

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 5

München, Mai 1968

23. Jahrgang

Probleme des Dopings*)

Von E. Fischbach

Zur wirksamen Bekämpfung des Doping-Mißbrauchs haben mehrere westeuropäische Staaten, wie Belgien, Dänemark, Frankreich, Österreich und die Schweiz, Anti-Doping-Bestimmungen erlassen. In diesen Staaten werden Vergehen gegen diese Bestimmungen streng bestraft; als Strafen sind z. B. Ausschluß aus dem Sportverein bzw. Sportverband, Geldstrafen und sogar Gefängnisstrafen vorgesehen.

Während Frankreich ein staatliches Anti-Doping-Gesetz besitzt, sind in Österreich durch eine Vereinbarung der Sportverbände entsprechende Doping-Bestimmungen zustande gekommen. Die Schweiz bekämpft den Doping-Mißbrauch derart, daß allgemein die Anwendung von rezeptpflichtigen Medikamenten vor und während sportlicher Wettkämpfe unter Strafe gestellt wird.

Bei uns in der Bundesrepublik werden derartige Maßnahmen vorbereitet. Der „Deutsche Sportärztebund“, die übergeordnete Organisation der Sportärzteverbände in den einzelnen Bundesländern, wird voraussichtlich — entsprechend einer Empfehlung des Bundesanwalts Dr. M. KOHLHAAS — nicht staatliche Gesetze, sondern Anti-Doping-Bestimmungen im Einvernehmen mit den großen Sportorganisationen erlassen, ähnlich wie dies in Österreich gehandhabt wird. Mit einigen Fachverbänden in Westdeutschland wurden bereits derartige Abmachungen getroffen, so daß hier schon die Möglichkeit besteht, Dopinguntersuchungen bei Wettkampfteilnehmern vorzunehmen.

Auch eine Doping-Kommission des Europarates nahm sich des Doping-Problems an. Dieses Komitee hat auf seiner Tagung im September 1965 in Straßburg eine Formulierung des Dopingbegriffes und eine Liste über unerlaubte Doping-Substanzen herausgegeben. Diese Definition gilt nicht als verpflichtende Bestimmung für die Mitgliedsstaaten des Europarates, sondern ist als unverbindliche Empfehlung anzusehen, über die in den einzelnen Staaten beraten werden soll. Der Urtext dieser Definition ist französisch abgefaßt, und er würde in der wörtlichen deutschen Übersetzung einen langen Schlangensatz ergeben. Deshalb gebe ich die Definition etwas freier übersetzt und gekürzt, aber doch sinngemäß in Tabelle 1 wieder.

*) Nach einem Vortrag bei der „Wissenschaftlichen Tagung“ des Bayerischen Sportärzteverbandes vom 15.—17. 12. 1967 in München.

Nach der Definition der Doping-Kommission ist zunächst einmal die Einnahme aller körperfremden Stoffe verboten. Der Begriff „körperfremd“ ist in erster Linie vom augenblicklichen Stand der Wissenschaft abhängig und kann deshalb als variabler Begriff nicht zur wesentlichen Klärung und Vereinfachung des Problems dienen. Etliche Substanzen, die früher als körperfremd galten, sind heute als physiologische Substanzen erkannt worden, die nach der Definition erlaubt sind. Das Verbot von körperfremden Substanzen bedeutet, daß z. B. keine Beruhigungsmittel, keine Schlafmittel, keine medizinischen Tees, keine alkoholischen und koffeinhaltigen Getränke vor und während sportlicher Wettkämpfe eingenommen werden dürfen. Demnach dürfen dem Körper keine Tasse Kaffee, kein Glas Wein oder Sekt, kein Weinbrand bzw. Cognac und kein Likör zugeführt werden.

Aus verschiedenen Gründen kann ich diesem Teil der Formulierung nicht beipflichten. Es ist zu berücksichtigen, daß diese Mittel freiwillig verwendet werden und meist nicht rezeptpflichtig sind. Es ist eine individuelle Frage, ob sie der Wettkämpfer gut verträgt, aber die Verwendung derartiger Mittel kann nicht als verwerflich angesehen werden. Hinzu kommt noch, daß die in Frage kommenden Mittel bei normalem Gebrauch zu keinen Gesundheitsschäden führen. Eine andere Beurteilung ist nur dann erforderlich, wenn diese Mittel dem Wettkämpfer heimlich eingeführt werden oder wenn z. B. eine Abstinenz eingegangen worden ist; in diesem Fall sind dann sportlich-ethische Aspekte maßgebend.

Nach der erwähnten Definition sind „physiologische Substanzen“ in normaler Menge erlaubt, dagegen

Tabelle 1

Definition des Dopings nach der Doping-Kommission des Europarates

Unter Doping versteht man die Verabreichung einer körperfremden Substanz oder einer physiologischen Substanz in übergroßen Mengen oder auf abnormalem Weg in der Absicht der künstlichen Leistungssteigerung während der Wettkampfteilnahme. Gewisse psychologische Maßnahmen können unter Umständen als Doping angesehen werden.

In übergroßen Dosen verboten. Demnach dürfen in physiologischen Mengen z. B. Vitamine, Hormone, Präparate von Enzymen und Aktivatoren verwendet werden, ebenso auch Sauerstoff-Beatmungen. Dagegen müßten nach der Definition z. B. Zuckerstoffe in übergroßen Mengen verboten sein. Es ist hieraus zu schließen, daß die Angabe „übergroße Menge“ ebenso wie der vorher erörterte Begriff „körperfremd“ nicht genügend klar und eindeutig sind, schon allein deshalb, weil der trainierte Sportler einen derart erhöhten und auch chemisch umgestellten Stoffwechsel besitzt, der viel höhere Dosen von Substanzen als „normale“ benötigt und verarbeitet.

Nach der Definition der Doping-Kommission ist es auch verboten, physiologische Stoffe auf abnormalem Weg zuzuführen. Auch dieser Passus der Definition ist als überspitzt abzulehnen, weil er pharmakologisch nicht begründet werden kann. Man sollte die Art der Zuführung dem Sportarzt überlassen. Er soll berechtigt sein, im gegebenen Fall — z. B. um die Verdauungsorgane zu schonen — auch Injektionen von erlaubten Stoffen geben zu dürfen, ohne daß dies als Dopingverfahren gilt.

Bzüglich des Zeitpunktes der Verabfolgung von Pharmaka sollte man sich dahin gehend einigen, daß die Einnahme von unerlaubten Mitteln kurz vor oder während des Wettkampfes verboten ist. Nach dieser Festlegung würde nicht unter den Dopingbegriff fallen, wenn Pharmaka während der Vorbereitungszeit oder Trainingszeit oder überhaupt eine geraume Zeit vor dem Wettkampf eingenommen werden, wie z. B. Pharmaka für „Aufbaukuren“, zur Förderung des Eiweißaufbaus und für sogenannte Konditionsspritzen. Diese Formulierung kann damit begründet werden, daß alle in Betracht kommenden Mittel nur eine relativ kurze Wirkungsdauer besitzen und keine unnatürliche Leistungssteigerung hervorrufen.

Die Doping-Kommission des Europarates hat auch eine Liste von verbotenen Dopingmitteln herausgegeben, die in Tabelle 2 und 3 wiedergegeben werden. Die Tabelle 2 enthält sieben Gruppen von unerlaubten Pharmaka, und in der Tabelle 3 sind Dopingmittel in alphabetischer Reihenfolge aufgezählt. Zum besseren Verständnisses wurden vom Verfasser in den Tabellen einige Pharmaka als Beispiele eingefügt.

Tabelle 2

Liste über sieben Gruppen von unerlaubten Dopingmitteln nach der Doping-Kommission des Europarates

1. Narkotika (Morphin, Heroin usw.)
2. Substanzen der Amphetamingruppe (Weckamine, wie Benzedrin, Elastonon, Pervitin)
3. Strychnin
4. Diäthyläther
5. Trinitroglycerin
6. Phenylmethylmorpholine (Appetitzügler, wie Preludin = Phenmetrazin)
7. Micoren

Tabelle 3

Unerlaubte Dopingmittel in alphabetischer Reihenfolge nach der Doping-Kommission des Europarates

Adrenalin	Monoaminoxidasehemmer
Alkohol	Narkotika
Amphetamine und Derivate	Nitrite u. a.
Analeptika	Phenothiazine
Campher u. a.	Picrotoxine
Kokain	Psychotrope Substanzen
Digitalis (Kardiaka) u. a.	Purinbasen
Hormone	Strychnin
Lobelin u. a.	Tropeine
Respirotonika	Uridintriphosphate

Dreiteilung der beim Wettkampfsport verwendeten Substanzen

Die von der Doping-Kommission aufgestellte, in wichtigen Punkten unklare Definition des Dopings und die nicht ganz in Einklang mit der theoretischen Definition des Dopings stehende Verbotsliste, veranlassen mich, eine Reformierung des Dopingbegriffes zu befürworten. Diese Maßnahme ist äußerst aktuell und dringend, weil man jetzt auf internationaler Ebene gegen das „Dopen“ vorgehen will. Mit dieser Absicht hat sich erfreulicherweise auch das in Lausanne tagende Internationale Olympische Komitee (IOC) der Angelegenheit angenommen. Es hat im August 1967 den Beschluß gefaßt, bereits bei der nächsten Olympiade in Mexiko zum erstenmal Dopingkontrollen bei Olympiateilnehmern durchzuführen. Das IOC gab auch den internationalen Sportverbänden entsprechende Informationen über Dopingkontrollen.

Die Voraussetzung für eine derartige Maßnahme ist, daß eine international anerkannte Definition des Dopings aufgestellt wird. Dieses Bestreben soll durch eine Neugruppierung der Dopingmittel unterstützt werden, die neuen pharmakologischen Gesichtspunkten entspricht, wie im folgenden erörtert wird:

Wenn man das Doping-Problem, d. h. das Problem der pharmakologischen Beeinflussung der Wettkampfleistung, vom Standpunkt des Pharmakologen aus betrachtet und die pharmakologische Wirkung der Stoffe in den Vordergrund stellt, dann ergibt sich eine Dreiteilung der von Wettkampfsportlern verwendeten Substanzen, wie in Tabelle 4 dargestellt ist.

1. Gruppe: Doping-Gifte

Nach der Dreiteilung der beim Sport verwendeten Substanzen gehören bestimmte Psychopharmaka zu der ersten Gruppe. Diese Stoffe wirken sich in höchstem Grade schädigend auf die Wettkampfsportler aus, weil sie das natürliche Ermüdungsgefühl künstlich unterdrücken. Dadurch werden die dem Willen unzugänglichen letzten Leistungsreserven des Körpers in Anspruch genommen, die nur für Notfälle zur Verfügung stehen. Diese Notfallreserven werden nur im äußersten Fall, z. B. bei Bedrohung des Lebens, freigegeben. In derartigen

Tabelle 4
Dreitellung der beim Wettkampfsport verwendeten Substanzen

1. Gruppe:	Beurteilung:
Bestimmte Psychopharmaka erzwingen durch Unterdrückung des natürlichen Ermüdungsgefühls und Ausschöpfung der letzten Leistungsreserven eine Leistungssteigerung	echtes und verbotenes Doping Es sind Doping-Gifte
2. Gruppe: Bestimmte Pharmaka, die in normaler Dosis physiologisch wirken	pharmakologisch kein Doping; unter sportärztlicher Kontrolle erlaubt
3. Gruppe: Kräftigungs- und Hilfsmittel zur Unterstützung des Trainings- und Konditionszustandes	uneingeschränkt erlaubt

Situationen wirken starke Affekte enthemmend auf dieses „Sperrgebiet der Reserven“.

Die Pharmaka der ersten Gruppe — und hierüber sind sich alle Dopingexperten einig — sind als Doping-Gifte streng zu verbieten, und alle Anti-Doping-Bestimmungen sollen auf diese Stoffe strengstens angewendet werden. Durch unnatürliche Ausschöpfung der letzten Leistungsreserven kommt ein Doping-Effekt zustande, d. h., es wird keine echte, sondern eine künstliche Steigerung der Wettkampfleistung erzwungen, die der Körper auf natürliche Weise nicht erreichen würde. Hier handelt es sich um das echte und verbotene Doping, das dem ursprünglichen Begriff Doping entspricht. Zu diesen Pharmaka gehören, wie aus Tabelle 5 zu entnehmen ist, vor allem Euphorika (Kokain, Morphin, Morphinderivate) und synthetische Opiate, wie Dolantin und Polamidon, ferner Weckamine, wie Amphetamin (Benzedrin, Elastonon), Methamphetamin (Pervitin) und Derivate dieser Verbindungen. Diese Stoffe wirken in bezug auf Leistungssteigerung, Ermüdungsbeseitigung und Euphorismus ähnlich wie Kokain.

