin unternahm.

Philipp Knoll (geb. 4. 7. 1841 in Karlsbad, gest. 31. 1. 1900 in Wien) studierte an der Prager Universität und wurde hier 1864 zum Dr. med. promoviert. Von 1864 bis 1868 war er Assistent an der I. Medizinischen Univ.-Klinik in Prag bei A. v. Jaksch. 1868 ging er als Assistent des Physiologen C. Eckhard nach Gießen. Hier habilitierte er sich für Anatomie und Physiologie. Er kehrte dann wieder nach Prag zurück und erhielt hier 1870 die *Venia legendi* für Innere Medizin. 1872 wurde er ao. und 1879 o. Professor der allgemeinen und experimentellen Pathologie. 1898 wurde er als Nachfolger Strickers nach Wien berufen. Seine wissenschaftlichen Arbeiten beziehen sich überwiegend auf die normale und pathologische Histologie der Muskulatur, die vergleichende Hämatologie, die physiologischen und pathologischen Verhältnisse der Atmung und des Blutkreislaufes. Er war ein eifriger Verfechter der nationalen Teilung der Prager Universität. Nach erfolgter Zweiteilung gehörte er der Deutschen Universität an. Ein ganz besonderes Verdienst erwarb er sich durch die Gründung der „Gesellschaft zur Förderung deutscher Wissenschaft, Kunst und Literatur in Böhmen“. Von 1883 an war er Abgeordneter des Böhmisches Landtages. In einem Sammelband, eingeleitet von Professor Dr. Gustav C. Laube, wurden seine zahlreichen, historisch wertvollen

„Belträge zur Zeitgeschichte“ herausgegeben. Sie enthalten Aufsätze und Vorträge u. a. über Angelegenheiten der Deutschen Universität in Prag (Prag, 1900, XLVII und 596 Seiten).

Moriz Loewit (geb. 27. 10. 1851 in Prag, gest. 8. 10. 1918 in Innsbruck) promovierte 1877 an der Prager Universität. Von 1880 an war er Assistent bei Knoll. Er habilitierte sich 1880 für experimentelle Pathologie. 1887 folgte er einem Rufe nach Innsbruck als ao. Professor. 1890 wurde er o. Professor. Er war „um die hämatologische Forschung hochverdient“. („Forschungen und Forscher der Tiroler Ärzteschule“ — Innsbruck, 1950.) Er prägte die moderne Bezeichnung „Leukopenie“. (Dieppen, Unvollendete.)

Ewald Hering d. Jüngere (geb. 3. 5. 1866 in Wien, gest. 16. 12. 1948 in Papenhausen/Mecklenburg) studierte an der Deutschen Universität in Prag und in Kiel. 1893 promovierte er zum Dr. med. in Prag. Er arbeitete hier am Institut für allgemeine und experimentelle Pathologie von 1893 bis 1898. 1895 habilitierte er sich für dieses Fach. 1901 wurde er ao. und 1903 o. Professor an der Deutschen Universität in Prag. 1913 folgte er einem Rufe als o. Professor der Physiologie an die Universität Köln. Von seinen Veröffentlichungen seien genannt: die über den „Sekundenherztod“ (1917), „Die Pathologische Physiologie“ (1921), „Die Karotissinusreflexe auf Herz und Gefäße“ (1927), „Die Methodik zur Untersuchung der Karotissinusreflexe (in Abderhaldens Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden) 1929.

Artur Biedl (geb. 4. 10. 1869 in Ostern/Banat, gest. am 25. 8. 1933 in Weissenbach am Attersee) studierte und promovierte an der Wiener Universität (1892). Er arbeitete als Assistent an Strickers Lehrkanzel für experimentelle Pathologie und habilitierte sich 1896. 1899 wurde er tit. ao. Professor, 1901 ao. Professor. Biedl war der letzte Assistent Strickers. Er supplierte in den Vakanzjahren 1898 und 1900 die Lehrkanzel. 1911 erschien seine Monographie „Die innere Sekretion“ (4. Aufl. 1922, ins Englische übersetzt), „das maßgebliche Werk auf diesem Gebiete“ (Lesky). 1914 kam er als Ordinarius an die Deutsche Universität. Biedl war einer der bedeutendsten Forscher auf dem Gebiete der Endokrinologie (Fischer), nach ihm ist die Biedlsche Krankheit (Bardet-Biedlsches Syndrom) benannt. Seine weiteren Veröffentlichungen galten den Themen „Die Physiologie und Pathologie der Hypophyse“ (1922), „Die Wirkungen der strahlenden Energie auf die endokrinen Drüsen und die innere Sekretion“ (im Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde), 1928, „Die Hypophyse“ (im Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie), 1930. Eine Vortragsreise nach Amerika (1923) gab den Anstoß zu seinen Untersuchungen über die Jodbehandlung des Basedow und über die Jodverträglichkeit der verschiedenen Formen von Hyperthyreosen. Die Entdeckung des Insulins bewog Biedl, seine alten Versuche über das Pankreashormon wieder aufzunehmen. Mit neuer Methodik fand er eine Bestätigung seiner alten Anschauungen. Biedl inspirierte seine Schüler zu wissenschaftlichen Arbeiten. Allein in

der Prager Zeit sind gegen 180 Publikationen aus seinem Institut und seiner Klinik hervorgegangen.

Julius Rihl (geb. 7. 4. 1879 in Prag, gest. 16. 11. 1961 in Herborn) studierte und promovierte (1903) an der Deutschen Universität in Prag. 1910 habilitierte er sich hier, 1915 erhielt er den Titel eines ao. Professors und wurde 1920 ao. Professor. 1924 wurde er o. Professor für allgemeine und experimentelle Pathologie an der Deutschen Universität in Prag sowie Vorstand des Institutes für allgemeine und experimentelle Pathologie. 1934 wurde er o. Professor an der Universität Gießen.

Bruno Kisch (geb. 28. 8. 1890 in Prag, gest. 12. 8. 1966 in Bad Nauheim) promovierte 1913 an der Deutschen Universität in Prag. Er arbeitete hier bei F. Czapek und F. B. Hofmann. 1913 holte ihn Ewald Hering d. J. nach Köln. Nach der Zäsur durch den 1. Weltkrieg habilitierte sich Kisch 1919 und wurde, nachdem er zwischendurch bei Embden in Frankfurt gearbeitet hatte, „im sagenhaft jungen Alter von 34 Jahren Ordinarius in Köln, und zwar für die Fächer: Physiologie, physiologische Chemie und pathologische Physiologie“ (J. Eifel, Düsseldorf, im Artikel zum 70. Geburtstag im „Archiv für Kreislaufforschung“). Kisch betrieb gegen große Widerstände die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Seiner Initiative war es zu danken, daß das 1929 errichtete W. G. Kerckhoff-Institut in Nauheim zum ständigen Tagungsort gewählt wurde. 1935 mußte er nach den USA auswandern. Es gelang ihm auch hier, sich in kurzer Zeit das Ansehen eines führenden Kardiologen zu verschaffen. Er war Professor und Direktor der Yeshiva-Universität in New York. Er gründete in den USA das American College of Cardiology. Als einer der ersten erkannte er die umwälzende Bedeutung der Elektronenmikroskopie. Er wurde Direktor des elektronenmikroskopischen Institutes im City-Hospital von New York-Elmhurst. Eine Vierteljahresschrift „Experimental Medicine and Surgery“ verdankte ihm seine Gründung. Ein Nachruf in der „Zeitschrift für Kreislaufforschung“, in deren Redaktion er seinerzeit wirkte, gedachte seiner großen Verdienste.

Gerichtliche Medizin

Popel, Matthias (o): Prag.

Maschka, Josef R. v. (o): Prag.

Güntner, Franz X. (o): Prag.

Hofmann, Eduard von: Prag — Innsbruck — Wien.

Paltauf, Arnold (o): Wien — Prag.

Dittrich, Paul (o): Prag — Wien — Innsbruck — Prag.

Marx, Anton Maria (o): Prag.

Weyrich, Günther (o): Graz — Prag — Freiburg i. Br. — Düsseldorf.

Sachs, Hans: Prag — Münster.

Vorlesungen über gerichtliche Medizin (medizinische Polizei und gerichtliche Arzneikunde) gab es schon um 1785. 1807 wurde die Lehrkanzel der gerichtlichen Arzneikunde und medizinischen Polizei zu einer ordentlichen erhoben. Als Lehrer zu jener Zeit werden u. a. Zarda, Josef Bernt, Ignaz v. Nadherny (später Protomedicus und Sanitätsreferent beim böhmischen Gubernium), Vincenz Julius Krombholz genannt.

Matthias Popel (geb. 25. 2. 1798 in Prag, gest. 1. 3. 1865 in Prag) promovierte 1824 zum Dr. med. an der Prager Universität. Er war mehrere Jahre Assistent an der Augenklinik von Prof. Fischer, dann im staatlichen

Sanitätsdienst tätig. 1832 wurde er o. Professor an der Lehrkanzel der Staatsarzneikunde der Universität. Er war hier bis zu seinem Tode tätig. Von 1835 an hielt er auch praktische Kollegien „Gerichtliche Leichensektionen mit Beiziehung einiger Schüler“ und „Vorübungen zu den gerichtlichen Leichensektionen an Leichnamen“. (Er war nicht, wie in einem neueren Werk zu lesen steht, an der ‚böhmischen‘ medizinischen Fakultät tätig, sondern an der Prager Universität. Bekanntlich wurde und wird das Wort „böhmisch“ irreführend gerne für „tschechisch“ gebraucht.)

Josef Ritter von Maschka, der gleich Franz X. Güntner von 1850 neben Popel wirkte (geb. 3. 3. 1820 in Prag, gest. 5. 2. 1899 in Prag), promovierte 1842 zum Dr. med. Er habilitierte sich 1850. Er wurde 1862 zum ao. Professor ernannt (nicht wie im „Biographischen Lexikon hervorragenden Ärzte usw.“ zu lesen ist: 1857.) Nach Popels Tode supplierte er die Lehrkanzel. Er wurde dann 1866 zum o. Professor der Staatsarzneikunde ernannt. Paul Diepgen urteilt in seiner „Geschichte der Medizin“, Band II/2:

„Das von dem Prager Professor der gerichtlichen Medizin Josef von Maschka . . . herausgegebene vierbändige „Handbuch der gerichtlichen Medizin“ von 1881/82 beweist durch sein Mitarbeitergremium von 24 Spezialisten aus verschiedenen Gebieten der Heilkunde, daß der Spezialisismus der Zeit und die Erweiterung des Stoffes auch der Gerichtsmedizin ihren Stempel aufdrückt.“

Außerdem seien die von Maschka im Auftrage der Prager medizinischen Fakultät herausgegebenen Fakultätsgutachten zu erwähnen. Aber darüber hinaus entfaltete er eine reiche literarische Tätigkeit. Maschkas Ruf als Gerichtsarzt hatte Weltruf. Seine rasche und scharfe Auffassung forensischer Fälle begründete denselben, so daß er einen der ersten Plätze unter den Gerichtsärzten des 19. Jahrhunderts einnahm (Paul Dittrich). Während seiner Wirksamkeit findet sich 1875/76 erstmals die Bezeichnung „Gerichtlich-medizinisches Institut“.

Auch Dr. Franz X. Güntner (geb. 23. 9. 1790 zu Trautmannsdorf in Niederösterreich, gest. 23. 8. 1882 in Ischl) gehörte bis 1852 dem medizinischen Lehrkörper an. Er war mit Kaiser Ferdinand, dessen Leibarzt er war, nach Prag gekommen. Er las neben Popel und Maschka. Er gehörte jedoch von 1852 zum Lehrkörper der juristischen Fakultät. Hier las er gerichtliche Medizin für Juristen. An seinem „Handbuch der öffentlichen Sanitätspflege für Ärzte, Juristen und jeden Gebildeten“, in Prag 1865 erschienen, übte v. Hofmann, damals noch Privatdozent, in der „Vierteljahresschrift für praktische Heilkunde“ (90. Band) eine vernichtende Kritik. „In der Tat war die Bestellung eines besonderen Professors der gerichtlichen Medizin für Juristen eine verfehlt Maßregel; denn, abgesehen von dem problematischen Werte solcher Vorlesungen für Laien im Berelche der medizinischen Wissenschaft, lag auch die Gefahr nahe, daß sich dafür nur minderwertige Vertreter dieses Faches finden, deren Lehrfähigkeit überdies durch den Mangel jeder Lehrbehelfe beeinträchtigt werden mußte. Die Vorträge Güntners wurden von der akademischen Jugend nicht ernsthaft genommen, sondern nur zur Ausfüllung der Stundenzahl und wegen der vorgebrachten Pikanterien um der Unterhaltung willen belegt und besucht. Nach dem Abgange Güntners wurde diese Lehrkanzel aufgelassen, und es werden jetzt an der medi-

zinischen Fakultät Vorträge für Juristen über gerichtliche Medizin von den Vertretern derselben abgehalten.“ („Die Deutsche Karl-Ferdinands-Universität in Prag...“ Prag 1899.) Güntner wurde später zum Obermedizinalrat in das Wiener Ministerium des Innern berufen und nach Auflösung des Obermedizinal-Kollegiums zum Sanitätsreferenten in diesem Ministerium ernannt. 1856 wurde er in den bleibenden Ruhestand versetzt.

Eduard Ritter von Hofmann (geb. 27. 1. 1837 in Prag, gest. 27. 8. 1897 in Igls bei Innsbruck¹¹⁾) promovierte 1861 in Prag.

Er habilitierte sich 1865¹²⁾.