2. Gruppe: Erlaubte Pharmaka

Eine größere Anzahl von Pharmaka kann man aus verschiedenen Gründen keineswegs den vorher erwähnten Doping-Giften zuordnen. Diese hierher gehörenden Pharmaka nehmen eine Zwischenstellung ein, weil sie keine speziellen Psychopharmaka sind, aber doch pharmakodynamische Eigenschaften besitzen. Diese Stoffe wirken in normaler Dosis physiologisch und sind nicht schädigend für den Wettkampfsportler. Im Interesse einer Reformierung des Dopingbegriffes ist eine Zusammenfassung derartig wirkender Stoffe zu einer zweiten Gruppe von erlaubten Pharmaka erforderlich. Über die Zugehörigkeit ein-

zelner Stoffe zu dieser Gruppe mögen Meinungsverschiedenheiten auftreten, wichtig ist, daß es überhaupt eine derartige Abgrenzung von den verbotenen Doping-Giften gibt. Die in Tabelle 5 aufgezählten Pharmaka der zweiten Gruppe sind als Diskussionsgrundlage aufzufassen.

Da die Stoffe der zweiten Gruppe ganz verschiedenen pharmakologischen Klassen angehören, wird zu ihrer Kennzeichnung die Bezeichnung „Sport-Pharmaka“ vorgeschlagen. Wegen ihrer pharmakodynamischen Eigenschaften darf die Anwendung dieser Stoffe nur unter sportärztlicher Kontrolle erfolgen.

Aus pharmakologischer Sicht müssen die Stoffe der zweiten Gruppe in den Auswirkungen für den Leistungssportler ganz anders als die „Doping-Gifte“ beurteilt werden. Im Rahmen dieses Referates ist es nicht möglich, für alle in Tabelle 5 aufgezählten Pharmaka die Eingruppierung in die zweite Gruppe zu begründen. Als einziges, aber bezeichnendes Beispiel einer anderen Betrachtungsweise für diese Stoffgruppe diene die folgende Erörterung über den Wirkungsmechanismus von Koffein.

Koffein: Die sportärztliche Praxis spricht dafür, daß das Koffein unter bestimmten Umständen zur Unterstützung des Trainingszustandes, zur Erhaltung der Kondition und vor allem gegen leistungsmindernde Einflüsse (Klima, seelische Stimmungsschwankungen) einen günstigen Einfluß ausübt. Beim Wettkampfsportler tritt der kortikale Effekt des Koffeins in den Vordergrund, was wiederum von individuellen Faktoren und von der physiologischen Ausgangslage abhängig ist.

Tabelle 5

1. Gruppe: Doping-Gifte
<i>Euphorika</i> : Kokain, Morphin, Morphinderivate (z. B. Eukodal, Dilaudid) und synthetische Opiate (z. B. Dolantin, Polamidon)
<i>Weckamine</i> : Amphetamin (Benzedrin, Elastonon), Methamphetamin (Pervitin) und Derivate dieser Verbindungen
2. Gruppe: Erlaubte Pharmaka
<i>Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Analgetika, Vitamine, Hormone, alkoholische Getränke, gewisse Analeptika</i> (z. B. Cardiazol), Koffein bzw. koffeinhaltige Getränke, bestimmte Herz- und Kreislaufmittel, <i>Tranquillantien</i> (Ataraktika): Meprobamat (Aneural, Cyrpon, Miltaun), Benzodiazepine (Librium, Adumbran)
3. Gruppe: Kräftigungs- und Unterstützungsmittel
<i>Zuckerpräparate</i> (Glukose, Fruktose, Invertzucker u. a.)
<i>Nährpräparate</i>
<i>Phosphat- und Kalkpräparate</i>
<i>eweiß-, phosphatid- und lezithinhaltige Erzeugnisse</i>
<i>Mischungen von Mineralsalzen und Spurenelementen</i>
<i>Organpräparate</i>

Beim Untrainierten oder nicht genügend Trainierten unterdrückt das Koffein als Analeptikum nur in einem schmalen Dosisbereich die Müdigkeit und erleichtert die Koordination der Muskelbewegungen. Diese Wirkung des Koffeins ist einer sportlichen Leistungssteigerung nicht gleichzusetzen. Beim an Koffein ungewohnten Sportler ist die Koffein-Verabreichung mit Risiken verbunden, denn sie kann eine überschießende Reaktion mit Gegenregulationen und einer Leistungsmlnderung auslösen. Dies ist auch der Fall, wenn Koffein bzw. koffeinhaltige Getränke in hohen Dosen verwendet werden. Es stellt sich eine überschießend stimulierende Wirkung ein, auf die eine unerwünschte Gegenregulation, d. h. eine vegetative Dysregulation, mit einem sportlichen Leistungsabfall folgt. Es kommt zu Fehlregulationen, die aber auf einer Übererregung und nicht auf einer Erschöpfung beruhen. Im prinzipiellen Gegensatz zu der Wirkung von Psychopharmaka der ersten Gruppe kommt es beim Koffein nicht zu einer Erschöpfungsreaktion, sondern zu einer Übererregungsreaktion mit Fehlleistungen.

Bei der Beurteilung von koffeinhaltigen Kaffegetränken muß außer der Koffeinwirkung auch die Wirkung der übrigen Inhaltsstoffe und der Röstprodukte des Kaffees berücksichtigt werden. Durch die Aromastoffe des Kaffees, die wohl einen Teil der Röstprodukte darstellen, kommen offenbar zentral-nervöse Wirkungen zustande, die aber im einzelnen noch nicht genügend differenziert sind. Man kann trotzdem sagen, daß der Ausspruch „vom anregenden Duft“ des Kaffees zu Recht besteht.

Die physiologisch wirksamen Aromastoffe des Kaffees sind in bestimmter Hinsicht auch für den Sportler von Bedeutung, denn zu den trockenen Kalorien gehört unbedingt ein guter Geschmack und auch ein angenehmer Geruch. Wir wissen, daß eine einförmige, geschmacklose Kost bald Widerwillen erregt, ja sogar Ekelgefühl hervorruft. Gerade beim Wettkampfsportler ist der Zusammenhang zwischen Ernährung und Leistung ein sehr enger, und kleine Ernährungsfehler müssen oft mit großen Leistungsminderungen bezahlt werden. Es ist daher ein dringendes Gebot, beim Wettkampfsportler neben der Kalorienfrage auch das physiologische Bedürfnis nach Aroma- und Würzstoffen zu berücksichtigen. Hierbei kommt den Aromastoffen des Kaffegetränkes eine besondere Bedeutung zu. Da diese Aromastoffe in normalen Grenzen, ebenso wie das Koffein, keine nachteiligen Wirkungen ausüben, bestehen beim Gebrauch von Kaffegetränken keine Bedenken, und dies kann beim Wettkampfsportler nicht als Dopingmaßnahme angesehen werden.

3. Gruppe: Allgemeine Kräftigungs- und Unterstützungsmittel

Zu dieser dritten Gruppe zählen alle Mittel, die in physiologischen Mengen keine speziellen pharmakodynamischen Wirkungen ausüben. Man kann diese Stoffe als „allgemeine Sportmittel oder Trainingsmittel“ bezeichnen. Es sind in Wirklichkeit allgemeine Kräftigungs- und Aufbaumittel zur Unterstützung des Trainingszustandes und der Kondition. Alle diese Mittel, von denen die wichtigsten in Tabelle 5 aufgeführt sind, sind natürlich ohne weiteres erlaubt.

Schlußbetrachtung

Das Doping-Problem ist ein vielseitiges Problem, das nicht nur durch Aufklärung von Wettkämpfern und durch Doping-Kontrollen, sondern vor allem durch wissenschaftliche Bearbeitung gelöst werden muß. Mit Schlagworten oder mit einem Verfall in eine Doping-Hysterie ist dem Problem nicht gedient, ebenso nicht mit pseudowissenschaftlichen Aussprüchen, wie: „Pest des Meeres“ — „Durch Gift zum Sieg“ — „Doping ist Dummheit“ — „wenn das so weitergeht, dann können wir gleich Olympische Spiele der Chemiker veranstalten“. Derartige Sprüche „dramatisieren“ nur das Problem.

Für eine erfolgreiche internationale Bekämpfung des Dopingmißbrauches ist es notwendig, daß zunächst eine einfache, international anerkannte Definition des Dopings geschaffen wird, denn unklare Begriffe sind der Ausgangspunkt nutzloser Erörterungen. Als Grundlage für eine einheitliche Definition wird die pharmakologische Betrachtungsweise als am aussichtsreichsten diskutiert, die eine Dreiteilung der beim Wettkampfsport verwendeten Substanzen ergibt. Die erste Gruppe enthält Pharmaka, die als Doping-Gifte streng zu verbieten sind. Im Gegensatz hierzu stehen die Substanzen der zweiten Gruppe, deren Gebrauch nicht als Dopingmaßnahme angesehen werden kann, weil sie beim Wettkampfsportler keine unnatürliche Leistungssteigerung hervorrufen und außerdem in normalen Dosen physiologisch und nicht schädigend wirken. Es sind keine ernstlichen Argumente bekannt, die ein allgemeines Verbot dieser Pharmaka rechtfertigt. Schließlich sind in einer dritten Gruppe allgemeine Kräftigungsmittel und Unterstützungsmittel zur Erhaltung des Trainingszustandes und der Kondition zusammengefaßt. In diese Gruppe gehören auch physikalische Maßnahmen, wie z. B. Einreibungen mit Salben zur Durchblutungsförderung der Haut und Muskulatur, ferner Massagen, Sauna und UV-Strahlungen. Alle diese Mittel bzw. Maßnahmen sind ohne weiteres erlaubt.

Durch die Dreiteilung der beim Wettkampfsport verwendeten Pharmaka erreicht man eine zweckmäßige Abgrenzung, die eine Einteilung in verbotene Doping-Gifte und in andere unter bestimmten Bedingungen erlaubte Stoffe ermöglicht.

Literaturverzeichnis:

- CZOK, G.: „Untersuchungen über die Wirkung von Kaffee“, Supplementa zur Zeitschrift für Ernährungswissenschaft, Dr. Dietrich Steinkopff Verlag, Darmstadt, 1966.
- FISCHBACH, E.: „Das Doping-Problem in neuer Sicht“, Münch. Med. Wschr. 1965, S. 1763; „Neue Gesichtspunkte zum Doping-Problem“, Sportarzt und Sportmedizin, 1966, S. 60; „Zum Doping-Problem“, Sport + Medizin, 1966, S. 10.
- KOHLHAAS, M.: „Gesetzliche Grundlagen für ein Verbot des Dopings“, Sportarzt und Sportmedizin, 1966, S. 64.
- PROKOP, L.: „Praktische Erfahrungen mit dem Doping in Österreich“, Sportarzt und Sportmedizin, 1966, S. 56; „Zur Psychopathologie des Dopings“, Sportarzt und Sportmedizin, 1966, S. 97.
- WEIDEMANN, H.: „Internationale Konferenz über Doping bei Sportlern“, Sportarzt und Sportmedizin, 1966, S. 49.

Anschr. d. Verf.: Dr. Dr. med. habil. Erich Fischbach, 8000 München 15, Haydnstraße 10

AUS DEM STANDESLEBEN

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

39. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. Dietrich J a h n , Nürnberg

1. Hauptthema: Fortschritte bei Nierenkrankheiten

Professor Dr. H. NIETH, Tübingen:

„Klinisch und funktionelle Diagnostik bei Nierenkrankheiten unter Berücksichtigung der Frühdiagnose in der Praxis“

Neben den erstaunlichen Fortschritten in der Therapie der Nierenkrankheiten sollte man die deutliche Bereicherung in der Frühdiagnostik nicht übersehen. Die Frage einer Proteinurie kann mit den enzymatischen Teststreifen genügend exakt überprüft werden. Lediglich Paraproteine können entgehen, andererseits kann bei einem diesbezüglichen Verdacht durch eine Elektrophorese und immunphoretische Aufschlüsselung des Harns ein differenzierter Nachweis erfolgen. Gesunde Nieren sollten keine Proteinurie über 150 mg/die zulassen. Mittels der Biuretmethode kann die Tagesmenge exakter erfaßt werden als mit den ESBACH-Bestimmungen.

Das Urinsediment bleibt unentbehrlich. Natürlich reicht es nicht für eine Ausschußdiagnostik von Nephropathien. Hilfreich ist die Peroxydasefärbung, um Leukozytenzylinder, die auf die renale Herkunft der Leukozyten hinweisen, zu identifizieren. Zur Überprüfung einer Retention harnpflichtiger Substanzen im Blut eignet sich neben der Harnstofforientierung vor allem das Serum-Kreatinin. Wenn die Nierenfunktion ohne nachweisbare Retention weiter geklärt werden muß, geben die Clearance-Methoden die exaktesten Rückschlüsse. Eine grobe Orientierung erlaubt die endogene Kreatininclearance und die Phenolrotprobe, ebenso der Konzentrationsversuch, wengleich die Bestimmung der Osmolarität noch genauere Hinweise geben könnte. Der Wert der maximalen Konzentration ist sehr komplexer Natur, wobei auch die Infusion von Plasmaexpandern täuschen kann, was insbesondere beim Verdacht einer Schockniere zu berücksichtigen ist. Die beste Aussage erlaubt die kombinierte Inulin-PAH-Clearance. Erstere gilt als Maß der glomerulären Filtration, letztere als ein Hinweis auf die tubuläre Leistung. Die Relation beider nennt man die Filtrationsfraktion, welche differentialdiagnostische Rückschlüsse auf die Art der Nierenkrankung zuläßt. Schließlich ist auch die Röntgenuntersuchung im i.v.-Pyelogramm eine Nierenfunktionsprobe und gestattet besondere Hinweise bei Seitendifferenz sowohl an Intensität als zeitlicher Verzögerung. Das Isotopennephrogramm bewährt sich vor allem als Suchtest bei obstruktiven Prozessen und seitendifferenzierter Nierendurchblutungsstörungen. Man kann dann die Frage einer retrograden Pyelographie oder einer Nierenangiographie besser indizieren. Die Nierenzintigraphie bietet vielleicht in Zukunft eine Bereicherung der Tumordiagnostik. Vor dem Entschluß zur Operation wird man allerdings ein Nierenangiogramm nicht umgehen können.

Professor Dr. A. BOHLE und Dr. H. WEHNER, Tübingen:

„Beitrag der Nierenbiopsie zur Diagnose akuter und chronischer glomerulärer Erkrankungen“

Die zunehmende Einführung der Nierenbiopsie stellt dem Pathologen folgende klinische Fragen bezüglich der glomerulären Erkrankungen:

1. Klassifizierung der Glomerulonephritiden
2. Differentialdiagnose der verschiedenen, vorwiegend entzündlichen, glomerulären Nierenerkrankungen
3. Prognose der Glomerulonephritiden

Grundlage ist die Architektur des normalen Nierenkörperchens. Es besteht aus einem Konvolut von Kapillaren, das mantelartig vom viszeralem Blatt der BAUMANNschen Kapsel, einer Fortsetzung des parietalen Blattes der BAUMANNschen Kapsel und damit der tubulären Basalmembran, umhüllt wird. Innerhalb dieses viszeralen Blattes liegen Endothelzellen, teilweise angrenzend an Mesangiumzellen. Letztere besitzen jedoch keinen direkten Kontakt zu den Kapillarlichtungen. Wenn man voraussetzt, daß eine Entzündung je nach ihrem Charakter bzw. ihrer Intensität die Bestandteile des Läppchens bzw. aller Läppchen unterschiedlich stark ergreifen kann, so lassen sich folgende Formen der akuten Glomerulonephritis — die man vielleicht bis zur 8. Krankheitswoche akut nennen darf — abgrenzen:

1. akute membranöse Glomerulonephritis
2. akute exsudative Glomerulonephritis
3. akute proliferative Glomerulonephritis
4. akute extrakapilläre Glomerulonephritis
5. akute hämorrhagische Nephritis
6. akute Herdnephritis

Das histologische Bild läßt nicht nur die genannten Formen im Verlauf der verschiedenen Stadien als gleichsam „reine Formen“ nachweisen, sondern darüber hinaus Übergänge der verschiedenen Formen der akuten bis subakuten Krankheit in andere Verlaufstypen beobachten. So ließ sich in Zusammenarbeit mit der Klinik (BUCHBORN) ein Übergang der akuten membranösen in die subakut proliferative, teilweise extrakapilläre Glomerulonephritis nachweisen. Andere Autoren beschrieben einen Übergang der akuten exsudativen Glomerulonephritis in die subakut extrakapilläre. Diese Zusammenhänge, im Hinblick auf unterschiedliches therapeutisches Vorgehen, werden noch interessante Aufschlüsse bringen können.

Bei 93 Nierenpunktaten von Patienten mit einem eindeutigen nephrotischen Syndrom ließen sich differentialdiagnostisch folgende histologische Befunde abgrenzen: 18% boten eine akute membranöse Glomerulonephritis; 18% eine subakute bis chronische perimembranöse Glomerulonephritis; 4,5% eine lobuläre; 19% eine proliferative; 4,5% eine floride herdförmige Glomerulonephritis. Bei 24% handelte es sich um Mischformen.

Auffallend hoch ist der Prozentsatz von Amyloidosen (12%). Prognostisch scheinen die proliferativen Formen nicht so günstig zu sein, wie das früher vermutet wurde. Ähnliches ist für die akute membranöse Glomerulonephritis zu sagen, insbesondere weil man heute in Verlaufsbiopsien nicht selten einen Übergang in die chronische perimembranöse Form nachweisen kann. Interessant ist schließlich, daß auch die Prognose der Herdnephritis kaum besser als diejenige der diffusen Glomerulonephritis ist.

Professor Dr. U. GESSLER, Nürnberg:

„Pathogenese, Differentialdiagnose und Therapie des akuten Nierenversagens“

Der Begriff des akuten Nierenversagens umschreibt eine schwere tubuläre und glomeruläre Funktionsstörung der Nieren mit einem recht pathognomonischen klinischen Verlauf:

1. das Entwicklungsstadium
2. das Stadium der Oligo-Anurie
3. das Restitutionsstadium

Ätiologisch treffen meist unterschiedliche Faktoren zusammen, wengleich sie in ein Schocksyndrom mit metabolscher Azidose münden. Während der Oligo-Anurie ist wegen des begleitenden Zellzerfalls ein rascher Anstieg der harnpflichtigen Substanzen zu verzeichnen, so daß die Gefahr der Urämie rascher als bei anderen Nierenstörungen droht. Wenn nach Überbrückung dieser Phase die Diurese wieder in Gang kommt, entwickelt sich signifikanterweise eine Polyurie. Pathophysiologisch handelt es sich um einen Diabetes insipidus renalis mit den dabei auftretenden Elektrolytverlusten und nachfolgenden Plasmaelektrolytverschiebungen.

Eigene pathogenetische Studien ergaben, daß die tubuläre Leistungseinschränkung und der abnehmende glomeruläre Filtrationsdruck einen drastischen Rückgang des Primärfiltrates nach sich ziehen. In diesem Stadium kann durch Osmodiuretika (Osmofundin usw.) noch eine Diurese erzwungen werden, bevor die sekundäre Intoxikation eine weitere Verschlechterung bringt. So ist im Experiment der Hämaturievergiftung nur ein Blutdruckabfall auf ca. 75% des Ausgangswertes erforderlich, um eine Anurie durch vollständige Resorption des verminderten Filtrates zu erreichen. Für das Fortbestehen der Oligurie nach Beseitigung des Schocksyndromes bietet einstweilen die Hypothese von THURAU und Mitarbeiter eine ausreichende Erklärung. Der erhöhte Natriumgehalt im distalen Tubuluslumen führe demnach zu einer Reninausschüttung in der Macula densa, was eine reflektorische Engerstellung des Vas afferens und damit eine neuerliche Filtrationseinschränkung bewirkt.

Differentialdiagnostisch muß man prärenale, renale und postrenale Ursachen unterscheiden. Wie schon betont wurde, wirken häufig jedoch mehrere Faktoren zusammen. Wegen der eindeutigen Konsequenz sollte eine urologische Voruntersuchung beim akuten Nierenversagen jedoch nie unterlassen werden. Bei den möglichen begleitenden toxischen Faktoren sind auch exogen-medikamentöse Einflüsse zu berücksichtigen, doch ist die Liste derselben individuell offenbar sehr verschieden. Selbstverständlich müssen auch akute, entzündliche Nierenerkrankungen stets in die Differentialdiagnose mit einbezogen werden.

Therapeutisch ergibt sich die Notwendigkeit einer raschen Behebung des Schocksyndroms sowie der möglichen Beseitigung der primären Noxe. Zu Beginn ist außerdem eine Osmotherapie bzw. eine Prophylaxe durch Furosemid (2- bis 4mal 1 Ampulle pro Tag) zweckmäßig. Im übrigen ist eine symptomatische Bilanzierung der Serumelektrolyt- und Säure-Basenverhältnisse notwendig, insbesondere auch in der sich anschließenden polyurischen Phase. Eine wesentliche Hilfe zur Überbrückung der unterschiedlich lang anhaltenden anurischen Phase ist in den letzten Jahren die Peritonealdialyse und die extra-korporale Hämodialyse geworden. Ziel der Dialysen ist eine prophylaktische Beherrschung des Anstiegs harnpflichtiger Substanzen. Meistens kann gleichzeitig eine ausreichende Elektrolyt- und Säure-Basenkorrektur durchgeführt werden. Die Prognose des akuten Nierenversagens wird von der Schwere der Grundkrankheit bestimmt. Wesentliche Bedeutung in dieser Richtung hat die rechtzeitige Einweisung nach Erkennung des akuten Nierenversagens in eine Klinik mit den Möglichkeiten der Dialyseverfahren.

Dr. P. DIETLER, Freiburg/Br.:

„Möglichkeiten und Grenzen gezielter Röntgen-diagnostik bei Nierenerkrankungen“

Technische Neuerungen und Verfeinerungen sowie besser verträgliche Kontrastmittel ermöglichten eine Modifizierung des intravenösen Pyelogramms in folgenden Punkten:

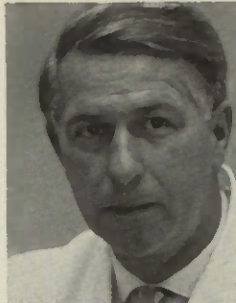
1. das Nephropyelogramm
2. das sogenannte Frühpyelogramm
3. das Infusionspyelogramm und
4. das Nierenleertomogramm

Nach der Leeraufnahme, die unentbehrlich bleibt, erfolgt die Kontrastmittelgabe und die erste Aufnahme nach 3½ Minuten. Danach wird die Kompression und nach 12 Minuten die sogenannte Füllungsaufnahme abgeschlossen. Stellt sich jetzt der Verdacht einer Defektbildung oder eines raumfordernden Prozesses, so wird sofort die Tomographie angeschlossen. Nach Entfernung der Kompression erfolgt die Rücken- und Bauchlagenaufnahme zur Klärung von Tonusstörungen, Vasa aberrantia oder auch verdrängender Prozesse im kleinen Becken und der Blase. Eine eventuell anzuschließende Stehaufnahme kann Abflußverzögerungen infolge einer Organsenkung aufdecken. Eine Modifikation zu diesem Arbeitsgang stellt das i.v.-Nephropyelogramm dar. Hierbei wird das Kontrastmittel bei liegender Staubinde injiziert, der Stop plötzlich gelöst und nach 15 und 30 Sekunden die ersten Aufnahmen geschossen. Nach 2 Minuten wird die Sammel- und Ausscheidungsphase in Ergänzung der Parenchymphase erfaßt.

Die Indikation zur Durchführung der Infusionsurographie ergibt sich aus der Höhe der Retention, weil bis zu 150 mg% Harnstoff bzw. 5 mg% Kreatinin noch eine gut verträgliche, verwertbare Untersuchung durchgeführt werden kann. Das Nierenleertomogramm ermöglicht darüber hinaus zumindest die Größenbeurteilung und Konfiguration der Nieren bei noch höherer Nierenfunktionseinschränkung. Die retrograde Pyelographie sollte weitgehend der besseren Aufklärung von Veränderungen am Nierenhohlraumssystem vorbehalten bleiben. Die retroperitoneale Pneumographie ist nicht nur bei Nebennierentumoren, sondern auch bei Nierenmißbildungen und von der Niere ausgehenden retro-



Prof. Dr. H. Nieth
Tübingen



Prof. Dr. A. Bohle
Tübingen



Prof. Dr. U. Gessler
Nürnberg



Dr. P. Dietler
Freiburg/Br.



Doz. Dr. R. Kluthe
Freiburg/Br.

peritonealen Tumoren wichtig. Die Serien-Angiographie der Nieren ist selbstverständlich bei einseitigen Gefäßprozessen bzw. der Frage einer operativen Intervention i. S. der Gefäßplastik notwendig.