1869 wurde der junge 32jährige Prager Dozent Eduard Hofmann als o. Professor der „neuen staatsarzneikundlichen Lehrkanzel durch den damaligen Konsulenten des Österreichischen Unterrichtsministeriums, den pathologischen Anatomen Rokitsky vorgeschlagen. Erna Lesky schreibt in ihrem Werk „Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert“ „Der Prager Boden... bot besonders günstige Verhältnisse für zentral medizinische Betrachtung dar. Auf diesem Boden ist Eduard Hofmann, der junge Innsbrucker Ordinarius, aufgewachsen, von ihm aus ist er zum Erneuerer der gerichtlichen Medizin in Österreich geworden.“ Hofmann wurde am 16. September 1875 zum Ordinarius für gerichtliche Medizin an der Wiener Universität ernannt, damit hat eine 22jährige „Blüteperiode der Wiener gerichtlichen Medizin“ (Lesky) begonnen. Der „Schöpfer der modernen wissenschaftlichen gerichtlichen Medizin“ (Breitner) gab 1878 erstmals sein berühmtes Lehrbuch der gerichtlichen Medizin heraus, das in zahlreiche Sprachen, darunter Französisch, Italienisch, Spanisch, Russisch, übersetzt wurde, und allein bis zum Tode des Verfassers acht Auflagen erlebt hatte. (Es wurde dann von Haberda herausgegeben und erreichte weitere Auflagen.)¹³⁾

¹¹⁾ nicht (wie im „Biographischen Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker“, Band 3, zu lesen ist) in Abbazia.

¹²⁾ Zu berichtigen ist die Angabe in der zweiten Auflage von Leopold Schönbauer „Das medizinische Wien“ (1947), daß (Seite 333) Popel 1864 gestorben sei — er starb am 1. 3. 1865 — und daß Hofmann mit der Supplierung der Lehrkanzel betraut wurde. Nach der Festschrift „Die Deutsche Karl-Ferdinands-Universität in Prag“ (1899) supplierte Maschka nach Popels Tode die Lehrkanzel und wurde, wie schon erwähnt, 1866 zum o. Professor ernannt. Hingegen hielt der Privatdozent Dr. Eduard Hofmann, damals ordinerender Arzt der Siechenanstalt, vom Wintersemester 1865/66 ab tschechische Vorlesungen, „weiche teils das Gesamtgebiet der gerichtlichen Medizin betrafen, teils sich bloß auf die gerichtsarztliche Untersuchung von Leichen Neugeborener erstreckten“.

¹³⁾ Das allgemein bekannteste Gutachten ist wohl das über den Tod von Kronprinz Rudolf (gest. 30. 1. 1889):

Gutachten

1. Seine k. u. k. Hohheit, der durchlauchtigste Kronprinz, ist zunächst an Zertrümmerung des Schädels und der vorderen Hirnpartien gestorben.
2. Diese Zertrümmerung ist durch einen aus unmittelbarer Nähe gegen die rechte vordere Schläfengegend abgefeuerten Schuß veranlaßt worden.
3. Ein Schuß aus einem Revolver mittleren Kalibers war geeignet, die beschriebene Verletzung zu erzeugen.
4. Das Projektil wurde nicht gefunden, da es durch die über dem linken Ohr konstatierte Ausschußöffnung ausgetreten war.
5. Es unterliegt keinem Zweifel, daß seine k. u. k. Hohheit sich den Schuß selbst beigebracht hat und daß der Tod augenblicklich eingetreten ist.
6. Die vorzeitige Verwachsung der Pfeil- und Kranznaht, die auffällige Tiefe der Schädelgrube und der sogenannten „fingerförmigen Eindrücke“ an der inneren Fläche der Schädelknochen, die deutliche Abflachung der Hirnwindungen und die Erweiterung der Hirnkammer sind pathologische Befunde, welche erfahrungsgemäß mit abnormen Gelteszuständen einhergehen pflegen und daher zur Annahme berechtigen, daß die Tat in einem Zustand von Geistesverwirrung geschehen ist.

Hofrat Dr. E. Hofmann m. p.

Prof. der gerichtlichen Medizin

Prof. Dr. Hans Kundrat m. p.

Vorstand des pathologisch-anatomischen Institutes
als Obduzent

Prof. Dr. Hermann Widerhofer m. p.

k. k. Leibarzt

vom Obersthofmeister Sr. k. u. k. Apostolischen Majestät

Arnold Paltauf (geb. 28. 12. 1860 in Judenburg in der Steiermark, gest. 27. 5. 1893 in Neuhaus bei Cilli) promovierte 1883 in Graz. Nachdem er am pathologisch-anatomischen Institut in Graz unter Eppinger Assistent war, ging er anschließend an das gerichtlich-medizinische Institut in Wien unter Hofmann. Er habilitierte sich 1889 in Wien für gerichtliche Medizin und wurde bereits zwei Jahre später als Nachfolger von Maschka an die Prager Deutsche Universität berufen. Er wurde 1892 zum Ordinarius vorgeschlagen, doch erlebte er die Ernennung nicht mehr. Er beschäftigte sich u. a. mit der Eigenart des Thymustodes. Von ihm stammt die Bezeichnung „status thymico-lymphaticus“.

Paul Dittrich (geb. 28. 9. 1859 in Prag, gest. 21. 1. 1936 in Prag) promovierte 1883 an der Deutschen Universität in Prag. Nach einer Vorbereitungszeit kam er 1884 als I. Assistent an das pathologisch-anatomische Institut zu Prof. Hans Chiari. Im nächsten Jahr unternahm er eine Studienreise, die ihn in das Laboratorium von Fresenius in Wiesbaden führte, in dem er mit dem nachmaligen Prager Hygieniker F. Hueppe arbeitete. Dann besuchte er das Hygienische Institut von Karl Flügge¹⁴⁾ in Göttingen und schließlich das Kochsche Institut in Berlin. Nach seiner Rückkehr richtete er im Pathologisch-anatomischen Institut der Deutschen Universität in Prag ein bakteriologisches Laboratorium ein. 1889 habilitierte er sich für pathologische Anatomie. Im gleichen Jahre trat er als I. Assistent in das Gerichtlich-medizinische Institut von Maschka ein. Als dieser 1891 aus dem Lehramt schied, kam Dittrich neben Krattner und Paltauf in den Besetzungsvorschlag. Für die hohe Einschätzung Dittrichs ist dies beweisend, da der 32jährige zu dieser Zeit die Venia docendi für gerichtliche Medizin noch nicht besaß. Dittrich ging 1891 nach der Berufung von Paltauf als I. Assistent zu Hofmann nach Wien. Hier habilitierte er sich für gerichtliche Medizin. Schon 1892 wurde Dittrich als ao. Professor und Vorstand der Lehrkanzel für gerichtliche Medizin an die Universität Innsbruck berufen. Im nächsten Jahre kam er nach dem Tode Paltaufs als ao. Professor und Vorstand der Lehrkanzel an die Deutsche Universität in Prag, wo er durch volle 36 Jahre bis zur Erreichung der Altersgrenze wirkte. Dittrich schrieb ein kurzgefaßtes „Lehrbuch der gerichtlichen Medizin“, das 1921 umgearbeitet in neuer Auflage erschien. Durch das Arbeiter-Unfall-Versicherungsgesetz veranlaßt, gab er 1901 eine „Praktische Anleitung zur Begutachtung der Unfallschäden der Arbeiter“ heraus. In Eulenburgs „Realencyklopädie der gesamten Heilkunde“ bearbeitete er das Kapitel „Gerichtliche Medizin“. 1923 erschien aus seiner Feder eine Monographie „Frucht- abtreibung und Schutz des keimenden Lebens in medizinischer, juristischer und sozialer Richtung“. Ganz besonders ist die Herausgabe des zehnbändigen Handbuchs der ärztlichen Sachverständigentätigkeit“ zu erwähnen, in dem anerkannte Fachleute zu den einzelnen Gebieten, darunter auch Dittrich selbst, Stellung nahmen. Noch einen Tag vor seinem Tode war er als Sachverständiger tätig.

Sein Nachfolger wurde sein Schüler Anton Maria Marx (geb. 25. 12. 1886 in Prag, gest. 23. 2. 1939 in Prag).

¹⁴⁾ Karl Flügge (geb. 1847 in Hannover, gest. 1923 in Berlin) erhielt 1883 das erste selbständige Hygienische Institut in Preußen. Er folgte von Göttingen aus 1887 einem Rufe an die Universität Breslau und kam 1906 als Nachfolger Rubners nach Berlin.

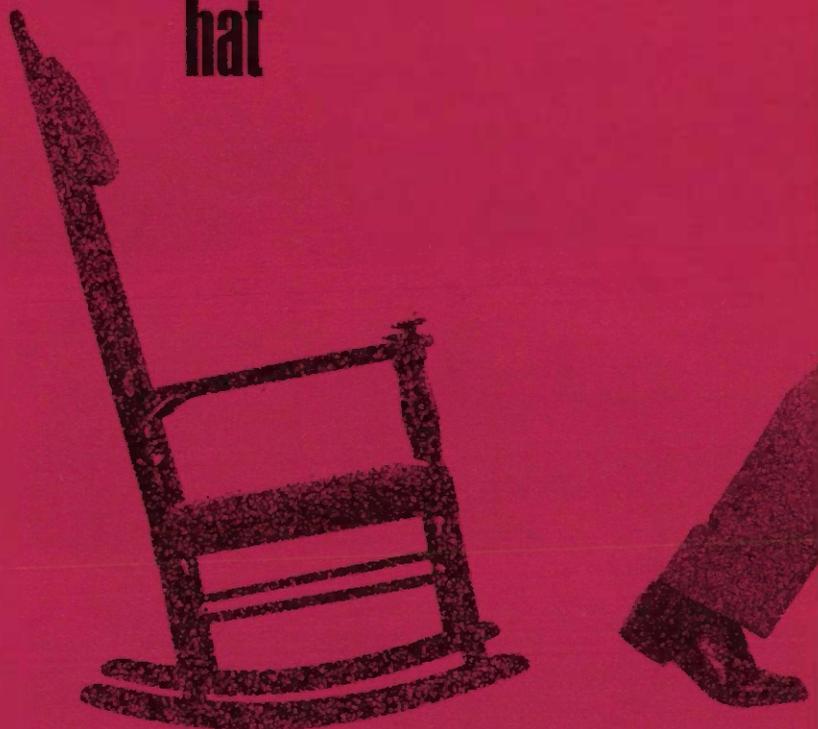
1911 wurde er an der Deutschen Universität in Prag promoviert. Durch den Militärdienst im Ersten Weltkrieg wurden seine wissenschaftlichen Arbeiten jäh unterbrochen. 1919 habilitierte er sich für gerichtliche Medizin. 1923 wurde er für die Besetzung des Lehrstuhls in Rostock in Vorschlag gebracht. 1927 wurde er ao. Professor. 1929 übernahm er nach Dittrich die Leitung des Institutes für gerichtliche Medizin. Sein Nachfolger, Professor Weyrich betonte in seinem Nachruf, daß Marx den jungen Studenten durch seine Lebensweise und durch seine ganze Persönlichkeit ein stets nachahmenswertes Vorbild war. „Marx hinterläßt als Mensch wie auch als Hochschullehrer und Wissenschaftler ein Erbe, das weiterzutragen Aufgabe und Verpflichtung bedeutet.“

Günther Weyrich (geb. 6. 7. 1898 in Ried, am Riederberg) habilitierte sich 1933 in Graz für gerichtliche Medizin, 1936 wurde er ao. Professor, 1940 erhielt er die Berufung als Vorstand des Instituts für gerichtliche Medizin und Kriminalistik an der Deutschen Universität in Prag. 1954 ging er als ao. Professor und Direktor des gerichtlichen medizinischen Institutes an die Universität in Freiburg/Br., 1960 wurde er o. Professor.

Hans Sachs (geb. 31. 3. 1912 in Aussig a. d. Elbe) promovierte 1936 an der Deutschen Universität in Prag. Hier war er bei A. Kohn (Histologie), A. Ghon und Mittelbach (Pathologie) tätig. 1943 habilitierte er sich in Prag für Pathologische Anatomie. In Prag war er weiter unter Hamperl (pathologische Anatomie) tätig. 1949 habilitierte er sich in Münster für gerichtliche Medizin. 1951 wurde er Professor. Aus den zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten seien seine Beiträge für Ponsolds Lehrbuch der gerichtlichen Medizin (1950) — auch spanisch erschienen —, und für das Handbuch von Naegeli Matis u. a. (1955) erwähnt. Über seine Anregung und unter seiner Leitung wurden von zahlreichen Schülern wertvolle Dissertationen verfaßt. (Fortsetz. folgt)

arthrosenex®

hat



seine Schuldigkeit
getan*
Der Patient kann
wieder gehen

*



Arthrosenex entspannt den Kapselbandapparat, entschmerzt, verbessert enzymatisch die Gleitfähigkeit der Gelenkflächen

Georg A. Brenner Arzneimittel-Fabrik GmbH
Alpirsbach/Schwarzwald



DERMATOLOGICA *An Sasse*



Die antibakterielle Kortikoid-Lotio Sanapredon jetzt mit verstärkter juckreizstillender Wirkung durch Zusatz des Antipruriginosums Oxypolyaethoxydecen.

Indikationen:

Nässende und intertriginöse Ekzeme, auch an behaarten Körperstellen, Dyshidrosis, juckende Dermatosen sowie Sonnenbrand.

Auf Wunsch stehen Muster und Literatur zur Verfügung.

Handelsformen: Plastikflasche 20g DM 5,75 m.U.
Plastikflasche 40g DM 8,40 m.U.

DR. FRIEDRICH SASSE
1 BERLIN 10 - POSTFACH 640

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Ausländische Krankenhausärzte in den USA

Verschärfung der Zulassungsbestimmungen hat wenig Einfluß auf den Zustrom

Im vergangenen Jahre waren insgesamt 12 886 im Ausland approbierte Ärzte in den Vereinigten Staaten tätig. Davon waren nahezu 11 000 als Krankenhausärzte beschäftigt. 8140 waren Residents oder klinische Assistenten, 2821 waren Interns, was etwa dem deutschen Medizinalpraktikanten oder Pflichtassistenten entspricht. Der Rest von nahezu 2000 war als Lehrer oder in Forschungsinstituten usw. tätig.