Dozent Dr. R. KLUTHE, Freiburg/Br.:

„Allgemeine und diätetische Maßnahmen bei chronischen Nierenerkrankungen“

Die sogenannte konservative Therapie der chronischen Niereninsuffizienz betrifft die Wegstrecke zwischen beginnender Retention und der Notwendigkeit von Dialysemaßnahmen bzw. Transplantation. Durch exakte medikamentöse, diätetische und flüssigkeits-salzbilanzierende Führung des Patienten bei entsprechender Eigendisziplin kann hier sicher ein zeitlicher Gewinn erreicht werden. Natürlich ist eine gesamtklinische Betreuung — Anämiebehandlung durch Bluttransfusionen, Gabe von anabolen Hormonen, Bekämpfung von Infekten und maßvolle Blutdruckzugelung — unentbehrlich. Die spezielle Eiweißdiätetik hat durch die Vorarbeiten der italienischen Arbeitsgruppe um GIOVANNETTI eine neue Basis bekommen. Prinzip soll eine hohe Kalorienzufuhr bei erträglichen Eßgewohnheiten unter Reduzierung des Eiweißgehaltes bei Erhaltung von hochwertigen Eiweißfraktionen sein. Der Diätaufbau läßt sich grob als ein „Kartoffel-Ei-Gemisch“ bezeichnen. Diese Kombination wird auch nach den Untersuchungen des Max-Planck-Institutes in Dortmund der Notwendigkeit einer hohen biologischen Wertigkeit der Proteingemische am besten gerecht. Quantitativ kann pro Tag 6 g Kartoffel und 4 g Volleiereiweiß veranschlagt werden, was 300 g Kartoffel und 1/2 Hühnerei entspricht. Eine wichtige Ergänzung ist das eiweißarme Brot, der Eiweißgehalt soll unter 2% liegen, was nur in Spezialbäckereien, welche das Backverfahren aus Weizenstärke, Kartoffelstärke und Roggenmehl kennen, verwirklicht werden kann. Auch eiweißarme Teigwaren sind entwickelt worden und über die Reformhäuser erhältlich. Für die Schmackhaftigkeit der Diät sind die eiweißarmen Pasten (Tartex-Pasten) erforderlich, welche auch einen ausgezeichneten Wurstersatz darstellen. In einem neu erschienen Diätbuch für Nierenkranke — KLUTHE und QUIRIN — sind die erwähnten Richtlinien detailliert und entsprechende Tageskostpläne aufgeführt. Bei der notwendigen Einseitigkeit der Kost sollte man B-Komplex-Vitamine zuführen, außerdem L-Methionin, welches in Dragée-Form handelsüblich erhältlich ist.

Neben der Diät muß die konservative Therapie auf eine optimale Diurese bedacht sein. Dies geschieht einerseits durch reichliche Flüssigkeitszufuhr, soweit sie kardial

toleriert wird. Zum anderen spielt die dosierte Kochsalzgabe eine bedeutsame Rolle. Das maximale Glomerulosfiltrat ist nur unter entsprechender Salzzufuhr zu verwirklichen, allerdings wird dieser Weg durch die mögliche Hypertonie und kardiale Belastung limitiert. Schließlich sollte man versuchen, die bekannte metabolische Azidose, welche zu einem Circulus vitiosus von Zellstoffwechselstörungen Anlaß gibt, zu beseitigen. Dies geschieht zunächst parenteral durch entsprechende Bikarbonat- oder Laktatinfusionen, ist später aber auch oral durch Zitratgemische fortführbar. Der Nutzen einer Glykosidtherapie zur Erlangung einer optimalen Herzleistung für die renale Durchblutung, und damit die Filtrationsmöglichkeiten, bedarf keiner weiteren Erläuterung.

Professor Dr. F. REUBI, Bern:

„Probleme der glomerulären Erkrankungen“

Jeder Einteilungsversuch der glomerulären Erkrankungen, ob ätiologisch, symptomatisch, pathophysiologisch oder rein anatomisch, bleibt unbefriedigend, solange klar ersichtliche Korrelationen untereinander fehlen. Als Kompromiß kann man versuchen, die vorwiegend entzündlichen Erkrankungen den entzündlich-degenerativen und schließlich den vorwiegend degenerativ-metabolischen Leiden gegenüberzustellen. Einige Sonderfälle sollen nachfolgend die klinische Problematik beleuchten.

Die Nephropathie beim Lupus erythematodes disseminatus ist ätiologisch wie die Grunderkrankung noch unbekannt, wenngleich man an autoimmunologische Vorgänge denkt. Pathologisch-anatomisch wurden vereinzelte, herdförmige Nekrosen von Kapillaren mit umschriebener Verdickung der Basalmembran als pathognomonisch im Sinne von „wire-loop“ beschrieben. Bei fortgeschrittenen Fällen sind allerdings auch die Charakteristika fibrinöser Glomerulonephritiden zu beobachten. Klinisch finden sich alle Symptome einer glomerulären Läsion. Gutartige Fälle sind nicht azotämisch. Progrediente Fälle sterben in der Urämie, eine Hypertonie ist seltener und ein ausgeprägtes nephrotisches Syndrom darf nicht immer erwartet werden. In den Clearanceuntersuchungen sieht man eine charakteristische Verminderung der „Filtrationsfraktion“. Verdächtig ist stets die Kombination einer Nephritis mit einer Polyarthritis, insbesondere bei subfibrilen Temperaturen, Anämie, Splenomegalie und Endokarditis. Wichtigstes Kriterium ist natürlich der Nachweis der LE-Zellen und die serologische Prüfung des LE-Latex-Testes. Therapeutisch stehen die Kortikosteroide und das ACTH im Vordergrund. Bei fortgeschrittenen Bil-

dem mit subakuter proliferativer Glomerulonephritis sind die Erfahrungen schlechter. Die Anwendung von Resochin und Zytostatika muß weitere Erfahrungen abwarten.

Die Nephropathie bei Periarteriitis nodosa verläuft in zwei Typen: einem vaskulären Typ mit maligner Hypertonie und einem glomerulären Typ mit den Symptomen einer nekrotisierenden proliferativen Glomerulonephritis. Die Schwere der Erkrankung zeigt sich in hohem Fieber, Leukozytose und stark beeinträchtigtem Allgemeinzustand, schon vor der final urämischen Stoffwechsellage. Begleitsymptome, wie Muskelschmerzen, Lungenveränderungen, Polyneuritiden und Gelenkrheumatismus stützen den Verdacht. Die exakte Diagnose ist intra vitam häufig schwierig. Therapeutisch kann man neben einer Fokalsanierung Kortikosteroide, Resochin und später vielleicht sogar Zytostatika versuchen; die Prognose ist jedoch meist dubios. Klinisch verwandt ist die WEGENERSche Granulomatose. Signifikant ist die entzündliche und nekrotisierende Entzündung im Bereich der oberen Luftwege, im übrigen fließt die Symptomatik mit der der Periarteriitis nodosa zusammen. Auch die Therapie und Prognose entspricht der dort erwähnten.

Ein interessantes Kapitel ist die Glomerulonephritis bei Lungenhämosiderose, das sogenannte GOODPASTURE-Syndrom. Die Kombination von Lungenblutungen und progressiver Niereninsuffizienz stellt den Verdacht, muß aber differentialdiagnostisch gegen hämorrhagische Pneumonien, Periarteriitis nodosa und Purpura Schönlein-Henoch abgegrenzt werden. Pathologisch-anatomisch handelt es sich meist um eine proliferative, subakute Glomerulonephritis sowie eine Alveolitis mit Fibrinablagerung und interstitieller Fibrose der Lungen. Pathophysiologisch diskutiert man ein Antiserum, welches gleichzeitig die pulmonalen und renalen Läsionen zu erzeugen vermag. Die Prognose ist schlecht, der Tod erfolgt in der Urämie, wenn nicht vorher eine fatale Lungenblutung auftrat. In Frühfällen kann man eine Steroidtherapie versuchen, in fortgeschrittenen Stadien ist diese nutzlos.

Schließlich ist die sogenannte rezidivierende Hämaturie ein klinisch wichtiger Krankheitsverlauf, weil deren Abgrenzung gegenüber der sonstigen Glomerulonephritis mit Hämaturie in der günstigen Prognose begründet liegt. Histologisch ist außer einer geringgradigen Endothelschwellung keine glomeruläre Läsion erkennbar, was der Benignität des Verlaufes entspricht. Sehr charakteristisch scheint die Tendenz zu Rezidiven, möglicherweise ausgelöst durch pyrogene Reaktionen.

Dr. C. VORBURGER und Dr. A. BLUMBERG, Bern:

„Langzeitdialyse bei chronischer Niereninsuffizienz“

Die künstliche Niere ist nur eine Prothese mit unvollständiger und relativ starrer Funktion, allerdings mit der lebensnotwendigen Fähigkeit der Regulation der chemischen und physikalischen Zusammensetzung der Körperflüssigkeiten. Blut und Dialysierlösung strömen getrennt durch eine semipermeable Membran in der künstlichen Niere aneinander vorbei und unterliegen drei Hauptphänomenen:

1. der Diffusion von wasserlöslichen Substanzen entlang eines Konzentrationsgradienten

2. der Ultrafiltration gemäß eines hydrostatischen Druckgradienten und
3. der Wassermigration entlang eines osmotischen Gradienten

Dieses führt zu einem Ausstrom der harnpflichtigen Substanzen aus dem Blut und einem Einstrom der Puffersubstanzen zum Ausgleich des Säure-Basenverhältnisses. Ultrafiltration und osmotische Wasserbewegung führen zu einer Dehydratation des gesamten Extrazellulärraumes.

Die praktische Durchführung des Verfahrens war von der Erarbeitung eines wiederholt verwendbaren arteriovenösen Shunts (SCRIBNER) abhängig. BRESCIA und Mitarbeiter haben kürzlich die direkte Verbindung der Arteria radialis mit einer oberflächlichen Vorderarmvene zur Arterialisierung eines größeren Venengeflechtes mit der Möglichkeit einer Punktion von großkalibrigen Kanülen bei jeder Hämodialyse angegeben. Dies scheint Vorteile gegenüber der notwendigen Shuntpflege zu bieten, wenngleich Thrombosierungen häufig durch Antikoagulantien vorgebeugt werden muß. In Bern wird die sogenannte Kiil-Plattenniere verwendet. Die Hauptvorteile sind ein kleines Totvolumen, die Möglichkeit der Verwendung von ultradünnen Zellophanmembranen (15 Mikron) und die relativ gefahrlose Anwendung, verbunden mit guter Wirtschaftlichkeit.

Die Patienten kommen zweimal pro Woche, um über Nacht, jeweils durchschnittlich 14 Stunden, dialysiert zu werden. Als Diät wird im Mittel 1 g Protein pro Kilogramm Körpergewicht und etwas weniger als 2 g Kochsalz pro Tag empfohlen. Die Trinkmengen müssen allgemein knapp gehalten werden.

Selbstverständlich werden die endokrinen und regulatorischen Fähigkeiten der Nieren nicht ersetzt. So ist die Anämie des chronischen Urämikers nach heutiger Ansicht einerseits durch das Fehlen von Erythropoetin, andererseits durch eine toxisch vermehrte Hämolyse bedingt. Deshalb spricht sie auf die übliche Therapie nicht an und muß symptomatisch durch Transfusionen ersetzt werden. Die renale Hypertonie läßt sich am wirkungsvollsten durch Kochsalzzug normalisieren. Versagt dieser Weg, so muß eine bilaterale Nephrektomie erwogen werden. Lästige Residualsymptome können die Neuropathie, die renale Osteopathie und vorübergehend eine Perikarditis bleiben. Die Resultate der Langzeitdialysebehandlung hängen weitgehend von der Erfahrung und praktischen Durchführung an den einzelnen Zentren ab. Nach Schätzungen von SCRIBNER (USA) liegt die Rehabilitierung bei 75%, doch sind solche Zahlen natürlich von vielen Voraussetzungen — Patientenauswahl usw. — abhängig. In Bern wurden von 21 Patienten 13 vollständig, 2 teilweise und 1 Patient nicht rehabilitiert. Die unbestreitbaren Möglichkeiten der Langzeitdialyse konfrontieren die Medizin mit unvorhergesehenen ethischen und finanziellen Problemen. Neue Möglichkeiten zeichnen sich in der Nierentransplantation, eventuell auch in der sogenannten Heimdialyse, ab.

Dr. H. WEIDINGER, Nürnberg:

„Organisatorische Probleme der Dauerdialyse“

Der Beginn jeder Dauerdialyse setzt zweierlei voraus:
1. die organisatorische und apparative Absicherung methodischer Zufälligkeiten

2. die voraussichtlich menschenwürdige Rehabilitation entsprechend medizinischer Erfahrung in Kenntnis des Grundleidens

Die apparative Dialyseausrüstung soll einen geordneten Dialyseablauf (optimale Effektivität, Absicherung von Störungsquellen, gezielte Ultrafiltration) gewährleisten, andererseits den Patientenzustand mittels einer Venendruckmessung nach dem Dialysator bezüglich der Kreislaufsituation global überwachen. In Nürnberg wurde hierfür eine teilweise zentralisierte, teilweise patientenindividuelle, elektronische Anlage geschaffen. Sie kontrolliert die Leitfähigkeit des Dialysates, die Temperaturkonstanz, eine kontinuierliche Zuflußrate und variable Sogverhältnisse. Eine komplexe Venendruckmessung und eine Fotozelle als Trübungsschutz vor Blutaustritt in das abfließende Dialysat sind eingebaut. Magnetventile vor und nach der als Dialysator kern verwandten Plattenniere sind in der Lage, durch elektronische Rückkoppelung sofort bei Alarmgabe den weiteren Dialyseablauf zu stoppen, bzw. den Eintritt weiteren Dialysates oder den Austritt von Blut in den abströmenden Sog zu vermeiden. Nach solchen Vorsorgemaßnahmen schien uns die ursprünglich angestrebte Nachtdialyse (zweimal 12-14 Stunden pro Woche) verantwortbar. Der Gewinn einer solchen Therapie während der Schlafzeiten ist in noch besserer Abnahme der Retentionswerte und einem spürbaren psychischen Auftrieb der Patienten ablesbar. Die Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitation in der Dauerdialyse berühren zunächst die medizinische Indikationsstellung. Neben der Grunderkrankung spielen das Alter (keine Kinder, keine Greise), die Anamnese der Niereninsuffizienz (nicht des Leidens schlechthin) sowie Begleiterkrankungen und fortgeschrittene Organschäden (Herz, Gefäßsystem, zerebrale Affektionen) eine bedeutsame Rolle. Nach unserer Meinung sind aber grundsätzlich nur medizinische Kriterien maßgebend, mit anderen Worten, soziale, familiäre und mancherlei vage psychologische Erwägungen stehen uns nicht zu. Zweifellos ist das Dilemma der ständig wachsenden Patientenzahl gegenüber einer derzeit beschränkten und auch in Zukunft nicht beliebig ausbaubaren Dialysekapazität von einer menschlichen Tragik gekennzeichnet, doch kann außerhalb der medizinischen Indikation nur die Reihenfolge maßgebend sein. Ob die Heimdialyse ein mögliches Ventil der Zukunft darstellt, bleibt der Entwicklung entsprechender Apparaturen überlassen, besser wäre ein rascher und entscheidender Fortschritt in der Nierentransplantation. Eine Übersicht unserer Behandlungsergebnisse in den zurückliegenden 2½ Jahren läßt folgende Analyse zu:

1. die Art und Aktivität der Grunderkrankung bestimmt ganz wesentlich den Verlauf der Dialyse
2. Bisher ist kein absolutes, zeitliches Limit des Verfahrens erkennbar; denn schließlich läuft die längste Dialyse bei uns tatsächlich über den gesamten Zeitraum unserer Bemühungen
3. Eine menschlich echte Rehabilitation scheint bei den relativ älteren Jahrgängen (zwischen 35 und 55) zunächst eher erreichbar als bei jüngeren (etwa 16 bis 35)

Offensichtlich hat der jugendliche Nierenpatient stärkere Adaptationsschwierigkeiten. Der pathophysiologische Prozeß läßt häufig nicht genügend Zeit zu echten Kompensationsmechanismen (z. B. Herzhypertrophie),

andererseits erschwert die Vitalität dieser Jahre die vielfältig geforderte Disziplin und belastet die psychischen Probleme mit all den beruflichen, sozialen und familiären Hoffnungen. Wir haben uns deshalb organisatorisch entschlossen, die Dialysekapazität in zwei getrennte Gruppen aufzuteilen: Eine Langzeitdialyse bei relativ älteren Jahrgängen und eine präparative Dauerdialyse für die Nierentransplantation bei den jüngeren Patienten.

Dr. P. MICHELSEN, Leuven/Belgien:

„Stand und Ausblick der Nierentransplantation“

Für die Nierentransplantation ist in den meisten Ländern bereits eine Vielzahl von Zentren geschaffen worden. Dennoch wird nur ein sehr kleiner Teil der fakultativen Patienten diesem Behandlungsweg zugeführt werden können. Dies liegt an dem hohen technischen und finanziellen Aufwand, der hierzu nötig ist, und am Fehlen ausreichender Transplantationsorgane. Leider sind bisher die Gründe für die Beschränkung solcher Behandlungsmethoden ebensowenig bekanntgeworden wie bei der chronischen Dialyse.

Die Statistik der Transplantationsergebnisse läßt eine deutliche Vorrangstellung verwandter, lebender Spender gegenüber den Leichennieren erkennen. Die Transplantationen mit Nieren lebender Spender erfolgen nach guter Planung und zu einem vorher festgelegten Zeitpunkt sowie nach optimaler Vorbereitung des Empfängers. Außerdem erhöht die Verwandtschaft zwischen Geber und Empfänger die Chance der Kompatibilität. Trotzdem muß die Verwendung der Niere eines lebenden Spenders die Ausnahme bleiben, weil der Eingriff einen gesunden Menschen zusätzlich belastet. Die „freiwilligen“ Spender sollten keinesfalls einem moralischen Druck ausgesetzt werden, vielmehr wird ihnen wiederholt im Gespräch ein ehrenvoller Ausweg vorgeschlagen. Leider sind die Ergebnisse mit Leichennieren wesentlich schlechter. Eine zusammenfassende Übersicht zeigt gegenwärtig 15% nach 2 Jahren ohne Röntgentherapie und 30% nach präventiver Röntgentherapie als Überlebenschance an. Bei der Verbesserung solcher Zahlen spielt sicher auch die Organisation eines optimalen Transplantationsteams eine wesentliche Rolle.

Band 6 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der
17. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

Therapie der Erkrankungen der Leber und der Gallenwege Therapie der peripheren arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen Wohlstand und Krankheit

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.

Die Dauer und Schwere der Ischämie der transplantierten Niere und damit das Zeitintervall zwischen Tod und Nephrektomie bzw. Transplantation sind entscheidende Faktoren. Voraussetzung ist in jedem Fall eine gut funktionierende und ausreichend große Dialysestation, um von den möglichen Blutgruppenvarianten jeweils einen fakultativen Empfänger bereitliegen zu haben. In Leuven warten derzeit 20% Patienten auf das Freiwerden einer geeigneten Leichenniere, wobei die durchschnittliche Wartezeit bei ca. 2 Jahren liegt. Postoperativ fällt die höchste Mortalitätsrate in die ersten 3 Monate. Paradoxe Weise ist die Immuntoleranz in der Patientengruppe mit langer vorbereitender Dialysezeit besser ausgeprägt als bei den kurzfristig Transplantierten. Eine eindeutige Erklärung für dieses Phänomen kann noch nicht gegeben werden.

Die Rehabilitationsergebnisse sind recht unterschiedlich. Alle eigenen Patienten gehen einer normalen Tätigkeit nach und zeigen das Verschwinden sämtlicher sekundärer Intoxikationsmerkmale. Andererseits ist die Prognose durch die lange dauernde Verabreichung von

immundepressiven Medikamenten stets gefährdet. Auch die Lebertoxizität des Imuran und die histologischen Veränderungen am Glomerulum nach hohen Kortisondosen limitieren die Erfolge. Leider sind Abstoßungsreaktionen auch nach langer Toleranz immer noch möglich, wie das 4 $\frac{1}{2}$ Jahre nach einer geglückten Überpflanzung zu beobachten war.

Weitere Fortschritte bei der Nierentransplantation sind nur bei Ausbau entsprechender medizinischer Zentren, einer breiteren Aufklärung der Öffentlichkeit und einer Revision der Gesetzgebung bezüglich der Kriterien zur Toterkklärung eines Patienten denkbar. Eine vorherige exakte Auswertung der Kompatibilitätsverhältnisse zwischen Geber und Empfänger, wie dies in letzter Zeit auf dem Gebiete der Leukozytenantigenbestimmung ermöglicht wurde, könnte die Prognose sicher wesentlich verbessern. Möglicherweise wird diese Fragestellung auch für die Anwendung von Leichennieren aktuell, wenn es gelingen sollte, diese aufzubewahren und funktionell auszutesten, um den geeignetsten Empfänger zu ermitteln. (Fortsetzung folgt)

Nach Redaktionsschluß eingegangen:

CH 23 — endlich tierexperimentell erprobt!

Ergebnis: Selbst in extrem hoher Dosierung völlige Unwirksamkeit gegen Krebs!

Das angebliche Krebsmittel CH 23 des sogenannten Biochemikers Prodan Christoff, das seit einem Jahr in der Bundesrepublik unter fortlaufender Verletzung der Bestimmungen des Deutschen Arzneimittelgesetzes gewerblich hergestellt und vertrieben wird, ist nun endlich im Tierexperiment auf seine Wirksamkeit gegen Krebsgeschwülste untersucht worden.

Diese Untersuchung fand in Anwesenheit von Herrn Prodan Christoff im Institut für experimentelle Geschwulsterzeugung und Geschwulstbehandlung am Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg statt.

Herr Prodan Christoff war bei diesen Untersuchungen anwesend und die Dosierung seines Mittels erfolgte nach seinen Vorschlägen.

Herr Professor Schmähl, der Direktor des erwähnten Institutes, hat das Ergebnis dieser tierexperimentellen Untersuchungen inzwischen bekanntgegeben.

CH 23 erwies sich auch bei extrem hoher Dosierung als völlig unwirksam gegen Krebsgeschwülste!

Die wissenschaftliche Veröffentlichung des Ergebnisses dieser tierexperimentellen Untersuchungen erfolgt in der Zeitschrift „Arzneimittelforschung“, Editio Cantor KG., Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Aulendorf/Württ.

Die zuvor in einem Frankfurter Institut durchgeführte Untersuchung auf die Giftigkeit des Mittels CH 23 ergab lediglich, daß es nicht akut(!) toxisch ist.

Durch diese Untersuchungsergebnisse wurde unsere bereits vor einem Jahr ausgesprochene Warnung vor der Anwendung dieses in seiner Zusammensetzung geheimgehaltenen und ungeprüften Mittels und die Berechtigung unserer Forderung, dieses Mittel vor der Anwendung an kranken Menschen auf seine Giftigkeit und tierexperimentell zu untersuchen, in vollem Umfang bestätigt.

Ob im übrigen den beiden erwähnten Instituten ein in jeder Beziehung identisches Mittel zur Prüfung übergeben wurde, erscheint uns zweifelhaft.

Trotz dieses Untersuchungsergebnisses stellt der sogenannte Biochemiker Prodan Christoff unter ständiger Verletzung deutscher Rechtsvorschriften das Mittel CH 23 weiterhin gewerblich her und bringt es auch zu hohen Preisen in den Verkehr.

Beihilfe dabei leistet ihm sein Bruder und Kaufmann Christo Christoff, der trotz der Belehrung durch den Staatsanwalt seinen an der Schule für Welthandel in Wien erworbenen Dr.-Titel in der Bundesrepublik weiterhin unerlaubt führt.

Der Staatsanwaltschaft und anderen deutschen Behörden ist im übrigen mindestens seit einigen Monaten bekannt, daß das Mittel CH 23 nach einem Gutachten aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Graz auch tödliche Wirkungen haben kann!

Im zeitlichen Zusammenhang mit der Anwendung von CH 23 sind in Bad Reichenhall bisher mindestens 24 Personen verstorben; die Zahl der in zeitlichem Zusammenhang mit CH 23 außerhalb von Reichenhall verstorbenen Personen soll nach privaten Feststellungen mindestens das Dreifache betragen.