Trotz der Erschwerungen der Zulassungsbestimmungen gegenüber früher, hat die Zahl der ausländisch approbierten Ärzte stetig zugenommen, im vergangenen Jahre allein um mehr als 2000. In zahlreichen Teilen der USA besteht ein fühlbarer Ärztemangel. Es wird jetzt mit Nachdruck danach gestrebt, die gegenwärtige Verhältniszahl von 141 Ärzten auf 100 000 der Bevölkerung nicht niedriger werden zu lassen.

Mangel an Krankenhausärzten

Vor allem ist dieser Mangel in den Krankenhäusern fühlbar, und die Zulassung ausländischer Ärzte als Residents und Interns wird als wesentliche Erleichterung betrachtet. Ausländische Ärzte haben nicht ohne weiteres das Recht, in der freien Praxis als Ärzte tätig zu sein, aber nach Erfüllung gewisser Voraussetzungen können sie die Stellen der Krankenhausärzte ausfüllen. Bedingung für die Zulassung der ausländischen Ärzte zur Krankenhaustätigkeit ist es, daß sie vom „Educational Council for Foreign Medical Graduates“ (ECFMG) die Zulassungsbescheinigung erhalten haben. Sie wird nur nach Bestehen eines ärztlichen Examins erteilt.

Der ECFMG verlangt folgende Nachweise, ehe er die Erlaubnis der ärztlichen Berufsausübung im Krankenhaus erteilt:

1. Es muß ein Schulbesuch (formal training) von mindestens 18 Jahren nachgewiesen sein, und darin müssen zum mindesten vier oder mehr Jahre Training in einer anerkannten Medizinschule enthalten sein.
2. Er muß das ärztliche Sonderexamen bestanden haben, das ist keineswegs eine Formsache. Es ist ein schwieriges Examen. Es muß zum mindesten mit der Bewertung 75 bestanden sein. Die bestmögliche Bewertung ist 100, es wird aber nicht damit gerechnet und es ist nicht nötig, daß sie erreicht wird. Sehr viele Ärzte bestehen das Examen mit der Bewertung 80.

Anfänglich erhielten die ausländischen Ärzte mit Prüfungsnoten zwischen 70 und 75 temporäre Zulassungsbescheinigungen als Krankenhausärzte, Zertifikate, und sie mußten das Examen nach einiger Zeit wiederholen, um die Prüfungszahl 75 zu erreichen. Diese erleichternde Bestimmung ist jedoch seit 1964 aufgehoben. 75 ist das Minimum, das nicht unterschritten werden darf. Bei dem Examen des Vorjahres wurden 9848 Kandidaten geprüft. Von ihnen bestanden 4170 oder 42% das Examen mit der Bewertung 75 oder höher. Die anderen mußten das Examen wiederholen und mindestens mit der Bewertung 75 bestehen.

Der ECFMG besteht im wesentlichen aus Mitgliedern der American Medical Association, der American

Hospital Association, der Association of American Medical Colleges und der Federation of State Medical Boards of the United States.

Nach einer Mitteilung der American Hospital Association ist etwa ein Drittel der Interns- und Residentsstellen in den USA-Krankenhäusern von ausländischen Ärzten besetzt. Die größte Gruppe ausländischer Ärzte befindet sich in New York, wo etwa die Hälfte der in den Krankenhäusern tätigen Interns und Residents ausländische Ärzte sind.

13 Prozent aus Europa

Von den in Krankenhäusern tätigen Ärzten mit ausländischer Approbation stammten nach der neuesten Meldung 2% aus Afrika, 13% aus Europa, 42% aus den Ländern des Fernen Ostens, 19% aus Süd- und Mittelamerika und 16% aus dem Nahen Osten. Kanadische Ärzte werden nicht als ausländische Ärzte gerechnet. Das Zahlenverhältnis der amerikanischen plus kanadischen Ärzte zu den ausländischen Ärzten war in den Universitätskrankenhäusern 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. Ein Krankenhaus erhält beispielsweise nur dann die Ermächtigung zur Aufnahme von Interns, wenn eine Minimumrate für Sektionen von 25% der Todesfälle garantiert ist, die sich in dem betreffenden Krankenhaus ereignen. Das geht sogar noch weiter: wenn in einem Krankenhaus diese Minimum-Autopsierate in zwei aufeinanderfolgenden Jahren nicht eingehalten wird, kann die Ermächtigung zur Aufnahme und Ausbildung von Interns von der Aufsichtsbehörde entzogen werden.

Der starke Zufluß ausländischer Ärzte nach den USA-Krankenhäusern begann sich im Jahre 1949 fühlbar zu machen. Acht Jahre später gab die American Medical Association (AMA) ihrer Besorgnis darüber Ausdruck, daß ein Teil dieser Ärzte nicht die richtige ärztliche Vorbildung hatte oder zu wenig Englisch verstand, um sich mit den Patienten in den hiesigen Krankenhäusern verständigen zu können.

Daraufhin wurde das neue Examen eingeführt, das regelmäßig noch durch eine Prüfung der englischen Sprachkenntnisse ergänzt wird. Vorübergehend brachte das neue Examen Härten nicht nur für die Ärzte mit sich, die sich ihm unterzogen, sondern auch für die davon betroffenen Krankenanstalten.

Diese anfänglichen Härten 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 Reisekosten usw. erspart. Die Prüfungen ausländischer Ärzte finden zweimal im Jahre statt, an 75 Stellen, die sich über die ganze zivilisierte Welt verteilen. Eine

wertvolle Hilfe ist das „Handbook for Foreign Medical Graduates“, das auf den Konsulaten, in amerikanischen Bibliotheken und an anderen amerikanischen Stellen im Ausland aufliegt. Es kann auch für 1 Dollar vom ECFMG in Evanston, Illinois, 1633 Central Street, bezogen werden.

Auch für die Krankenhäuser ist es viel angenehmer, wenn ihr ausländischer Intern oder Resident bereits mit bestandenem Examen und erteilter Arbeitserlaubnis zu ihnen kommt. Es ist verschiedentlich vorgekommen, daß eine Reihe von Krankenhaus-Assistenzärzten plötzlich durch Nichtbestehen des Examens ihre vorübergehende Arbeitserlaubnis verloren und in ihrer Tätigkeit zum mindesten vorübergehend eingeschränkt worden waren.

Die Tätigkeit ausländischer Ärzte wird an den hiesigen Krankenanstalten sehr geschätzt. Ihr Wissen ist anerkannt, ihr Pflichteifer offensichtlich. Für manche Patienten ist es ein Wundergeschenk, wenn ein Arzt in der Lage ist, mit ihnen in ihrer Muttersprache zu reden, in Deutsch oder Spanisch oder Italienisch. Nicht wenige der Eingewanderten sind auch nach Jahren noch der englischen Sprache nicht mächtig.

Ausländische Professoren der Medizin

Mitglieder ausländischer medizinischer Fakultäten haben hier keine Schwierigkeiten zu erwarten. Der ECFMG macht in seinen Regeln Ausnahmen für ausländische Lehrer der Medizin und medizinische Forscher, wenn sie den Grad eines assistant professor, associate professor, full professor o. ä. besitzen, und wenn sie in einer amerikanischen Medizinschule lehren wollen oder in einem Krankenhaus, das mit einer Universität verbunden ist. Es handelt sich also um eine andere Tätigkeit als Intern oder Resident.

Seit 1965 sind diese Ausnahmen noch erweitert, indem auch jüngere Mitglieder ausländischer Fakultäten, die noch nicht Professor sind, hier zugelassen sind, wenn es sich um Lehr- oder Forschungszwecke handelt und nicht um aktive Betreuung von Patienten. Der Council of Medical Education erteilt diese Ausnahme-Erlaubnis, wenn von der betreffenden amerikanischen Medizinschule, bei der der junge ausländische Arzt arbeiten soll, der Antrag gestellt wird.

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

Sachverständige der Internationalen Arbeitsorganisation berichten über die Gefahren beruflicher Benzolvergiftungen und ihre Verhütung

Eine Gruppe von 16 Experten aus 12 Industrieländern hat sich kürzlich beim Internationalen Arbeitsamt in Genf mit den Möglichkeiten einer gefahrloseren Verwendung von Benzol und benzolhaltigen Lösemitteln in der industriellen Produktion beschäftigt. In dem aufgrund der Beratungen abgegebenen Bericht ist Benzol als einer der allergefährlichsten Stoffe bezeichnet worden, mit denen in der Industrie gearbeitet werden muß. Besonders ist auf die heimtückischen Auswirkungen dieser chemischen Verbindung auf den menschlichen Organismus hingewiesen worden. Bei Arbeitnehmern, die längere Zeit den Einwirkungen von Benzol oder Benzoldämpfen ausgesetzt sind, wird das Knochenmark angegriffen. Nach einer längeren latenten Periode führt das meistens zu verschiedenen irreversiblen Blutveränderungen bei den Betroffenen, die Krankheitserscheinungen, wie Anämie, Leukopenie, Thrombozytopenie und bei manchen Leukämie, hervorrufen.

Im Hinblick auf das Problem, dem die Weltindustrie bei den Benzolvergiftungen gegenübersteht, wäre es nach Ansicht der Sachverständigen wohl die idealste Lösung, die Verwendung dieses Stoffes überhaupt einzustellen. Das ist jedoch nicht möglich. Benzol ist für bestimmte industrielle Produktionsverfahren nicht entbehrlich. Bis jetzt kann es noch nicht durch eine ungefährlichere Sub-

stanz mit den gleichen in der Industrie benötigten Eigenschaften ersetzt werden. Eine Reihe von Lösemitteln, insbesondere diejenigen, die bei bestimmten Extraktionsverfahren für einige Rohmaterialien verwendet werden müssen, enthalten einen relativ hohen Benzolgehalt. Infolge der bisher mangelnden Ersetzbarkeit wird man daher in diesen Lösemitteln einen bestimmten Anteil von Benzol weiterhin tolerieren müssen. Aber gerade deshalb haben sich die Sachverständigen dafür ausgesprochen, für alle derartigen Lösemittel international einen höchstzulässigen Gehalt an Benzol verbindlich festzusetzen. Einstimmig wurde empfohlen, für Lösemittel, die Benzol enthalten, keinen höheren Gehalt als 1% zuzulassen. Die Beifügung zu Lösemitteln, die Benzol nicht vom Ursprung her enthalten, sollte überhaupt strikt verboten werden.

Als wichtigste Maßnahme für den Gesundheitsschutz ist die Kontrolle darüber bezeichnet worden, in welchem Maß die Arbeitnehmer in der Umgebung ihres Arbeitsplatzes Benzoleinwirkungen ausgesetzt sind. In verschiedenen Ländern gibt es Unfallverhütungsvorschriften und Empfehlungen über den höchstzulässigen Gehalt von Benzol in der Atemluft. Diese höchstzulässige Grenze ist in der UdSSR auf 6 p. p. m. (parts per million) festgesetzt worden, in der Tschechoslowakei auf 15 p. p. m. Dagegen hat in den USA die Conference of Govern-

RECORSAN®

-HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

30 g DM 3,00 m. U.

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

mental Industrial Hygienists einen Wert von 25 p. p. m. vorgeschlagen. Nach eingehender Erörterung der toxi-kologischen und chemischen Aspekte des Benzolvergif-tungsproblems kamen die Sachverständigen zu dem Schluß, den Wert von 25 p. p. m. vorläufig bis auf wei-teres als höchstzulässigen Schwellenwert zu betrachten, der nicht überschritten werden darf. Dieser Toleranz-wert müsse aber nach und nach weiter herabgesetzt werden.

Neben den technischen Verhütungsmaßnahmen ist für die medizinische Prophylaxe die ärztliche Untersuchung von Arbeitnehmern als unerlässlich bezeichnet worden, und zwar bevor die Arbeit in Betrieben aufgenommen wird, in denen Benzol oder benzolhaltige Lösemittel verwendet werden. Diese Untersuchungen müßten weiterhin nach Aufnahme der Tätigkeit in regelmäßigen Abständen von 6 Monaten wiederholt werden, damit rechtzeitig etwa beginnende Schädigungen des Organismus festgestellt werden könnten. Personen unter 18 Jahren sollten bei ihrer beruflichen Tätigkeit über-haupt nicht Benzoleinwirkungen ausgesetzt werden dürfen, und zwar deshalb nicht, weil im jugendlichen

Alter das Knochenmark eine noch weit größere Emp-findlichkeit gegenüber Knochenmarkgiften aufweist. Ebenso sollte die Beschäftigung von schwangeren Frauen und stillenden Müttern in Betrieben verboten werden, in denen Benzoleinwirkungen möglich sind.

Gesundheitserziehung der Arbeitnehmer, Betriebsüber-wachung auch in medizinischer Hinsicht, entsprechende Maßnahmen der Betriebsleitungen und der Techniker sind alle zusammen als notwendig bezeichnet worden, um die Gefahr der Benzolvergiftungen herabzusetzen. In diesem Zusammenhang ist auf die Grundsätze ver-wiesen worden, die in der Empfehlung der Internatio-nalen Arbeitsorganisation Nr. 31 über die Verhütung industrieller Unfälle und in den Musterunfallverhütungs-vorschriften des Internationalen Arbeitsamtes enthalten sind. Der Bericht der Expertenkommission ist dem Ver-waltungsrat der Internationalen Arbeitsorganisation mit der Empfehlung zugeleitet worden, für die Benzolver-wendung in der Industrie entsprechende internationale Normen für den Gesundheitsschutz der in den in Frage kommenden Betrieben beschäftigten Arbeitnehmer aus-zuarbeiten und vorzulegen. v. L.-n.

AMTLICHES

Änderung der Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer ab 1. 1. 1968

Die Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer vom 1. 1. 1961 (veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt“ 1960, S. 350 ff.) wurde durch Beschluß der Ordentlichen Vollversammlung der Delegierten zur Baye-rischen Landesärztekammer vom 15. 10. 1967 in München, genehmigt mit Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern — Nr. III 8—5011/5—15/67 — vom 9. 11. 1967, wie folgt geändert:

§ 1

	Jahresbeitrag	davon Hilfsfonds
Gruppe I	230,— DM	50,— DM
Gruppe II	66,— DM	18,— DM
Gruppe III	48,— DM	
Gruppe IV	10,— DM	

In der Gruppe I und II wird der jeweils angegebene Betrag von 6000,— DM geändert in 8000,— DM.

§ 3
 Ärzte, die mehr als drei Personen in ihrer Praxis, Klinik usw. beschäftigen, haben für jede weitere Per-

son einen zusätzlichen Kammerbeitrag von 20,— DM zu bezahlen.

§ 4 (2)
 Bei den in Gruppe I gehörenden Ärzten, deren Brutto-einnahmen aus der gesamten ärztlichen Tätigkeit im vorangegangenen Jahr unter 20 000,— DM geblieben sind, ermäßigt sich der Jahresbeitrag wie folgt:

Bruttoeinnahmen:	Jahresbeitrag	davon Hilfsfonds
von 10 001 bis 20 000 DM	100,— DM	25,— DM
bis 10 000 DM	50,— DM	

Nachstehend wird die Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer vom 1. 1. 1961 in der nunmehrigen Fassung neu veröffentlicht:

Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer

§ 1

	Jahres-beitrag:	davon Hilfs-fonds:		Jahres-beitrag:	davon Hilfs-fonds:
Gruppe I:	DM 230,—	50,—	Gruppe II:	DM 66,—	18,—
Niedergelassene Ärzte; Chefärzte; leitende Ärzte;			Angestellte Ärzte; wissenschaftliche Assistenten; Vertragsärzte; Praxisvertreter und -assistenten;		
Ärzte der Gruppe II mit jährl. Bruttoeinnahmen über 8000 DM aus ärztlicher Nebentätigkeit			Ärzte, die in der pharmazeutischen Industrie tätig sind; Ärzte als freie Mitarbeiter, mit jähr- lichen Einnahmen aus abhängiger		

Tätigkeit bzw. als freie Mitarbeiter über 8000 DM, soweit sie nicht unter Gruppe I fallen; beamtete Ärzte mit Bruttoeinnahmen unter 8000 DM aus ärztlicher Nebentätigkeit.

Gruppe III:

Beamtete Ärzte ohne Nebeneinnahmen; Sanitätsoffiziere.

Jahresbeitrag

DM 48,—

Gruppe IV:

Medizinalassistenten; alle übrigen Ärzte.

DM 10,—

§ 6**§ 2**

Das Beitragsjahr ist das laufende Kalenderjahr.

§ 3

Ärzte, die mehr als drei Personen in ihrer Praxis, Klinik usw. beschäftigen, haben für jede weitere Person einen zusätzlichen Kammerbeitrag von 20 DM zu bezahlen.

§ 4

(1) Die Ärzte aller Beitragsgruppen werden von der Geschäftsführung der Kammer veranlagt.

(2) Bei den in Gruppe I gehörenden Ärzten, deren Bruttoeinnahmen aus der gesamten ärztlichen Tätigkeit im vorangegangenen Jahr unter 20 000 DM geblieben sind, ermäßigt sich der Jahresbeitrag wie folgt:

Bruttoeinnahmen:	Jahresbeitrag	Hilfsfonds
von 10 001 bis 20 000 DM	100,— DM	25,— DM
bis 10 000 DM	50,— DM	

(3) Ärzte, für welche die ermäßigten Beiträge des Abs. 2 in Betracht kommen, haben sich mittels eines der Veranlagung beigefügten Vordruckes unter Versicherung der Richtigkeit ihrer Angaben, zu dem ihren Bruttoeinnahmen im Vorjahr entsprechenden Beitrag selbst einzustufen.

(4) Innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe der Veranlagung ist der Beitrag an die Kammer zu entrichten. Innerhalb der gleichen Frist ist auch die Einstufungserklärung zu einem ermäßigten Beitrag (von Ärzten der Gruppe I) an die Kammer einzusenden und der Beitrag zu bezahlen.

(5) Wird in dieser Frist der Beitrag nicht bezahlt bzw. die Erklärung nicht eingesandt, so erfolgt einmalige Mahnung mit Fristsetzung von zwei Wochen. Hält der Beitragspflichtige auch diese Frist nicht ein, so wird durch die Geschäftsführung der Kammer der volle Beitrag zusammen mit den Kosten gemäß Art. 20 des Kammergesetzes im Wege der Zwangsvollstreckung beigetrieben.

(6) Ärzten, welche über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns abrechnen, wird der Beitrag von ihrem Kassenhonorar einbehalten, sofern sie ihr Einverständnis hierzu erklärt haben.

§ 5

(1) Gegen Bescheide der Bayer. Landesärztekammer (Geschäftsführung) nach § 4 dieser Beitragsordnung kann der Betroffene innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheides Widerspruch einlegen. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Bayer. Landesärztekammer zu erheben. Über den

Widerspruch entscheidet die Geschäftsführung der Bayer. Landesärztekammer (§ 73 VwGO). Die Befugnisse der Vollversammlung und des Vorstandes bleiben unberührt.

(2) Gegen den Widerspruchsbescheid ist Anfechtungsklage innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides beim zuständigen Verwaltungsgericht zulässig.

(3) Widersprüche und Anfechtungsklagen haben keine aufschiebende Wirkung (§ 80 Abs. 2 Nr. 1 VwGO).

(1) Bei Vorliegen besonderer Umstände kann der Beitrag auf schriftlichen, begründeten und mit den notwendigen Unterlagen versehenen Antrag hin gestundet, ermäßigt oder erlassen werden. Ein Rechtsanspruch darauf besteht nicht.

(2) Der Antrag ist innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe der Beitragsveranlagung bei der Kammer unmittelbar einzureichen. Später eingereichte Anträge können nicht mehr berücksichtigt werden. Über die Anträge entscheidet der Vorsitzende des Finanzausschusses zusammen mit der Geschäftsführung der Kammer. Die Befugnisse der Vollversammlung und des Vorstandes bleiben unberührt.

(3) Für die Bezahlung ermäßigter Beiträge gelten die Bestimmungen unter § 4 Abs. 4 und 5 entsprechend.

§ 7

(1) Für die Zugehörigkeit zu dem Beitragsgruppen I—IV ist die am 1. Februar ausgeübte Tätigkeit maßgebend. Bei Ärzten, die erst nach dem 1. Februar ihre ärztliche Tätigkeit in Bayern aufgenommen oder ihren Wohnsitz bzw. dauernden Aufenthalt in Bayern bezogen haben, ist der Zeitpunkt des Tätigwerdens bzw. der Wohnsitznahme in Bayern maßgebend; in diesen Fällen ist der Beitrag zur Bayer. Landesärztekammer anteilig zu entrichten, soweit der volle Kammerbeitrag nicht bereits an eine andere Landesärztekammer bezahlt wurde.

(2) Die zusätzlichen Beiträge nach § 3 sind auch dann zu entrichten, wenn erst nach dem 1. Februar mehr als drei Personen in der Praxis, Klinik usw. beschäftigt werden.

§ 8

Diese Beitragsordnung tritt mit Wirkung vom 1. 1. 1968 in Kraft.

München, den 27. November 1967

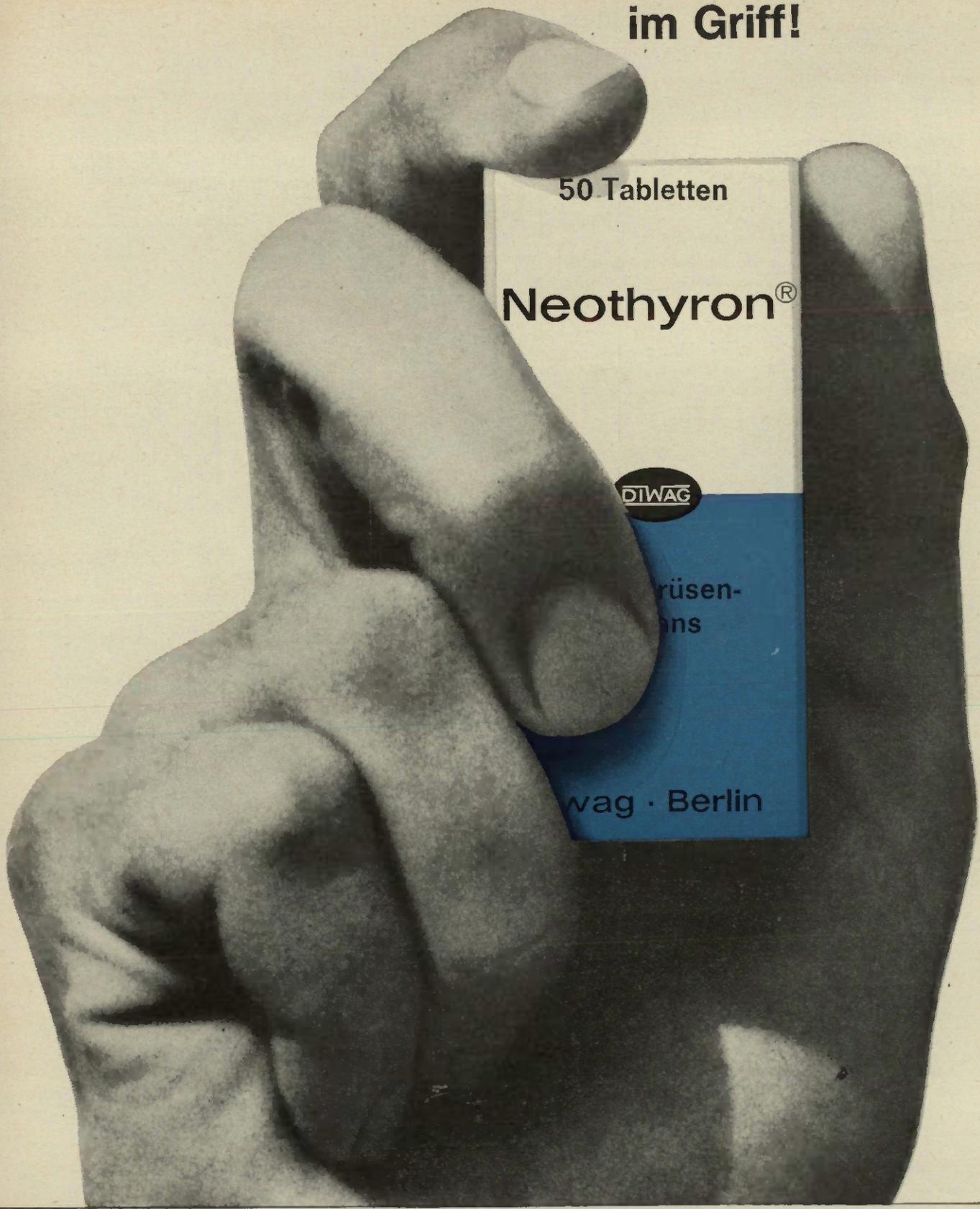
Dr. Sewering, Präsident

Zusatzbezeichnung „Röntgeninstitut“

Aus gegebenem Anlaß welsen wir nochmals darauf hin, daß die Führung der Bezeichnung „Röntgeninstitut“ durch Fachärzte für Röntgenologie und Strahlenheilkunde unzulässig ist. Dies ergibt sich daraus, daß diese Bezeichnung in den in § 23 Abs. 3, 4 und 5 BO Ärzte 1958 abschließend aufgezählten Zusätzen nicht enthalten ist und Abs. 6 dieses Paragraphen das Führen anderer Zusätze für unzulässig erklärt.

Der Kammervorstand hat in seiner Sitzung am 17. 9. 1966 durch Beschluß auf diese Unzulässigkeit nochmals hingewiesen.

Schilddrüsen-Regulation im Griff!



50 Tabletten

Neothyron®

DTWAG

Schilddrüsen-
Regulation

Diwag · Berlin

DW 792

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

Ärztliche Berufsgerichte

Das Bayerische Staatsministerium der Justiz hat die richterlichen und nichtrichterlichen Mitglieder der ärztlichen Berufsgerichte, deren Amtszeit abgelaufen ist, auf die Dauer von 5 Jahren neu ernannt. Die Ernennung der nichtrichterlichen Mitglieder erfolgte auf Vorschlag des 19. Bayerischen Ärztetages 1966 in Bad Wiessee.