Das Ergebnis der wissenschaftlichen Nachprüfung von CH 23, die allerdings 1 Jahr zu spät erfolgte, hat auch die Auffassung der Bayerischen Landesärztekammer bestätigt, daß die Anwendung von Mitteln, deren Zusammensetzung geheimgehalten wird und deren Wirksamkeit und Unschädlichkeit nicht wissenschaftlich nachgewiesen sind, mit einer gewissenhaften ärztlichen Berufsausübung unvereinbar ist und daher auch gegen die Berufsordnung für die Ärzte in Bayern verstößt. (Die vorstehende Erklärung wurde am 30. 4. 1968 als Nachrichtendienst — ND 6/1968 — an die deutsche Fach- und Standespresse versandt)

85. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Vom 17. bis 20. April 1968 fand in München die 85. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter dem Vorsitz des Präsidenten der Gesellschaft, Universitätsprofessor Dr. Dr. Rudolf ZENKER (München), statt*). In seiner Eröffnungsrede verwies der Präsident darauf, daß die Gesellschaft seit der Gründung im Jahre 1872 zum 85. Male tagt. Professor Zenker hob hervor, daß die deutsche Chirurgie in den Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg den Anschluß an den internationalen chirurgischen Standard in Praxis und Forschung zum wesentlichen Teil der Aufgeschlossenheit und der von Jahr zu Jahr zunehmenden fachlichen und freundschaftlichen Verbundenheit zahlreicher ausländischer Chirurgen verdanke. Auch bei dieser Tagung fanden sich sehr viele Ärzte aus dem Ausland ein, die auch als Vortragende zum Gelingen des Kongresses beitrugen. Leider war wie in früheren Jahren den Ärzten aus Mitteldeutschland, mit Ausnahme einzelner im Ruhestand lebender Mitglieder, die Teilnahme versagt. „Wann wird sich der Ausspruch PASTEURS“, sagte Präsident Zenker, „wirklichen, daß Wissenschaft keine Grenzen kennt?“

Ministerpräsident Dr. GOPPEL gab der Tagung die Ehre seiner Anwesenheit, ebenso Landtagspräsident Rudolf HANAUER, der Senatspräsident Ludwig LINSERT, Oberbürgermeister Dr. VOGEL, dem für das immer gewährte Gastrecht in München und für die vielfache Unterstützung, ebenso wie dem Stadtrat, herzlich gedankt wurde, der Dekan der Medizinischen Fakultät, Professor Dr. HOLLE, mit zahlreichen Fakultätskollegen, der Prorektor der Technischen Hochschule, Professor PATAT, der Dekan der Medizinischen Fakultät an dieser Hochschule, Professor Dr. MAURER, mit Mitgliedern seiner Fakultät, der geschäftsführende Direktor der Max-Planck-Gesellschaft, Professor Dr. HEISENBERG, der Generalsekretär der Société Internationale de Chirurgie, die Präsidenten oder Stellvertreter der Österreichischen, Schweizerischen, Französischen, Griechischen, Italienischen, Jugoslawischen, Niederländischen, Polnischen, Sowjetischen, Tschechoslowakischen, Ungarischen Gesellschaften für Chirurgie, Generalarzt Dr. MERKLE, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. SEWERING, der Vorsitzende des Bayerischen Landesgesundheitsrates, Dr. SOENNING.

Professor Dr. Zenker erwähnte die Verdienste seiner Lehrer in Dankbarkeit. In Erinnerung an die Leistungen der Vergangenheit, auf die sich die der Gegenwart und Zukunft aufbauen, gedachte der Präsident jener Chirurgen, die vor 100 Jahren geboren wurden.

Sodann wurden die „Ziele und die Entwicklung der Chirurgie“ im einzelnen besprochen.

„Bedeutung und Kontinuität der chirurgischen Spezialfächer verlangen für ihre Leiter die Schaffung entsprechend dotierter selbständiger Lebensstellungen, die junge Chirurgen auch erwarten dürfen, die sich ihnen aus ärztlicher und wissenschaftlicher Verpflichtung widmen.“

Der Tagungsführer trug das Bild des Hl.-Geist-Spitals in München und dessen Siegel, entnommen der Veröffentlichung im „Bayerischen Ärzteblatt“ 1967.

„Die Sorge um eine Zersplitterung der Chirurgie und darüber hinaus der Medizin — ein Kasandra-Ruf, der immer wieder ertönt — brauche uns nicht zu beschleichen, wenn sich die Spezialisten schon im Interesse ihrer Kranken und der weiteren Entwicklung ihres Faches der gesamten Chirurgie und Medizin verpflichtet fühlen. Erleichtert wird ein Zusammenarbeiten, wenn die Spezialfächer mit der allgemeinen Chirurgie und den ihnen nahestehenden Disziplinen der Medizin sinnvoll unter einem Dach vereint sind. Diese Voraussetzung wird in München in dem neuen Klinikum in Großhadern gegeben sein, für dessen weitschauende Planung und Errichtung dem Bayerischen Staat nicht nachdrücklich genug gedankt werden kann. In Verbindung mit den Instituten für Biochemie der Max-Planck-Gesellschaft in Martinsried wird hier in der Zukunft ein medizinisches Forschungszentrum ersten Ranges entstehen, auf das Bayern stolz sein kann.“

Die Spezialisierung braucht auch eine möglichst gründliche und vielseitige allgemeine Ausbildung des Chirurgen Nachwuchses nicht zu verhindern, wenn sie von allen Spezialisten gemeinsam angestrebt und geplant wird. Ohne Integrierung wird eine Spezialisierung schon aus organisatorischen und wirtschaftlichen Gründen in der Zukunft nicht denkbar sein.

Bei einer derartig vielfachen Spezialisierung erhebt sich allerdings die Frage, ob in mittleren Krankenhäusern in der Zukunft überhaupt noch eine vollwertige Chirurgie möglich ist. Ich möchte dies nachdrücklich bejahen und folgendermaßen begründen: Der Wandel der Medizin und im besonderen der Chirurgie, der sich seit dem 2. Weltkrieg vollzog, hat auch das Arbeiten in den mittleren Krankenhäusern tiefgreifend beeinflusst, so daß in Deutschland mit berechtigter Befriedigung auf die Leistungen der Chirurgen außerhalb der Universitätskliniken und großen Krankenanstalten geblickt werden kann. Dabei sei der durch Kreise und Gemeinden zumeist mit Unterstützung des Staates erfolgte großzügige Neubau und Ausbau von Krankenhäusern und damit der Schaffung der Voraussetzung für neuzeitliches, klinisch-ärztliches Arbeiten anerkennend hervorgehoben. Wenn die Kollegen im mittleren Krankenhaus auch fernerhin mit Kritik neue Erkenntnisse und Eingriffe der allgemeinen Chirurgie und der Spezialfächer annehmen, gleichzeitig Bewährtes bewahren, so werden sie auch in der Zukunft die ihnen anvertrauten Kranken im besten Sinne „modern“ behandeln.

Eine Sorge der zukünftigen Chirurgie und der Medizin überhaupt soll nicht verschwiegen werden, nämlich ob bei der immer weiterschreitenden Spezialisierung und Technisierung in der Medizin, in Sonderheit in der Chirurgie, der Kranke nicht mehr und mehr Objekt unserer Diagnostik, Forschung und Behandlung wird. Diese Gefahr birgt zweifellos die rein naturwissenschaftliche Medizin zunehmend in sich. Wir können ihr begegnen, wenn sich bei aller Gruppenarbeit ein Arzt für das Wohl und Wehe der Kranken verantwortlich fühlt, wenn wir einer Mahnung KREHLS eingedenk sind: „Nicht soll die Technik den Arzt führen, sondern der

Arzt die Technik und sie dem Kranken nutzbar machen." Bei einem Festakt wurde Professor Dr. Dr. Rudolf NISSEN (Basel) das Diplom der Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie überreicht. Zu korrespondierenden Mitgliedern wurden Professor MARANGOS (Zypern) und Professor WOODRUFF (Edinburgh) ernannt. Den von-Langenbeck-Preis erhielt Privatdozent Dr. Rudolf PICHLMAYR von der Chirurgischen Universitätsklinik München.

Professor Dr. Voßschulte neuer Präsident

In der Generalversammlung wurde der Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik in Gießen, Professor Dr. Karl Voßschulte, zum Präsidenten für das Amtsjahr 1968/69 gewählt. Voßschulte war von 1943 bis 1951 an der Chirurgischen Universitätsklinik München bei Direktor Professor E. K. FREY tätig. Der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gehören derzeit 2547 Mitglieder an. Kg

Todeszeichen und Todeszeitbestimmung

Eine von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie beauftragte Kommission für Reanimation und Organtransplantation der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*) hat die folgende Stellungnahme ausgearbeitet:

Grundsätzlich können aus medizinischer Sicht als Zeichen des Todes wie bisher die fehlende Atmung und Herztätigkeit sowie die sekundären Erscheinungen der Abkühlung, Muskelstarre und Totenflecke gelten.

In Sonderfällen kann sich unter den Methoden einer modernen Reanimation (Herzmassage, künstliche Beatmung) der Prozeß des Sterbens jedoch so verändern, daß es nicht mehr ohne weiteres möglich ist, die Todeserklärung allein aufgrund eines Atem- und Kreislaufstillstandes auszusprechen. Es ist vielmehr notwendig, diese Kriterien dann in eine Analyse des gesamten Krankheits- oder Unfallverlaufes einzubeziehen. Dabei ist vor allem der Zustand des Gehirns und dessen Abhängigkeit vom Kreislauf zu berücksichtigen. Da ein zeitlich begrenzter, desintegrierter Fortbestand peripherer Organfunktionen vorkommt, ist in Zweifelsfällen der Todeszeitpunkt vom Organtod des Gehirns abhängig zu machen. Hierunter ist die grobanatomische oder feinstrukturelle Zerstörung des Gehirns in seiner Gesamtheit zu verstehen, die zur Auflösung der biologischen Funktionseinheit führt und nach einem kürzeren oder längeren Zeitintervall den definitiven Verfall peripherer Organfunktionen nach sich zieht.

In der Praxis ergeben sich im wesentlichen drei verschiedene Situationen:

I. Der **Gehirntod** ist anzunehmen, wenn

1. die bisher gültigen Todeskriterien vorhanden sind oder
2. nach einer therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Kreislaufdepression ein Atem- und Herzstillstand eintritt;
 - a) am Ende einer progredienten und unheilbaren Krankheit aufgrund des definitiven, unersetzlichen Verlustes eines lebenswichtigen Organs oder
 - b) bei fortschreitendem Verfall der vitalen Funktionen in ihrer Gesamtheit.

Hierbei besteht zwar eine geringe zeitliche Differenz von wenigen Minuten zwischen Herzstillstand und Gehirntod. Trotzdem darf der Gehirntod bereits zum leichter faßbaren Zeitpunkt des Herzstillstandes postuliert werden, um so mehr als in Anbetracht der inkurablen Gesamt-Situation Wiederbelebungsmaßnahmen nicht indiziert sind.

*) bestehend aus den Herren Prof. LINDER, Heidelberg (Chirurgie), Federführer (gemeinsam mit Doz. WAWERSIK, Heidelberg (Anaesthesie)), Prof. HANACK, Heidelberg (Rechtslehre), Prof. HEBERER, Köln (Chirurgie), Prof. LOEW, Homburg (Saar) (Neurochirurgie), Prof. WIEMERS, Freiburg i. Br. (Anaesthesie).

II. Der **Gehirntod** ist schon vor dem Aussetzen der Herzaktion bewiesen, wenn es im Falle einer direkten Schädigung des Gehirns durch äußere Gewalteinwirkung oder Intraeraniellen Druckanstieg

1. zu folgenden gleichzeitigen Ausfallserscheinungen des Zentralnervensystems über 12 Stunden kommt:
 - a) Bewußtlosigkeit,
 - b) fehlende Spontanatmung,
 - c) beidseitige Mydriasis und fehlende Lichtreaktion,
 - d) isoelektrische Linie im Elektroencephalogramm unter angemessenen Abieitebedingungen während ein-stündiger kontinuierlicher Beobachtungsdauer,
 - e) Fortbestand der Kriterien a—c und nochmaliger Nachweis der isoelektrischen Linie im EEG (wie bei d) nach 12 Stunden, oder wenn es aus den gleichen Ursachen
2. zu einem angiographisch nachgewiesenen intraeraniellen Kreislaufstillstand kommt und diese cerebrale Zirkulationsunterbrechung wenigstens 30 min bestanden hat.

III. Der **Gehirntod** ist noch nicht anzunehmen, wenn es wegen zentraler oder peripherer Ateminsuffizienz oder wegen Ursachen, die von der Atmung unabhängig sind, zu einem Herzstillstand kommt, aber das Zentralnervensystem bis dahin intakt oder erfahrungsgemäß erholungsfähig war. Handelt es sich bei dem Unglücks- oder Zwischenfall, der zum Atem- und Herzstillstand führte, um eine akute Ursache sui generis, die momentan beseitigt werden kann, so ist zunächst mit Wiederbelebungsmaßnahmen zu beginnen, sofern die Wiederbelebungszeit des Gehirns wahrscheinlich noch nicht überschritten ist. Im weiteren Verlauf ergeben sich zwei Möglichkeiten:

1. Die spontane Herzaktion setzt trotz adäquater Herzmassage nicht wieder ein. In diesem Fall gilt der Eintritt des primären Kreislaufstillstandes als Todeszeitpunkt.
2. Die Herzaktion kommt zwar wieder zustande, der Patient bleibt jedoch bewußtlos und ohne Spontanatmung. Er gilt dann als lebend und ist nach den üblichen Regeln der Intensivpflege zu behandeln, solange die übrigen Zeichen des Gehirntodes (s. II.) nicht erfüllt sind.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie erkennt die Notwendigkeit, diese Stellungnahme zum jetzigen Zeitpunkt zu veröffentlichen.