Die Berufsgerichte und das Landesberufsgericht setzen sich danach wie folgt zusammen:

Berufsgericht für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München

Richterliche Mitglieder

Vorsitzender:

Oberlandesgerichtsrat Dr. Alwin Würstle
(Oberlandesgericht München)

Stellvertreter:

Oberlandesgerichtsrat Georg Völkner
(Oberlandesgericht München)

Untersuchungsführer:

Landgerichtsrat Dr. Frankenberger
(Landgericht München I)

Stellvertreter:

Landgerichtsrat Dr. Paul Nappenbach
(Landgericht München I)

Nichtrichterliche Mitglieder

1. Dr. Nikolaus Hohenadl
Prakt. Arzt, 8000 München 23, Ohmstraße 13
Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)
Dr. Elmar Hellenthal
Facharzt für Chirurgie, 8300 Landshut, Altstadt 29
Dr. Lothar Kramm
Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
8950 Kaufbeuren, Prinzregentenstraße 5
Dr. Heinz Foucar
Prakt. Arzt, 8443 Bogen, Richard-Seefried-Straße 3
Dr. Sebastian Mohr
Prakt. Arzt, 8420 Kelheim, Alter Markt 8
2. Dr. Felix Kircher
Prakt. Arzt, 8882 Lauingen/Donau, Herzog-Georg-Straße 86
Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)
Dr. Wolf Stromeyer
Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
8000 München 12, Theresienhöhe 9
Dr. Josef Spanneberg
Prakt. Arzt, 8255 Schwindegg
Dr. Harald Taeger
Facharzt für innere Krankheiten
8080 Fürstenfeldbruck, Münchener Straße 41

Dr. William Kittler
Facharzt für Chirurgie
8000 München 27, Possartstraße 9

Berufsgericht für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg

Richterliche Mitglieder

Vorsitzender:

Senatspräsident Dr. Friedrich Arold
(Oberlandesgericht Nürnberg)

Stellvertreter:

Senatspräsident Dr. Otto Eyselein
(Oberlandesgericht Nürnberg)

Untersuchungsführer:

Landgerichtsrat Johann Mürschberger
(Landgericht Nürnberg-Fürth)

Stellvertreter:

Oberlandesgerichtsrat Walter Wolf
(Oberlandesgericht Nürnberg)

Nichtrichterliche Mitglieder

1. Dr. Otto Moegen (wurde nicht neu ernannt, da seine Amtszeit erst mit Ablauf des 10. 6. 1970 endet)
Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)
Dr. Walter Plumert
Facharzt für Kinderkrankheiten
8400 Regensburg, Gutenbergstraße 14
Dr. Stefan Murar
Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
8800 Ansbach, Feuchtwanger Straße 38
Dr. Friedrich Kühnlein
Facharzt für Augenkrankheiten
8630 Coburg, Mohrenstraße 3
Dr. Heinrich Weber
Prakt. Arzt, 8700 Würzburg, Dominikanerplatz 5
2. Dr. Rudolf Steininger
Prakt. Arzt, 8450 Amberg, Guldenmundstraße 1
Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)
Dr. Gustav Rhombert
Prakt. Arzt, 8832 Weißenburg i. Bay., Am Plärrer 3
Dr. Karl Luz
Facharzt für innere Krankheiten
8640 Kronach, Lucas-Cranach-Straße 7
Dr. Martin Kressmann
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
8500 Nürnberg, Königstraße 29
Dr. Günther Brandt
Facharzt für innere Krankheiten
8580 Bayreuth, Wölfelstraße 3

Passiorin

Rein pflanzliches Dauersedativum

(Passifl. inc., Salix alb., Crataeg. oxyac.)

Ohne Gewöhnungsgefahr

Ohne Nebenwirkungen

Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



Landesberufsgericht für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht

Richterliche Mitglieder

Vorsitzender:

Senatspräsident Dr. Ludwig Graf
(Bayerisches Oberstes Landesgericht)

Stellvertreter:

Senatspräsident Dr. Ernst Horber
(Bayerisches Oberstes Landesgericht)

Richterlicher Beisitzer:

Oberstlandesgerichtsrat Karl Hoffmann
(Bayerisches Oberstes Landesgericht)

Stellvertreter:

1. Oberstlandesgerichtsrat Dr. Walter Müller
(Bayerisches Oberstes Landesgericht)
2. Oberstlandesgerichtsrat Dr. Hermann Gichtel
(Bayerisches Oberstes Landesgericht)

Nichtrichterliche Mitglieder

1. Dr. Willi Müller
Prakt. Arzt, 8700 Würzburg, Sanderstraße 3
Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)
Dr. Hans Taucher
Prakt. Arzt, 8600 Bamberg, Untere Sandstraße 43
Dr. Hermann Bickel
Facharzt für Augenkrankheiten
8900 Augsburg, Fuggerstraße 18

Dr. Heinrich Dreher
Facharzt für Augenkrankheiten
8858 Neuburg a. d. Donau, Brüdergartensiedlung 7
Dr. Gustav Schnizlein
Facharzt für Chirurgie
8530 Neustadt a. d. Aisch, Bahnhofstraße 18

2. Dr. Adolf Roth
Prakt. Arzt, 8069 Wolnzach
Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)
Dr. Kurt Göppfert
Facharzt für innere Krankheiten
8720 Schweinfurt, Ludwigstraße 1
Dr. Eduard Hiller
Facharzt für Chirurgie
8060 Dachau, Hermann-Stockmann-Straße 39
Obermedizinalrat Helmut Försterling
8730 Bad Kissingen, Friedensstraße 11
Dr. Theodor Joos
Facharzt für Urologie
8000 München 23, Germanlastraße 9a
3. Dr. Johannes Göbel
Prakt. Arzt, 8414 Maxhütte-Haidhof ü. Regensburg
Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)
Dr. Hans Rauscher
Prakt. Arzt, 8359 Ortenburg ü. Vilshofen Nr. 91½
Dr. Alfons Ammerschläger
Prakt. Arzt, 8750 Aschaffenburg, Würzburger Straße 2
Dr. Georg Söllner
Prakt. Arzt, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 30
Dr. Wolfgang Zierhut
Prakt. Arzt, 8000 München 15, Waltherstraße 34

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Ein „Beschlagnahmemißgriff“

Als rechtsirrtümlich muß sich eine Entscheidung des Landgerichts München I — Az.: V Qs 94/67 — vom 14. 7. 1967 charakterisieren lassen, durch welche die Beschwerde zweier Ärzte zurückgewiesen worden ist, denen gegenüber das Amtsgericht München die Beschlagnahme von Krankenblättern und zu deren Auffindung die Durchsuchung der Praxisräume angeordnet hatte. Der Sachverhalt war der folgende:

Gegen den Inhaber und Chefarzt einer Privatklinik, Dr. X, wird von der Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht München II ein Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung geführt. Dr. X soll bei der Behandlung des in seiner Klinik am 1. 6. 1966 verstorbenen B. ein von ihm zu vertretender Kunstfehler unterlaufen sein, der zum Ableben des Patienten geführt habe.

Im Rahmen dieser Ermittlungen sollten auch die von den Ärzten Dr. Y und Dr. Z, die den Verstorbenen vor der Einweisung in die Klinik des Beschuldigten behandelt hatten, geführten Krankenblätter ausgewertet und zu den Akten genommen werden.

Auf Antrag der Staatsanwaltschaft erließ deshalb der Ermittlungsrichter des Amtsgerichts München am 6. 3. 1967 einen Beschuß, in dem für den Fall der Verweigerung freiwilliger Herausgabe die Beschlagnahme der Krankenblätter und zu deren Auffindung die Durchsuchung der Praxisräume der beiden Ärzte angeordnet wurde. Die Unterlagen wurden später von den Ärzten freiwillig herausgegeben.

Mit einem gemeinsamen Schreiben vom 24. 4. 1967 erhoben Dr. Y und Dr. Z gegen den Beschuß des Amtsgerichts München vom 6. 3. 1967 Protest, weil die in ihm enthaltene Anordnung der Durchsuchung und Beschlagnahme in unzulässiger Weise in die ärztliche Schweigepflicht und das ärztliche Berufsgeheimnis eingreife.

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

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.

 WESTBURG
Arzneimittel
Bad Godesberg

Das Landgericht hat die Protestschreiben als Beschwerde im Sinne der Strafprozeßordnung aufgefaßt, diese jedoch aus folgenden Gründen verworfen:

- „1. Soweit sich diese gegen die Anordnung der Durchsuchung richtet, ist sie, da eine Durchsuchung nicht stattgefunden hat, bereits mangels einer Beschwerde unzulässig. Irgendwelche Anhaltspunkte dafür, daß nochmals eine Durchsuchung erfolgen wird und dem Durchsuchungsbeschluß deshalb auch weiterhin Bedeutung zukommt, sind nicht ersichtlich geworden.
2. Die Beschwerde gegen die Beschlagnahmeanordnung ist zwar zulässig (§§ 304, 306 StPO), jedoch nicht begründet.

Die angeordnete Beschlagnahme der Krankenblätter findet ihre Rechtsgrundlage in § 94 StPO. Nach dieser Vorschrift können Gegenstände, die nicht freiwillig herausgegeben werden oder nach freiwilliger Herausgabe zurückverlangt werden, durch das Gericht beschlagnahmt werden, wenn sie als Beweismittel für ein Strafverfahren von Bedeutung sind. Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall gegeben.

Der Beschlagnahmeanordnung steht das Beschlagnahmeverbot des § 97 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 3 StPO nicht entgegen. Den Beschwerdeführern ist zwar zuzugeben, daß dem behandelnden Arzt in § 53 Nr. 3 StPO grundsätzlich ein Zeugnisverweigerungsrecht gewährt wird, und daß sie im vorliegenden Fall von ihrer Schweigepflicht nicht rechtswirksam entbunden sind. Die Einwilligungserklärung der Mutter und des Vormunds der Kinder des Verstorbenen ist nämlich unbeachtlich, weil das Recht zur Entbindung von der Schweigepflicht höchstpersönlich und unvererblich ist. § 97 Abs. 1 StPO greift jedoch deshalb hier nicht ein, weil diese Vorschrift ausschließlich auf das Verhältnis des Arztes zum Patienten, wenn der Patient Beschuldigter ist, bezogen ist; der Arzt soll nicht gezwungen werden, in einem Verfahren gegen einen Patienten Beweismittel liefern zu müssen. Ein solches Verhältnis ist im vorliegenden Fall nicht gegeben. Es sind nicht die Krankenblätter eines von den Beschwerdeführern behandelten Beschuldigten, sondern die Unterlagen über einen Verstorbenen, dessen Tod Gegenstand eines Ermittlungsverfahrens ist, beschlagnahmt worden.

Das Gericht ist sich bei diesem Ergebnis durchaus bewußt, daß ein gewisser Widerspruch zwischen der ärztlichen Pflicht, die Geheimnisse jedes Patienten zu wahren (§ 300 StGB), und der Befugnis, das Zeugnis über anvertraute oder bekanntgewordene Umstände jedes Patienten zu verweigern (§ 53 StPO), einerseits und der oben dargelegten Beschränkung des Beschlagnahmeverbotes andererseits besteht. Da jedoch § 97 Abs. 1 StPO eindeutig die Beschränkung für den Fall, daß der Patient Beschuldigter ist, enthält, ist eine Auslegung dahin, daß alle Krankengeschichten generell der Beschlagnahme entzogen seien, nicht möglich. Auch andere außerhalb der StPO niedergelegte Bestimmungen ermöglichen es nicht, von einem generellen Beschlagnahmeverbot zu sprechen. Art. 1 und Art. 2 des GG wie auch Art. 8 der MenschRKonv. gewähren zwar einen sehr weitgehenden Schutz der Intimsphäre, der auch im Strafprozeß zu beachten ist; sie stehen jedoch unter dem Vorbehalt, daß die Rechte anderer oder der Allgemeinheit bei der Geltendmachung des Persönlichkeitsrechts nicht verletzt werden dürfen. Es muß also eine Interessenabwägung zwischen dem Anspruch und der Pflicht des Staates auf Strafverfolgung und dem auch nach dem Tode weiterbestehenden Anspruch des einzelnen auf Schutz seiner Intimsphäre vorgenommen werden.

Im vorliegenden Fall hat dabei eindeutig der Anspruch des Staates auf Strafverfolgung den Vorrang. Es wäre nämlich wenig sinnvoll, die Ahndung eines von Dritten schuldhaft verursachten Todes

dadurch zu erschweren, daß man dem Staat den Zugriff auf Beweismittel, mit dem Argument, der Zugriff greife in die Rechte des Verstorbenen ein, verwehrt.

Da die Beschlagnahmeanordnung somit zu Recht erfolgt ist, war die Beschwerde insoweit als unbegründet zu verwerfen.“

Anmerkung

Die Entscheidung leidet an dem Mangel, daß sie im Gegensatz zum Wortlaut des Gesetzes und dem in ihm geäußerten Willen des Gesetzgebers einer vermeintlichen „Interessenlage“ entsprechen zu müssen glaubt. Besonders bedauerlich ist, daß die Richter sich, „eines gewissen Widerspruchs“ in ihren Entscheidungsgründen „durchaus bewußt“, dennoch zu der erfolgten Entscheidung bekannt haben. Dieses Bekenntnis allerdings ist nicht als neuartige Rechtsfindung des Landgerichts München anzusehen, sondern läßt sich bereits aus einer Entscheidung des OLG Celle vom 30. 9. 1964 („Deutsches Ärzteblatt“ 1965, S. 405) entnehmen, dessen Entscheidungsgründe überwiegend wörtlich vom Landgericht München schlicht abgeschrieben worden sind.

Dabei wird offensichtlich verkannt, daß zwar § 97 Abs. 1 StPO in den Nr. 1 und 2 die Beschlagnahmefreiheit nur normiert, wenn es sich um schriftliche Mitteilungen des Beschuldigten an den Zeugnisverweigerungsberechtigten bzw. um Aufzeichnungen des Zeugnisverweigerungsberechtigten über vom Beschuldigten anvertraute Mitteilungen handelt, daß jedoch nach der hier allein in Frage kommenden Nr. 3 schlechthin andere Gegenstände einschließlich der ärztlichen Untersuchungsbefunde, auf die sich das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes nach § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO erstreckt, beschlagnahmefrei sind. In bezug auf diese Gegenstände fordert das Gesetz keine Beziehung zum Beschuldigten, sondern knüpft die Beschlagnahmefreiheit unmittelbar an das Zeugnisverweigerungsrecht an. Das bedeutet, daß im Gegensatz zu den Nr. 1 und 2 in Abs. 1 von § 97 StPO, welche nur eine subjektiv-relative Beschlagnahmefreiheit zulassen, die Nr. 3 in Kongruenz zum Zeugnisverweigerungsrecht die absolute Beschlagnahmefreiheit garantiert.

Einer etwaigen mißbräuchlichen Ausnutzung der Beschlagnahmefreiheit baut Abs. 2 dieser Bestimmung vor, indem er festlegt, daß die Beschlagnahmefreiheit dann nicht eintritt, wenn der zur Zeugnisverweigerung Berechtigte einer Teilnahme, Begünstigung oder Hehleri verdächtig ist. Das Gericht hätte also allenfalls vorher prüfen können, ob die betroffenen Ärzte Dr. Y. und Dr. Z. sich durch die Weigerung zur Herausgabe ihrer Krankenunterlagen einer Begünstigung des beschuldigten Dr. X. im Sinne von § 257 StGB verdächtig gemacht haben. Es kann jedoch nicht Rechtens sein, daß derjenige Arzt, der keine Aufzeichnungen gemacht hat und nur als Zeuge vernommen werden kann, nach § 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO das uneingeschränkte Aussageverweigerungsrecht hat, hingegen derjenige, welcher eine eingehende Krankengeschichte über den Patienten führt, über den Umweg der Beschlagnahme dieser Unterlagen zur uneingeschränkten Offenbarung mittelbar verpflichtet wird.

Anschr. d. Verf.: Rechtsanwalt Dr. Jürgen W. Bösch, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 3

Praxisschild

In verschärftem Umfang pflegen die Berufsgerichte neuerdings Verstöße gegen die klaren Regeln der Berufsordnung darüber, was auf einem Praxisschild angegeben werden darf, zu ahnden.

Die ärztliche Standesvertretung hat gerade in Bayern durch zahlreiche Veröffentlichungen auf jene selbstverständlichen Berufspflichten wiederholt hingewiesen.

Nachstehend wird ein Beschluß des Berufsgerichts München, der im abgekürzten Verfahren (Art. 51 Abs. 3 des Kammergesetzes) ergangen ist, wiedergegeben; gegen den beschuldigten Arzt wurde dabei auf einen Verweis und eine Geldbuße von DM 200.— (die höchste in diesem Verfahren zulässige Maßnahme) und auf das Tragen der Verfahrenskosten erkannt.

Beschluß des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München vom 20. 10. 1967 (AZ.: BG — A 8 1967):

Gründe:

Der Beschuldigte unterhält in X. eine Praxis als Facharzt für innere Krankheiten.

Er hatte bereits seit 1960 unzulässige Zusätze auf seinem Praxisschild geführt, nämlich die Zusätze „speziell für Herz- und Kreislaufleiden, Röntgen, EKG-Labor“. Er wurde deshalb vom Ärztlichen Kreisverband X. am 19. 10. 1960 beanstandet. Mit Schreiben vom 10. 3. 1961 teilte er dem Verband mit, er habe an diesem Tage das Praxisschild mit den Zusätzen abgenommen und werde es in der nächsten Woche durch ein den Vorschriften entsprechendes Schild ersetzen.

Spätestens ab 12. 8. 1963 hatte er das Schild mit den Zusätzen wieder angebracht. Wiederholte Schreiben des Ärztlichen Kreisverbandes X. ließ er unbeantwortet. Am 5. 2. 1964 erteilte ihm hierauf der Verband eine förmliche Belehrung. Trotzdem änderte er das Schild nicht. Am 17. 12. 1966 hatte er es noch immer angebracht.

Die Zusätze auf dem Praxisschild dienen unverkennbar der Werbung von Patienten und sind deshalb unzulässig. Daß der Beschuldigte als Facharzt für innere Krankheiten Herz- und Kreislaufleiden behandelt, ist selbstverständlich. Auch Zusätze, die Selbstverständliches enthalten, sind unzulässig, weil sie beim Laien den Eindruck erwecken können, gerade der Beschuldigte sei für die Behandlung solcher Krankheiten besonders geeignet (vgl. KUHNS, „Das gesamte Recht der Heilberufe“, I, 930). Die auf den Zusätzen angegebene Praxiseinrichtung haben außer dem Beschuldigten auch andere Ärzte.

Die Verwendung der erwähnten Zusätze auf dem Praxisschild ist durch § 23 Abs. 2 der Berufsordnung für die

Bitte um Spenden für ein Urwaldhospital

Für ein Urwaldhospital in Brasilien werden dringend benötigt:

1 Operationstisch (auch gebraucht)

1 Dampfsterilisator

1 OP-Lampe

Instrumente und Spritzen

Die Spenden werden erbeten an Schwester Oberin Odwina, Steyer-Mission, 8000 München 55, Dauthendeystraße 25

Ärzte Bayerns verboten. Gemäß § 2 Abs. 2 S. 1 der Berufsordnung ist der Arzt verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und sie zu beachten. Gegen diese Pflicht hat der Beschuldigte verstoßen. Er hat sich daher einer Berufspflichtverletzung schuldig gemacht.

Bei der Verhängung einer Maßnahme nach dem Kammergesetz berücksichtigt das Berufsgericht insbesondere die lange Zeitdauer, in der sich der Beschuldigte über die bestehenden Vorschriften hinweggesetzt hat, sowie den Umstand, daß er die Schreiben seiner Berufsvertretung zum Teil nicht einmal beantwortet und die gem. Art. 19 Abs. 1 KaG am 5. 2. 1964 erteilte Belehrung in den Wind geschlagen hat.

Wenn das Berufsgericht trotzdem noch einen leichteren Fall im Sinne des Art. 51 Abs. 3 KaG für gegeben erachtet, der ohne Eröffnungsbeschluß und ohne Hauptverhandlung im abgekürzten Verfahren geahndet werden kann, so geschieht dies nur in der Überzeugung, daß sich der Beschuldigte nunmehr bewußt wird, daß er bei fortwährendem Verstoß mit einer weitaus schärferen Maßnahme zu rechnen hat, und in der Erwartung, daß er sich deshalb künftig an die bestehenden Vorschriften hält.

Ein Verweis und eine Geldbuße von DM 200.— erscheinen deshalb in diesem Verfahren als noch angemessen. Die Kostenfolge ergibt sich aus Art. 62 Abs. 1 und Art. 64 KaG in Verbindung mit § 465 StPO.

Die Verfahrensgebühr wird gem. Art. 62 Abs. 2 KaG auf DM 100.— festgesetzt.

Die Auslagen des berufsgerichtlichen Verfahrens trägt der Beschuldigte ganz.

Rechtsanwalt F. Poellinger, München

Pepsaldra®

Magen-Fermentpräparat

gegen Subacidität, Achylie und deren Folgezustände

Original-Packungen mit 45 und 125 Oragees

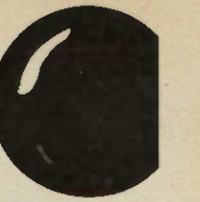
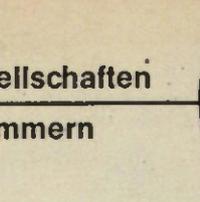
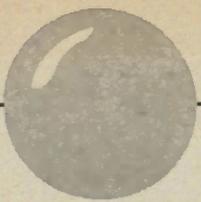
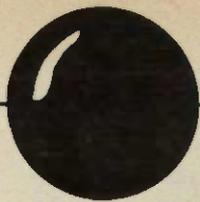
Pepsaldra compositum

Multivalentes Verdauungsenzympräparat gegen Störungen im Magen-Pankreas-Galle-Dünndarmsystem

Original-Packungen mit 40 und 100 Oragees



Fabrik
pharm. Präparate
Karl Engelhard
Frankfurt a. M.
gegr. 1872

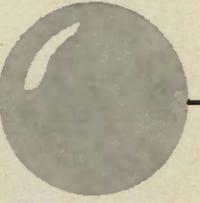
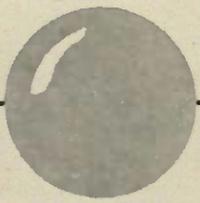
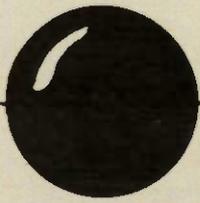
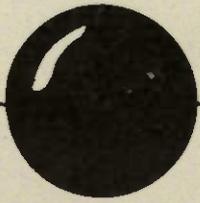


Bezirksärztekammer
Südwestfalen-Lippe

Bayerische
Landesärztekammer

Ärztekammer
Niedersachsen

Bezirksärztekammer
Nordrhein-Westfalen

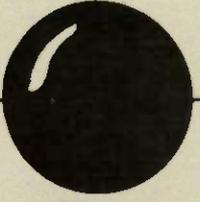
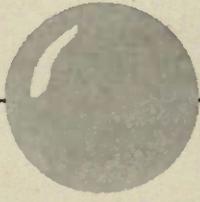
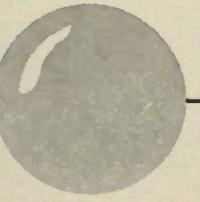
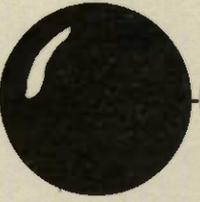
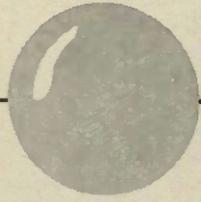


Landesärztekammer Rheinland-Pfalz:
Bezirksvereinigung Koblenz-Montabaur, Pfalz, Trier

Ärztekammer
Hamburg

Bezirksärztekammer
Südbaden

Ärztekammer
Bremen

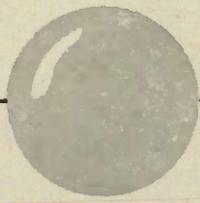
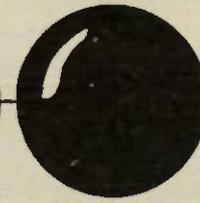
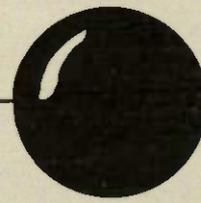


Landesärztekammer
Hessen

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
- Krankenhauskostensersatz für die Familienangehörigen des Arztes



VEREINIGTE KRAKENVERSICHERUNG A.G.
Generaldirektion · 8000 München 23 · Leopoldstraße 24

MITTEILUNGEN

50 Jahre Germanin

Eine Geißel Afrikas war noch um die Jahrhundertwende die durch die Tsetse-Fliege übertragene Schlafkrankheit. Hunderttausende fielen dieser Krankheit zum Opfer. Im November jährte sich zum 50. Male der Tag, an dem Wilhelm Roehl, der damalige Leiter der chemotherapeutischen Forschung der Farbenfabriken Bayer, die überlegene Wirkung des Germanin („Bayer 205“) entdeckte. Germanin war von den Bayer-Chemikern Dressel, Kothe und Heymann im Verlaufe einer jahrelangen Suche nach einem wirksamen Stoff gegen Trypanosomen — mikroskopisch kleine Geißeltierchen, unter denen sich auch die Erreger der Schlafkrankheit finden — synthetisiert worden.

Bei der großen sozialen und wirtschaftlichen Bedeutung der Seuche, die weite Gebiete Afrikas ergriffen hatte, wurde diese erfinderische Tat weltweit als bedeutendes Ereignis und als besondere Leistung deutscher Wissenschaftler gewürdigt.

Noch heute findet Germanin — neben neu entwickelten Präparaten — besonders im ersten Stadium der Schlafkrankheit und zur Prophylaxe Verwendung.

Markierte biochemische Reagenzien aus Tutzing

Die neu eingerichteten Isotopen-Laboratorien im Forschungszentrum Biochemica von BOEHRINGER, Mannheim, in Tutzing wurden dieser Tage Vertretern des Bundesministeriums für Forschung und Wissenschaft sowie des bayerischen Kultusministeriums und Persönlichkeiten aus Forschung und Wirtschaft, erstmals vorgestellt. Im Rahmen dieser Besichtigung haben bekannte Wissenschaftler der Universitäten München, Freiburg und Hannover in einem Round-table-Gespräch zu aktuellen Fragen der biochemischen Forschung Stellung genommen. Prof. Dr. Dr. Th. BÜCHER, München, sprach über die Stellung der deutschen Biochemie gegenüber Ost und West. Prof. Dr. H. HOLZER, Freiburg, referierte über das Zusammenspiel von Hochschul- und Industrieforschung, und Prof. Dr. O. WIELAND, München, gab einen Einblick in die Verwendung von Radio-Isotopen in der biochemischen Diagnostik. Unter der Gesprächsleitung von Prof. Dr. S. BALKE, des Präsidenten der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände, kam es ergänzend zu einem interessanten Meinungsaustausch zwischen den Vertretern der Politik und der Forschung über die Themen „Grundlagenforschung, angewandte Forschung und ihre Förderung“. Der Sprecher des Bundesministeriums für Forschung und Wissenschaft im Haushaltsausschuß des Bundestages, Dr. ALTHAMMER, empfahl den Wissenschaftlern eine verstärkte Schwerpunktbildung, um mit den vorhandenen Mitteln auszukommen. Prof. Balke

betonte, daß ein Kompromiß zwischen dem Typ der amerikanischen Projektforschung und dem der deutschen gefunden werden müsse, die aber dem Forscher in der Ausübung seiner wissenschaftlichen Tätigkeit genügend Freiheit lasse.

Erstmals werden jetzt in Deutschland radioaktiv markierte biochemische Substanzen für Forschungsinstitute, insbesondere für die Grundlagenforschung, hergestellt. Mehr und mehr greifen aber auch die klinische Forschung und die Diagnostik auf die markierten biochemischen Substanzen zurück. In der Medizin z. B. können im menschlichen und tierischen Körper vorkommende Substanzen radioaktiv markiert werden, wodurch man Einblick in den physiologischen Weg dieser Substanzen gewinnen kann. Die Kenntnis des Ablaufs der verschiedenen Stoffwechselforgänge läßt therapeutische Ansatzpunkte finden, die für die Entwicklung von Arzneimitteln von großer Bedeutung sind.

In den neuen Forschungslaboratorien des Werkes Tutzing von Boehringer, Mannheim, werden biochemische Substanzen vorwiegend mit Isotopen des Kohlenstoffs (^{14}C), des Phosphors (^{32}P) und des Schwefels (^{35}S) markiert. Diese Isotopen werden auf verschiedene Weise in die Substanzen eingebaut. Wie in der Natur baut bei der „biologischen Synthese“ die grüne Pflanze mit Hilfe von Lichtenergie aus ^{14}C -Kohlendioxid Kohlenhydrate (Zucker) und Proteine (Eiweißverbindungen) auf.