Dieser Stellungnahme schließt sich die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung an.

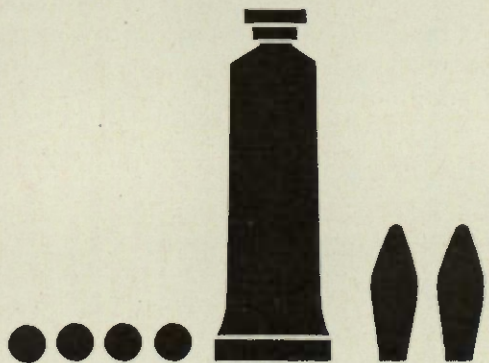
PHAG HOR

Zur internen Behandlung
venöser Stauungserscheinungen

OKAVENA[®]

zur Behandlung
hämorrhoidaler Symptomenkomplexe
und des Status varicosus

Dragées, Salbe, Suppositorien



Die Landesblindenanstalt München in ihrem neuen Heim

Die Landesblindenanstalt München wurde im Jahre 1826 von König Ludwig I. gegründet, zuerst in Freising mit 5 Schülern eröffnet, sodann 1837 nach München in das für ihre Zwecke im Auftrag des Königs durch den Architekten Friedrich von Gärtner errichtete Gebäude an der Ludwigstraße verlegt und blieb dort bis zum Jahre 1967, also 130 Jahre. Gebäude und Grundstück wurden jetzt der Universität München übergeben. Nach dem ersten Weltkrieg wurde die Anstalt verstaatlicht. Seither untersteht sie unmittelbar dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Für den Neubau wurde ein Betrag von 10,4 Millionen DM aufgewendet.

Der Neubau umfaßt 8 Baukörper:

Den Hauptbau, in dem sich 4 Kinderwohnungen mit je 15 Betten (3-Bett- und 6-Bett-Zimmer), die Verwaltung, die Wirtschaftsräume und der Speisesaal, die evangelische Hauskapelle, die Krankenabteilung sowie die Schwestern- und Personalunterkünfte befinden; im Keller ist eine Kegelbahn; den Schulbau mit seinen Klassenzimmern, Gruppen- und Sonderräumen, darunter eine Sprachlehranlage und ein Physikraum mit Schülerarbeitsplätzen; die beiden Jugendwohnheime für Buben und Mädchen mit je 20 Betten in 4-, 3- und 1-Bett-Zimmern; den Werkstättenbau mit Räumen für Werken sowie hauswirtschaftlichen Unterricht und mit Lehrwerkstätten für Korbmachen und Flechtarbeiten, Bürstenmachen, Hand- und Maschinenstricken sowie Holz- und Metallbearbeitung im Rahmen einer Industrievorschulung; auch mit Räumen für die Herstellung von Lehrmitteln und Punktdrucken; ferner befindet sich hier die Verkaufsstelle für die in den Lehrwerkstätten gefertigten Blindenwaren. Abgetrennt hiervon ist die Bayerische Blindenhörbücherel untergebracht, die nicht der Anstaltsleitung untersteht, sondern eine selbständige Einrichtung ist; den Turnhallenbau, dessen Turnhalle zugleich als Aula dient; der Bau soll auch den für später geplanten Kindergarten aufnehmen.

Im Freigelände stehen Spiel- und Sportplätze, ein Freischwimmbecken und ein Rodelberg zur Verfügung. Ein großer Schulgarten ist vorhanden, ein Duftgarten geplant. Sodann erfreut dreimal täglich ein aus 35 Glocken bestehendes offenes Glockenspiel. Ein modernes und geräumiges Hallenschwimmbad in nächster Nähe wird mitbenützt.

Die Landesblindenanstalt München dient ausschließlich der schulischen und beruflichen Ausbildung von blinden und hochgradig sehgeschwachen Kindern und Jugendlichen, die wegen ihres mangelnden oder mangelhaften Sehvermögens am Unterricht der allgemeinen Schule nicht oder nicht mit Erfolg teilnehmen können. Die Ausbildung erfolgt in vier Schulgattungen:

Einer Volksschule; einer Realschule; einer Berufsschule; einer Berufsfachschule mit Ausbildung zum Stenotypisten und Betriebstelefonisten, in Einzelfällen auch mit Ausbildung zum Organisten im Nebenamt. Die Ausbildung am Fernschreiber wird vorbereitet.

Besonderer Wert wird auf die musikalische Ausbildung gelegt. Instrumentalunterricht wird erteilt in Klavier und Orgel sowie in den Volksinstrumenten Blockflöte, Gitarre, Zither und Akkordeon. Ein gemischter Chor besteht zur Zeit aus 47 Schülern. Ferner sei der Kinderchor erwähnt und eine Gruppe „Orffsches Schulwerk“. Nach Beendigung der Ausbildung verlassen die Schüler die Anstalt (im Juli v. J. waren es 19) und treten in das Berufsleben ein.

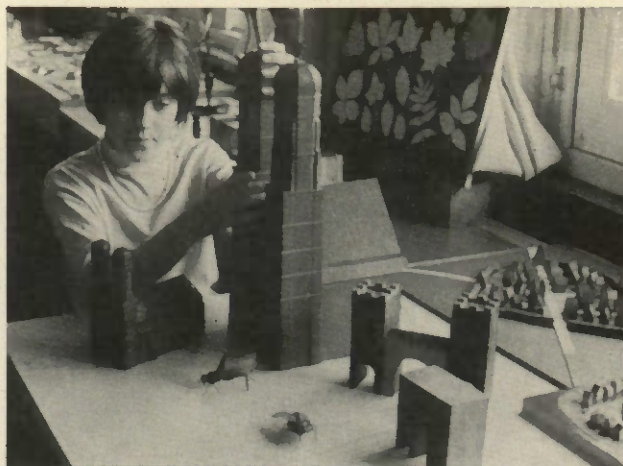
Die Anstalt zählt zur Zeit 140 Schüler und Schülerinnen im Alter von 6 bis 20 Jahren.

Zum Personal zählen u. a. zwei Vertragsärzte (Praktischer Arzt und Augenarzt).

In der Anstalt besteht Schulgeld- und Lernmittelfreiheit. In Bayern bestehen außer der Landesblindenanstalt München nichtstaatliche Blindenanstalten in Augsburg, Nürnberg und Würzburg und die klösterliche Blindenhilfsschule in Pfaffenhausen bei Mindelheim. K-g.



Hier lernen blinde Kinder durch den Umgang mit einer Uhr die Zeitrechnung



Durch das Abtasten von Modellen markanter Bauwerke, hier die Frauenkirche, machen sich blinde Kinder mit den Baudenkmälern ihrer Heimat vertraut

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Burghausen, Lkr. Altötting: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Langengeisling, 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

Enchenreuth, Lkr. Stadtsteinach: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Marktredwitz: 1 Allgemeinpraktiker

Memmelsdorf-Lichteneiche, Lkr. Bamberg: 1 Allgemeinpraktiker

Sparneck, Lkr. Münchberg: 1 Allgemeinpraktiker

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

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

Oberpfalz

Amberg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Beratzhausen: 1 Allgemeinpraktiker

Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker

Eschenbach (Stadt): 1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Eslarn: 1 Allgemeinpraktiker

Falkenstein: 1 Allgemeinpraktiker

Hirschau-Schnalthenbach (Ortsteil Schnalthenbach): 1 Allgemeinpraktiker

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

Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Regensburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Roßbach/Wald: 1 Allgemeinpraktiker

Schwandorf: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vohenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker

Waldthurn: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

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

Niederbayern

Frauenau, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Frauenau hat ca. 3700

Einwohner und ein großes Einzugsgebiet. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

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

Mengkofen, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemeinpraktiker
Mengkofen hat ein Einzugsgebiet von ca. 4000 Einwohnern. Nach dem Tode eines Praktischen Arztes ist z. Z. nur ein einziger Kassenarzt in Mengkofen niedergelassen. Die Gemeinde ist bereit, Wohn- und Praxisräume zu vermitteln.

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.

In der Stadt Regen (Entfernung 11 km) besteht am Städtischen Krankenhaus in Regen die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.

Die Stadt ist außerdem in der Lage, eine größere Wohnung oder ein ganzes Haus zu angemessener Miete oder einen billigen Bauplatz zur Verfügung zu stellen.

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

Der

21. Bayerische Ärztetag

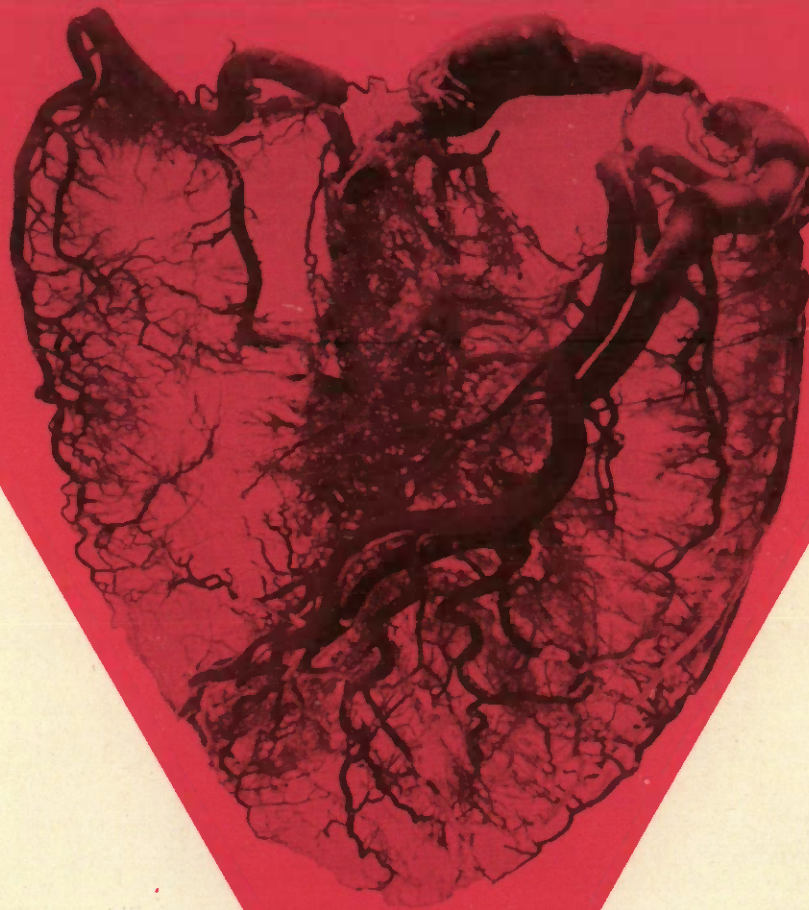
findet in der Zeit vom

11. mit 13. Oktober 1968

in Bod Kissingen statt

Carduben®

Wirkungsdreieck moderner Coronarthherapie



vasal

Carduben dilatiert die Herzkranzgefäße, ohne den Blutdruck zu senken.

myocardial

Carduben ökonomisiert den Myocardstoffwechsel und steigert die Belastbarkeit, ohne die Frequenz zu erhöhen.

nerval

Carduben dämpft die das Herz erregenden und belastenden Sympathicusreize, ohne die Notfallreaktionen zu unterbinden.

Mittelfranken**Boxdorf, Lkr. Fürth:** 1 Allgemeinpraktiker

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

Hersbruck: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch Verzicht des bisherigen Augenarztes frei geworden ist. Am Kreiskrankenhaus Hersbruck besteht die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.

Markt Erlach, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemeinpraktiker

Oberzenn, 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. Dinkelshühl: 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.

Tauerzell, 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.

Waldenbach-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.

Wendestein, Lkr. Schwahach: 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**Burgheim:** 1 Allgemeinpraktiker

Der Praxisvorgänger ist am 12. 12. 1967 verstorben. Wohn- und Praxisräume stehen noch zur Verfügung. Burgheim hat 2000 Einwohner und ein großes Einzugs-

gebiet. Am Ort ist außerdem ein Arztheppaar niedergelassen. Der Sonntagsdienst ist geregelt. Für Kinder bestehen günstige Verkehrsverbindungen nach Neuburg/Do. und nach Donauwörth zum Besuch höherer Schulen.

Günzburg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten**Weichering, Lkr. Neuhurg/Do.:** 1 Allgemeinpraktiker

Der Kassenarztsitz ist infolge Wegzugs des Praxisvorgängers ab 1. 4. 1968 unbesetzt. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung.