Produzent für markierten Zucker ist eine Pflanze, die zu der Familie der Nachtschattengewächse gehört. Markierte Proteine werden durch Einlagerung von ^{14}C -Kohlenstoff bei einer Grünalge gewonnen. Die so erhaltenen markierten Substanzen werden nach den üblichen komplizierten biochemischen Verfahren durch Aufschluß aus den Pflanzenzellen isoliert und chromatographisch gereinigt. Wie bei der Herstellung aller biochemischen Substanzen kommt dabei dem Reinheitsgrad ganz besondere Bedeutung zu. Der Einbau markierter Substanzen bei der biologischen Synthese geschieht mit Hilfe des kompletten Enzymsystems der Zellen. Anders bei der „Enzymatischen Synthese“, bei der nur bestimmte Enzyme isoliert und gereinigt werden, mit denen dann einige oder mehrere genau definierte Reaktionen mit markierten Substraten (z. B. markierter Glukose) durchgeführt werden. Die „chemische Synthese“ schließlich ist der rein chemische Aufbau von Substanzen, z. B. von markierter Essigsäure aus ^{14}C -Kohlendioxid.

Obleich die eingesetzten Radioaktivitäten in den neuen Isotopen-Laboratorien relativ gering sind, hat man alle Vorkehrungen getroffen, um eine Verunreinigung von Luft und Wasser mit radioaktiven Substanzen

Lymphozi

KLEINTABLETTEN

®

die Umstimmungszur
für Lymphatiker
bei ungenügender Infektabwehr

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
HAUENECKERSTEIN b/BADEN-BADEN

vollkommen auszuschließen. Durch elektronisch gesteuerte Verdampfungsanlagen sowie mit hochkomplizierten Luftreinigungsanlagen ist sichergestellt, daß keine radioaktiven Stoffe die Forschungsabteilung verlassen können.

Die Einrichtung von Forschungs- und Produktionsstätten für marklierte Biochemica ist ein weiterer Markstein in der kontinuierlichen Entwicklung des Ausbaus im Forschungszentrum Biochemica Tutzing. Die Ergebnisse dieser hier betriebenen Forschung dienen in besonderem Maße der biochemischen, physiologischen und medizinischen Forschung und damit dem Wohle der gesamten Menschheit.

Die private Krankenversicherung (PKV) im Jahre 1966

Aus dem vor kurzem vorgelegten Rechenschaftsbericht des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., Köln, für das Jahr 1966 ist ersichtlich, daß die PKV zwar ebensowenig wie die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) von der Steigerung der Kosten der medizinischen Hilfe verschont geblieben ist. Jedoch hatte die PKV im Berichtsjahr keine Sorgen für den finanziellen Ausgleich bei ihren Unternehmen. Auch der Konjunkturabschwung hat sie nicht in Mitleidenschaft gezogen.

Der drittgrößte Versicherungszweig der Bundesrepublik mit 65 dem Verband angeschlossenen Unternehmen hat das vorläufige Ergebnis des Jahres 1966 als befriedigend bezeichnet. Das ist insofern ein interessantes Ergebnis, wenn man in Rechnung zieht, daß die GKV mit den Beiträgen nicht mehr auskommt und wiederholt Erhöhungen fordern mußte. Aber nur den oberflächlichen Betrachter kann das verwundern. Die PKV übernimmt Risiken im Wege vertraglicher Vereinbarung.

Die GKV muß im Gesetz normierte Risiken übernehmen, so wie sie sich eben bieten, ohne die Möglichkeit einer Vorauswahl oder einer Begrenzung zu haben. Es ist doch völlig klar, die PKV kann nicht mehr bieten, als die Aufsichtsbehörde mit Rücksicht auf die wirtschaftliche Sicherheit der Unternehmen und Versichertengemeinschaft der privaten Krankenversicherungsunternehmen zulassen kann. Dagegen haben die Kosten notwendig eine steigende Tendenz, bis der Lei-

stungsbedarf voll gedeckt ist, wenn die medizinische Hilfe durch eine Pflichtversicherung im Wege der Sachleistung erbracht wird. Wir wissen, daß dabei zwecklose und mißbräuchliche Inanspruchnahmen bis zu einem gewissen Grad auftreten. Jede Eindämmung dieser Tendenz führt aber in größerem oder geringerem Maße zu einer ungleichen Behandlung der Anspruchsberechtigten. Eine Einschränkung in dieser Beziehung glaubt man mit Rücksicht auf die psychologischen Rückwirkungen in der Öffentlichkeit nicht vornehmen zu können. Wir wissen im übrigen genau, daß die Prämien oder Beiträge der Ausdruck der Solidarität der Versichertengemeinschaft und die Übernahme eines Kostenanteils in der Krankenversicherung dagegen der Ausdruck der Verantwortlichkeit des einzelnen sind.

Aber niemand hat den Mut, aus dieser Erkenntnis die richtigen Schlüsse zu ziehen. So war es bisher auch in Frankreich, wo jetzt die wirtschaftliche Notlage der Institutionen zu Einschränkungen zwingen wird, die weniger einschneidend und mit weniger sozialen Ungerechtigkeiten verbunden gewesen wären, wenn sie rechtzeitig vorgenommen worden wären.

Die GKV ist seit Anbeginn aus dem Markt mit ihren Leistungen herausgenommen worden. Ihre Leistungen und den Preis bestimmt der Gesetzgeber. Nur ist die Leistungsseite flexibler gestaltet als die Aufbringung der Mittel. So ist es schließlich kein Wunder, wenn Einnahmen und Ausgaben in dieser Weise auseinanderfallen. Dagegen liegt die PKV noch in einem Markt, in dem Angebot und Nachfrage Bedeutung haben. Und daß ihr Angebot in weitem Umfang der Nachfrage gerecht geworden ist, beweist das geschäftliche Ergebnis. Schon aus diesem Grunde ist es die große Frage, ob man diesen an sich gesunden und wohl auch notwendigen Versicherungszweig durch Maßnahmen ersticken lassen soll, die der GKV im Endergebnis keine entscheidende Hilfe bringen können.

Im einzelnen sind aus dem Bericht noch einige Angaben über die Geschäftsentwicklung von Interesse. So z. B., daß die steigenden Kosten der ambulanten und besonders der stationären Heilbehandlung die Versicherungsleistungen wiederum erheblich stärker als die Beitrags-einnahmen haben wachsen lassen. Einschließlich der Beitragsrückerstattungen wurden rd. 1850 Mill. DM, das sind 14,1% mehr als im Vorjahr, an die Versicherten ausbezahlt. Es waren an jedem Arbeitstag fast 7,5 Mil-

mehrgleisige
ferment-therapie eupeptum

Oberbauchstörungen
Meteorismus
Dyskinesien

O. P. 24 Dragees
O. P. 100 Dragees
außerdem Ansetzungen

IFAH GMBH HAMBURG 22

lonen (im Vorjahr 6,5 Mill.) DM. 27% der Ausgaben entstanden durch Arzthonorare. Bei der GKV waren es 23%.

Die Prämieinnahmen sind gegenüber 1965 um mehr als 13% auf 2,585 Milliarden DM gestiegen. Davon entfielen auf die Krankheitskostenversicherung 1,727 Milliarden DM, auf die selbständige Teilversicherung 687 Mill. DM und auf die Krankentagegeldversicherung 171 Mill. DM.

Der Bestand wuchs um 740 000 auf rd. 17 Mill. Versicherungen. Den stärksten Zugang hatte, wie in den vergangenen Jahren, die Teilversicherung mit 680 000, gefolgt von der Tagegeldversicherung mit 40 000. In der Krankheitskosten-Vollversicherung, der Hauptsparte, konnte mit 20 000 neuen Versicherungen seit Jahren erstmals wieder ein Zugang verzeichnet werden, der um so bemerkenswerter ist, als im Berichtsjahr die Einbußen wettzumachen waren, die durch die Heraufsetzung der Pflichtgrenze in der GKV zum 1. 9. 1965 entstanden waren. v. L.-n.

NEUE THERAPEUTIKA

Calcistin®-Grippale

Indikationen: Grippale Infekte, Erkältungskrankheiten aller Art, insbesondere solche, die mit Fieber, neurogiformen Beschwerden, Halsschmerzen und Kopfschmerzen einhergehen.

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 50 mg Calciumglukonat, 4 mg Isohipendyl-HCl, 200 mg Acetylsalicylsäure, 30 mg Coffein. anhyd.

Dosierung: Erwachsene: 3× täglich 1–2 Dragées
Schulkinder: 3× täglich 1 Dragée

Hinweis: Wie alte Präparate, die Antihistaminika enthalten, kann auch Calcistin-Grippale bei einem Teil der Patienten eine leicht sedierende Wirkung hervorrufen. Dies ist im Einzelfall von Vorteil, jedoch müssen Patienten, deren Tätigkeit große Aufmerksamkeit erfordert (z. B. Kraftfahrer), unter Umständen mit einer Verminderung ihrer Konzentrationsfähigkeit rechnen.

Handelspackungen: OP mit 20 Dragées DM 2,70 m. U.
AP mit 100 Dragées

Hersteller:
C. F. BOEHRINGER & SOEHNE GmbH, Mannheim

Calcistin®-Expectorans Calcistin®-Expectorans mit Codein

Indikationen: Alle mit Husten und Auswurf einhergehenden akuten und chronischen Erkrankungen der Luftwege entzündlicher oder allergischer Genese. Katarrhalische Erscheinungen bei Grippe und Erkältungskrankheiten.

Zusammensetzung: Calcistin-Expectorans:
1 Teelöffel (= 5 ml) enthält 30 mg Calciumglukonat, 3 mg Isohipendyl-HCl, 100 mg Ammoniumchlorid.
Calcistin-Expectorans mit Codein enthält pro Teelöffel zusätzlich 8 mg Codeinphosphat.

Dosierung und Anwendung: Calcistin-Expectorans:
Erwachsene: 1–2 Teelöffel alle 4 Stunden
Kinder ab 3 Jahren: 1 Teelöffel alle 4 Stunden
Kleinkinder bis zu 3 Jahren: 1/2 Teelöffel alle 4 Stunden
Calcistin-Expectorans mit Codein:
Erwachsene: 1–2 Teelöffel alle 4 Stunden
Kinder ab 6 Jahren: 1/2–1 Teelöffel alle 4 Stunden

Hinweis: Wie alle Präparate, die Antihistaminika enthalten, können auch Calcistin-Expectorans und Calcistin-Expectorans mit Codein bei einem Teil der Patienten eine leicht sedierende Wirkung hervorrufen. Dies ist im Einzelfall von Vorteil, jedoch müssen Patienten, deren Tätigkeit große Aufmerksamkeit erfordert (z. B. Kraftfahrer), unter Umständen mit einer Verminderung ihrer Konzentrationsfähigkeit rechnen.

Handelspackungen: Calcistin-Expectorans:
OP Flasche mit 100 g DM 3,20 m. U.
AP
Calcistin-Expectorans mit Codein:
OP Flasche mit 100 g DM 3,55 m. U.
AP

Hersteller:
C. F. BOEHRINGER & SOEHNE GmbH, Mannheim

Ugurol® — rezeptpflichtig

Zusammensetzung: 1 Ampulle zu 5 ml: 0,5 g, 1 Tablette: 0,25 g trans-4-(Aminomethyl)-cyclohexancarbonsäure (trans-AMCHA).

Indikationen: Synthetisches Antifibrinolytikum bei allen primär hyperfibrinolytischen Blutungen (auch lokal bedingt), insbesondere Blutungen in der Urologie, Hypermenorrhoe, Schmierblutungen aus Genitalkarzinomen während und nach Strahlentherapie.

Kontraindikationen: Hyperkoagulabilität, schwere Niereninsuffizienz, Frühschwangerschaft.

Anwendung: 1. Intravenös als langsame Injektion bzw. Infusion; ggf. auch intramuskulär.
2. Oral.

Dosierung: Intravenös: initial 1 Ampulle (0,5 g) langsam i. v.; sollte die Blutung nicht stehen, anschließend Dauertropfinfusionen mit 1/2 Ampulle (0,25 g) pro Stunde.

Oral: je nach klinischem Bild 4- bis 6mal täglich 1 bis 4 Tabletten zu 0,25 g, bis 7 Tage lang.

Handelsformen und Preise (m. U.):
O. P. 5 Ampullen zu 0,5 g DM 31,55
20 Tabletten zu 0,25 g DM 18,80
A. P. 25 Ampullen bzw. 100 Tabletten.

Hersteller: BAYER Leverkusen

BUCHBESPRECHUNGEN

Dr. EHRENGUT: „Impffibel“, 389 S., 73 Abb., 28 Tab., Ganzleinen, DM 48.— F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart.

Die Schutzimpfungen haben als wichtigster Teil der prophylaktischen Medizin in den letzten Jahren sehr an Bedeutung gewonnen. Dementsprechend sind mehrere Monographien über Schutzimpfungen und zahlreiche Arbeiten, die sich mit den Problemen beschäftigen, erschienen. Um so mehr ist die gute Aufnahme, die die Impffibel Ehrenguts erfahren hat, hervorzuheben. Schon nach 2 Jahren erscheint die 2., erweiterte und wesentlich verbesserte Auflage. Mit einer „Fibel“ hat dieses Buch heute allerdings nur noch die Übersichtlichkeit und Anschaulichkeit gemeinsam: der Umfang, das Eingehen auf wissenschaftliche Probleme, auf spezielle theoretische Fragen, auf die Impfschadensbeurteilung sowie das Ausmaß der angeführten und zitierten Literatur gehen weit über eine „Fibel“ im engeren Sinne hinaus.

Die kurze Einleitung beginnt, ausgerichtet auf praktische Bedürfnisse, mit einem Impfkalendar. Einige knappe Angaben über grundlegende Voraussetzungen der Schutzimpfungen (Mehrfach-Schutzimpfungen), Einzelimpfstoffe usw. folgen. Der spezielle Teil behandelt die einzelnen Schutzimpfungen gegen Tuberkulose, Kinderlähmung, gegen Pocken, Diphtherie, Tetanus, gegen die Masern, gegen Keuchhusten, Scharlach, Grippe, die Impfung gegen Typhus, Paratyphus, gegen Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber und ferner die Wutschutzbehandlung in jeweils dem gleichen strengen Aufbau (Immunität, Indikationen und Gegenindikationen, Impfstoff, Impfreaktion und Komplikationen). In einem nachfolgenden, den speziellen Impfungen angehängten Teil des Buches, werden die Impfungen in der Schwangerschaft, die Frage der Impfindervalle, die Impfbestimmungen bei Auslandsreisen und die Prophylaxe von Krankheiten durch passive Immunisierung behandelt. Ein letztes Kapitel befaßt sich mit den gesetzlichen Grundlagen der Schutzimpfungen. Jedem einzelnen Kapitel ist ein recht ausführliches Literaturverzeichnis angehängt, aus dem in zahlreichen zitierten Arbeiten des Autors seine eigenen reichen Erfah-

(Fortsetzung S. 1014)

Die meldepflichtigen Übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Oktober 1967*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie bereits in früheren Jahren stieg auch im Jahr 1967 die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach zu Beginn des 4. Vierteljahres deutlich an. Im September wurden 66 Fälle, im Oktober bereits 102 Fälle je 100 000 Einwohner (jeweils umgerechnet auf ein Jahr) gemeldet. Übertragbare Hirnhautentzündung trat dagegen seltener als im Vormonat auf. Bei einer Person wurde übertrag-

bare Kinderlähmung in paralytischer Form festgestellt. Eine abnehmende Erkrankungshäufigkeit war im Oktober an Typhus, Paratyphus, Ruhr und Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) zu verzeichnen. Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) traten im Berichtsmonat in etwa gleicher Zahl wie im September auf.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. Oktober 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. paral. Fälle		Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen													
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	258	—	1	1	—	6	2	29	1	—	—	2	—	3	—	5	—	77	—	1
Niederbayern	—	—	76	—	—	—	—	3	—	4	—	—	—	2	—	1	—	—	—	27	—	—
Oberpfalz	—	—	43	—	—	—	—	3	—	8	—	—	—	—	—	1	—	1	—	24	—	—
Oberfranken	1	—	83	—	—	—	—	5	—	14	1	—	—	—	—	2	—	2	—	8	—	—
Mittelfranken	—	—	185	—	—	—	—	7	1	10	1	2	—	3	—	—	—	—	—	11	—	—
Unterfranken	1	—	56	—	—	—	—	1	—	16	—	1	—	1	—	2	—	3	—	18	1	1
Schwaben	—	—	103	—	—	—	—	4	—	18	—	—	—	—	—	—	—	24	—	88	—	—
Bayern	2	—	804	—	1	1	—	29	3	99	3	3	—	8	—	9	—	35	—	253	1	2
München	—	—	121	—	1	1	—	—	—	4	—	—	—	2	—	—	—	3	—	39	—	—
Nürnberg	—	—	71	—	—	—	—	1	—	3	1	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—
Augsburg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—
Regensburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	7	—	—
Würzburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	9	1	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Amöbenruhr		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Kindbettleber ⁴⁾		Weill'sche Krankheit		Malaria-Ersterkrankung		Q-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
									E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	81	—	—	—	—	—	35	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	2	1
Niederbayern	—	—	94	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	27	—	—	—	—	—	54	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Oberfranken	—	—	28	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	1	—	22	1	1	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	45	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	1
Schwaben	—	—	22	—	—	—	—	—	48	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
Bayern	1	—	319	1	2	1	2	—	151	—	2	—	1	—	1	1	1	—	1	—	4	—	7	3
München	—	—	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—
Nürnberg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

4) Kindbettleber bei oder nach Fehlgeburt.

rungen und seine Verdienste um das Impfwesen hervorgehen.

Der Pockenschutzimpfung, als einer der wichtigsten Impfungen, ist sehr viel Sorgfalt gewidmet. Nicht alle Impfpertener werden jedoch der vom Autor vertretenen Frühimpfung der Säuglinge (4. Lebensmonat, s. Impfkalendar) zustimmen. Die Orientierung in der umfangreich zitierten Literatur wird durch eine Aufgliederung des Literaturverzeichnisses in einzelne Kapitel und Themengruppen erleichtert.

Der Autor, selber ein praktisch erfahrener und traditionsbewußter Impfarzt aus der Münchener Schule von Prof. Herrlich, hat ein erschöpfendes Buch über die Schutzimpfungen und alle den Impfarzt sowie den Gutachter interessierenden Probleme erfaßt. Die meisten Abhandlungen ähnlich umfangreicher Art zum Thema wurden von mehreren Autoren geschrieben. Vorteil dieses „Einmannbuches“ sind seine Geschlossenheit und sein persönliches Kolorit. Die Impffibel Ehrenguts gehört zum festen Rüstzeug jeden Impfarztes und verdient weiteste Verbreitung.

Prof. Dr. H. Stieckl, München

Prof. Dr. Norbert HENNING: „Klinische Laboratoriumsdiagnostik“. Dritte, neubearbeitete und erweiterte Auflage, 944 S., 295 Abb., 12 Farbtafeln, Kunststoffeinband, DM 98.—. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Das Buch mit seiner dritten Auflage in sieben Jahren verlangt nicht mehr, empfohlen zu werden.

Nach einem ausführlichen Kapitel über allgemeine Laboratoriumsarbeiten, wie chemisch-analytische und physikalische Meßverfahren, werden die klinische Chemie und die Serologie in ihren Teilgebieten übersichtlich aufgegliedert und trotz der Vielseitigkeit der Materie präzise behandelt.

Im Umfang etwa um ein Drittel erweitert, umfaßt die Darstellung eines jeden Kapitels den neuesten Stand der Laboratoriumsmedizin. Lediglich an einigen Stellen ist der Text etwas kurz gehalten, so z. B. beinhaltet das Buch nur wenig über die Automatisierung von Arbeitsgängen oder die Hochspannungselektrophorese, auch im Fettkapitel vermißt man einen Hinweis auf Zöllner-Ebenhagen (Untersuchung und Bestimmung der Lipide im Blut, 1965).

Sehr wertvoll sind die ausführlichen Angaben über Autoren und Literatur im Text und am Ende eines jeden Kapitels. So wurde auch nicht vergessen, daß die Desmoidprobe bereits im Jahre 1905 von Sahli angegeben wurde. Die Normwerttabelle ist wesentlich erweitert; Kinder-, Säuglings- und Neugeborenenwerte kamen hinzu.

Dr. H. Herzog, München

LUST-PFAUNDLER-HUSLER: „Krankheiten des Kindesalters“. Ihre Erkennung und Behandlung. 23., neubearbeitete Auflage von Professor Dr. med. Helmuth MÜLLER, Bethel. XI, 654 S., 80 Abb., 1967. Kunststoffeinband, DM 70.—. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Die vorliegende 23. Auflage des Buches kommt einer Jubiläumsauflage gleich, weil während der Laufzeit dieser Auflage im Jahre 1968 50 Jahre vergangen sind, seitdem F. LUST, damals Dozent an der Universitätskinderklinik Heidelberg, 1918 die Erstauflage herausgab. Er legte besonderen Wert auf die Therapie und die richtige Dosierung von Arzneimitteln im Kindesalter. Die Weiterführung übernahm Meinhard von PFAUNDLER, Ordinarius für Kinderheilkunde in München, der das Buch so gründlich überarbeitete, daß er seine 3. Auflage im Jahre 1946, die insgesamt 14. Auflage, „sozusagen als Neugeburt“ ankündigen konnte. Nach dem Tode von Pfaundler trat Josef HUSLER, Direktor im Kinderkrankenhaus Schwabing, gleichfalls in München, an seine Stelle: „Nicht der hohen Schule der klinischen Medizin, sondern der Beantwortung der Fragen aus der Praxis sollte das Buch gelten“, sagte Husler in seinem Vorwort. Er führte ein Stichwortverzeichnis ein, das auch Hinweise auf die Differentialdiagnostik vermittelt. Seit 1961/62 führt Helmuth MÜLLER, Chefarzt in Bethel, das Buch weiter. Er nahm nach „subjektiven“ Gesichtspunkten, vor allem Krankheitsbilder und Syndrome in das Buch auf, die ihm wiederholt in der Praxis begegnet waren. In der vorliegenden Neuaufgabe wurden die Physiologie und die Pathologie des Neugeborenen einschließlich der angeborenen Stoffwechselkrankheiten neu bearbeitet, damit auch ein Arzt, der ohne Kinderfacharzt zu sein, als Geburtshelfer oder als Stationsarzt einer Neugeborenenabteilung tätig ist, in die Lage versetzt wird, in lebensentscheidenden Situationen richtig zu handeln.

Weiterhin wurden die Störungen der inneren Sekretion in einem Kapitel zusammengefaßt. Ebenso wurde ein zusammenhängender Abschnitt über Besonderheiten und Störungen der Pubertät und ein Kapitel über kindliche Verhaltensstörungen als selbständiger Abschnitt hinzugefügt.

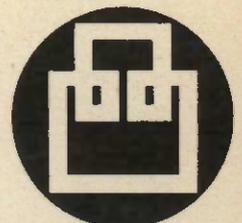
Der Text ist außerordentlich konzentriert und knapp, aber trotz der Knappheit noch gut verständlich. Zu empfehlen ist das Buch zur schnellen Orientierung für jeden Arzt, der ohne Facharzt zu sein, mit der Behandlung oder Betreuung von Kindern befaßt ist. Auch für den Medizinstudenten ist das Buch wegen der Knappheit und der übersichtlichen Gliederung mit Vorteil zu verwenden.

Dr. Lenk-Ostendorf, München

hypolind®

Antihypotonicum – Kreislaufanalepticum

Norfenefrin
Extr. Convallariae
Extr. Crataegi
Extr. Sarcocollae
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

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

EKG-Lehrgang für Anfänger

vom 12. Januar bis 1. März 1968 an der Medizinischen
Universitätsklinik Erlangen

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Priv.-Doz. Dr. med. K. Bachmann veranstalten der Ärztliche Kreisverband Erlangen und der Kreisverein Erlangen des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) einen großen EKG-Lehrgang für Anfänger an der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg.

Der Lehrgang findet statt in der Zeit vom 12. Januar bis 1. März 1968 (40 Stunden), jeweils am Freitag von 20.00 bis 22.30 Uhr und am Samstag von 9.00 bis 11.30 Uhr im alten Hörsaal der Klinik, Erlangen, Krankenhausstraße 12.

Die Teilnehmergebühr beträgt DM 180.— und ist bei Lehrgangsbeginn zu entrichten.

Anmeldungen nur schriftlich bis 5. Januar 1968 an die Geschäftsstelle des Ärztlichen Kreisverbandes Erlangen, 8520 Erlangen, Südliche Stadtmauerstraße 11.

2. Kongreß für Endoskopie

vom 23. bis 25. Februar 1968

Der 2. Kongreß der Gesellschaft für Endoskopie findet unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. L. Deming vom 23.—25. 2. 1968 in Erlangen statt.

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

4. Audiologischer Kurs

vom 2. bis 4. Februar 1968 in Erlangen

Vom 2.—4. 2. 1968 findet an der Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke in Erlangen der 4. Audiologische Kurs (Wiederholung) statt. Kursgebühr DM 60,—

Anmeldefrist: 20. Januar 1968

Auskunft: Sekretariat der Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, 8520 Erlangen, Bohlenplatz 19.

85. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 17. bis 20. April 1968 in München

Für die 85. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 17.—20. 4. 1968 in München sind folgende Hauptthemen vorgesehen:

1. Organtransplantation
2. Probleme der Bauchchirurgie (benigne Geschwülste des Verdauungstraktes, Schwierigkeiten und Komplikationen der Magen-chirurgie)
3. Unfallchirurgie: Mehrfachverletzungen
4. Neue Erkenntnisse in der Chirurgie des unteren Ösophagus und der Cardia (ausgenommen Geschwülste)

Im Anschluß an die Referate zu den Hauptthemen folgen anzumeldende Vorträge und Diskussionen.

An den Nachmittagen finden jeweils vier Sondersitzungen gemeinsam mit den entsprechenden Fachgesellschaften statt. Es werden folgende Themen behandelt:

Aus der Neurochirurgie:

Neurochirurgische Behandlung peripherer Schmerzzustände

aus der Herzchirurgie:

Neue Möglichkeiten in der Herzchirurgie, Herzchirurgie im Säuglingsalter

aus der Urologie:

Hodentumoren

aus der Thoraxchirurgie:

Bronchial- und Trachealresektion

aus der plastischen und Wiederherstellungs-Chirurgie:

Die Chirurgie der Handverletzungen

aus der Kinderchirurgie:

Die Geschwülste des Halses und des Mediastinum im Kindesalter

aus der Anästhesie:

Der tödliche Narkosezwischenfall

aus der experimentellen und klinischen-chirurgischen Forschung:

Zu Themen zusammengestellte freie Vorträge

Außerdem ist eine Sondersitzung freien Vorträgen vorbehalten.

Vortragsanmeldungen und Anfragen sind spätestens bis zum 15. 12. 1967 an den Präsidenten, Professor Dr. med. Dr. h. c. R. Z e n k e r, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, 8000 München 15, Nußbaumstraße 20, zu richten.



NERVO-OPT®

beruhigt die Nerven und bringt erquickenden Schlaf

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Dragees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