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

Unterfranken**Bastheim, Lkr. Meilrichstadt:** 1 Allgemeinpraktiker**Bergheimfeld, Lkr. Schweinfurt:** 1 Allgemeinpraktiker**Hamhach, Lkr. Schweinfurt:** 1 Allgemeinpraktiker**Rottenberg, Lkr. Alzenau:** 1 Allgemeinpraktiker**Wildflecken/Rhön:** 1 Allgemeinpraktiker

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

Entschließung des Bundesverbandes der freien Berufe zur allgemeinen Versicherungspflicht

Die außerordentliche Hauptversammlung des Bundesverbandes der freien Berufe am 3. April 1968 in Bonn stellt zu dem der Bundesregierung durch den Bundestag erteilten Auftrag auf Einbeziehung der Selbständigen und freien Berufe in die gesetzliche Rentenversicherung und zu den dazu bekannt gewordenen Vorschlägen und Überlegungen folgendes fest:

Das bei der Gesamtheit der freien Berufe vorhandene berechnete Bedürfnis nach ausreichender Sicherung des Lebensabends und der Hinterbliebenen muß für jede einzelne Berufsgruppe der freien Berufe in einer dieser angemessenen und von ihr gewünschten Form befriedigt werden. Ausbildung, Tätigkeit, wirtschaftliche Lage und Altersstruktur der einzelnen Gruppen innerhalb der freien Berufe sind so verschieden, daß ihre unterschiedslose Einbeziehung in die gesetzliche Rentenversicherung mit Nachdruck ebenso abgelehnt werden muß wie die gleichfalls diskutierte Errichtung eines besonderen Rentenversicherungsträgers für freie Berufe.

Die Einführung einer Versicherungspflicht in der Rentenversicherung auch für diejenigen Berufsgruppen der freien Berufe, die das nicht wünschen, wird entschieden abgelehnt. Wenn und soweit sich dagegen einzelne Gruppen von freien Berufen für eine Einbeziehung in die gesetzliche Rentenversicherung aussprechen, sollte ihnen der Weg dazu geöffnet werden. Dabei ist im Sinne des notwendigen sozialen Ausgleichs dafür Sorge

Liquirit[®]

Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

KP 30/OP. 60 Tebl.

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

zu tragen, daß Ausbildungszeiten als Ausfallzeiten angerechnet werden, daß die Höhe der Beiträge eine angemessene Alters- und Hinterbliebenenversorgung garantiert und eine angemessene Regelung für die alten Lasten gefunden wird.

Der Bundesverband bedauert, daß jüngste Pläne und Überlegungen, nach denen Versorgungsmöglichkeiten (gegebenenfalls unter Einbeziehung in die Rentenversicherung) leider immer noch nicht gerade für solche Gruppen freier Berufe vorgesehen sind, die — wie gewisse Gruppen der künstlerisch schaffenden freien Berufe — verwaltungsmäßig nur schwer erfaßt werden können, obwohl sie einer sozialen Sicherung besonders bedürfen. Hier wird eine Erweiterung des Gesetzes über das Urheberrecht in Richtung Nachfolgevergütung unbedingt notwendig sein, wie sie bereits 1965 bei der Verabschiedung des Urheberrechtsgesetzes im Bundestag zugesagt wurde.

Der Bundesverband der freien Berufe fordert, die vorhandenen ebenso wie künftig erst noch zu bildenden berufsständischen Versorgungseinrichtungen in Existenz- und Funktionsfähigkeit zu schützen und auf Dauer zu erhalten. Dabei darf der Zugang des Berufsnachwuchses zu diesen Einrichtungen weder rechtlich noch wirtschaftlich behindert werden. Die berufsständischen Versorgungseinrichtungen als solche müssen sowohl sozialversicherungsrechtlich als auch steuerrechtlich in die Lage versetzt werden, die ihnen übertragenen Aufgaben uneingeschränkt zu erfüllen.

Soweit Gruppen von freien Berufen die Errichtung neuer Versorgungswerke wünschen, ist ihnen dazu die erforderliche gesetzgeberische Unterstützung zu gewähren.

In Anlehnung an die für Arbeitnehmer getroffenen gesetzlichen Regelungen in der Rentenversicherung sollte — dem für den Arbeitnehmer steuerfreien Arbeitgeberanteil entsprechend — die Hälfte des Pflichtbeitrages zu den berufsständischen Versorgungswerken als Betriebsausgaben ohne Anrechnung auf die allen Steuerpflichtigen zustehenden Sonderausgaben steuerlich anerkannt werden.

Große Gruppen der freien Berufe sind nicht in der Lage, Vorsorgeeinrichtungen unter Übernahme ihrer alten und uralten Last ohne staatliche Hilfe zu schaffen. Der Bundesverband der freien Berufe fordert auch für diese Gruppen eine angemessene Regelung der alten Last.

Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen

Am 5. April 1968 wurde in Erlangen der neunte von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen mit der schriftlichen und mündlichen Prüfung der Teilnehmer abgeschlossen.

Der Kurs wurde von 19 Teilnehmern besucht, darunter ein Herr, die alle die Prüfung bestanden haben.

Die Leitung des Kurses lag bei Herrn Dr. med. Hatto FUCHS, dem Leiter der Diagnostischen Röntgenabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen. Die Bayerische Landesärztekammer dankt auch dieses Mal wieder allen Damen und Herren der Erlanger Klinik und des Hauses Siemens, die durch ihre Mitwirkung die Durchführung dieses Kurses ermöglicht haben.

FAKULTÄT

Erlangen-Nürnberg

Die „venia legendi“ erhielten:

Privatdozent Dr. med. Heinz WAGNER (bisher Universität Münster) für das Fach „Orthopädie“;

Oberarzt Dr. med. Gerhard LEHNERT für das Fach „Arbeits- und Sozialmedizin“;

Oberarzt Dr. med. Rudolf OTTENJANN für das Fach „Innere Medizin“;

Wiss. Ass. Dr. med. Hilde GÖTZ für das Fach „Innere Medizin“;

Wiss. Ass. Dr. med. Karl-Heinz PLATTIG für das Fach „Physiologie“;

Wiss. Ass. Dr. med. Fritz LAMPERT für das Fach „Kinderheilkunde“;

Wiss. Ass. Dr. med. Hermann AMMON für das Fach „Pharmakologie und Toxikologie“;

Dr. med. Albrecht KÖHLER für das Fach „Innere Medizin“.

Dr. med. Gerhard KEMMERER wurde zum Oberkonservator ernannt.

Wiss. Ass. Dr. med. Ernst LEUXNER wurde zum Konservator ernannt.

München

Medizinische Fakultät der Universität

Professor Dr. med. O. BRAUN-FALCO, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität, wurde von der Österreichischen Dermatologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied gewählt.

Apl. Professor Dr. med. Emma DINGLER wurde zur Konservatorin ernannt.

Privatdozent Dr. med. Hans Georg BORST, Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik, hat den an ihn ergangenen Ruf auf den ordentlichen Lehrstuhl für Chirurgie an der Medizinischen Hochschule Hannover angenommen.

Privatdozent Dr. med. Erwin HIPPE (Orthopädie) wurde die Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ verliehen.

Privatdozent Dr. med. Alfred MEYER, Oberassistent an der Chirurgischen Klinik wurde zum Leitenden Oberarzt ernannt.

Die Lehrbefugnis erhielten:

Dr. med. Hans Werner KIRCHHOFF (unter Umhabilitation) für das Fach „Physiologie“;

Dr. med. Helmut LYDTIN für das Fach „Innere Medizin“;

Dr. med. Gerd Detlev von ZERSSEN (unter Umhabilitation von Heidelberg) für das Fach „Psychiatrie und Neurologie“.

Zum „Oberkonservator“ wurden ernannt:

Dr. Dr. Erich KUSS (I. Frauenklinik und Hebammenschule);

Dr. med. Ernst LOEBELL (Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten);

Dr. med. Heinrich TREMEL (Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten);

Privatdozent Dr. med. Werner RUDOLPH (II. Medizinische Klinik).

Medizinische Fakultät der Technischen Hochschule

Apl. Professor Dr. med. Albrecht STRUPPLER wurde mit der vertretungsweisen Wahrnehmung des Fachgebietes Neurologie und mit der kommissarischen Leitung der Neurologischen Klinik im Klinikum rechts der Isar beauftragt.

Apl. Professor Dr. med. Alfred KRESSNER wurde zum „ordentlichen Professor“ für das Fach „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“ ernannt. Gleichzeitig wurde Herrn Professor Kressner die Direktion der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik im Klinikum rechts der Isar übertragen.

Würzburg

Professor Dr. med. Wolfgang SCHWERD hat den Ruf auf den ordentlichen Lehrstuhl für Gerichtsmedizin an der Universität Heidelberg abgelehnt.

Privatdozent Dr. med. Karl Heinz WEIS hat einen Ruf auf den ordentlichen Lehrstuhl für Anästhesiologie an der Freien Universität Berlin erhalten.

Zum „ordentlichen Professor“ wurden ernannt:

a. o. Professor Dr. med. Joachim GERLACH (Neurochirurgie);

a. o. Professor Dr. med. Eberhard WECKER (Virologie).

IN MEMORIAM

Wir betrauern den Tod unserer Kollegen

Dr. Alois Alteköster

Dr. Raimund Discher

Prof. Dr. Horst Günther Krainick

und dessen Gattin

Frau Elisabeth Krainick

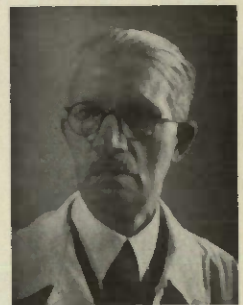
die den Kranken und Verwundeten in Vietnam halfen und dann heimtückisch ermordet wurden.

Dr. med. Gerhord König †

Der zweite Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Herr Dr. med. Gerhard KÖNIG, ist am 16. 4. 1968 plötzlich und unerwartet im Alter von 58 Jahren verstorben. Er war gleichzeitig erster Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Mitglied des Bundesgesundheitsrates, Vorsitzender des Vorstandes der „Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe“, Vorstandsmitglied des Gründungsvereins „Institut für freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg e. V.“, Mitglied des Vorstandes der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Mitglied des Vorstandes der „Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin“, Mitglied des Aufsichtsrates der Apotheker- und Ärztekasse, Mitglied des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Besondere Verdienste hat sich Dr. König um die Belange der freien Berufe erworben, wobei sein Hauptinteresse der Erhaltung eines freien Ärztestandes galt. In vielfältigen Publikationen hat sich Dr. König als anerkannter Sozialmediziner mit Fragen und Problemen aus den Bereichen der Gesundheits- und Sozialpolitik befaßt, wobei in den letzten Jahren sein besonderer Einsatz der Einführung und Durchführung der gesetzlichen Mutterschaftsvorsorge gehörte. Probleme der medizinischen Prävention und Rehabilitation, unter ihnen an erster Stelle der Krebsfrüherkennung, standen im Mittelpunkt zahlreicher und auch wissenschaftlicher wegweisender Veröffentlichungen, die im In- und Ausland große Beachtung fanden.

Professor Dr. Hugo Kämmerer †

Am 16. 2. 1968 verstarb in München an den Folgen einer schweren Grippe im 90. Lebensjahr Professor Hugo KÄMMERER. Als sein ehemaliger Schüler empfinde ich es als ehrenvolle Verpflichtung und als ein von tiefer Dankbarkeit getragenes Anliegen, des Verstorbenen zu gedenken.



Professor Kämmerer wurde am 1. 10. 1878 als Sohn eines Arztes in Offenbach in der Rheinpfalz geboren. In seinem 25. Lebensjahr übersiedelte er nach München, das ihm bald zur geliebten zweiten Heimat wurde. Nach der 1904 erfolgten Promotion begann er seine klinischen Lehrjahre an der I. Medizinischen Klinik bei Joseph von Bauer. Angeregt durch die bahnbrechenden Forschungen und Entdeckungen auf dem Gebiete der Bakteriologie widmete der Verstorbene seine ersten Studien diesem Arbeitsfeld aus der Sicht des Kliniklers und vollendete 1911 seine Habilitationsarbeit über die Antitrypsine. Wesentlich bestimmend für die weitere wissenschaftliche Tätigkeit wurde die Bekanntschaft mit Hans Fischer, einem Mitarbeiter Friedrich von Müllers, die sich in den folgenden Jahren zu einer intensiven freundschaftlichen Zusammenarbeit entwickelte. Die Studien des Chemikers Hans Fischer über die Zusammensetzung des Blutfarbstoffes erregten das Interesse des Kliniklers Kämmerer, und es entstanden in einer idealen wissenschaftlichen Symbiose zahlreiche Arbeiten. Erwähnt sei nur als Beispiel das sogenannte Kämmerer-Porphyrin, das in dieser Form auch Eingang in die Weltliteratur fand.

So war es eine Selbstverständlichkeit, daß der Verstorbene nach dem Tode Jakob von Bauers in die II. Medizinische Klinik zu Friedrich von Müller überwechselte und als a. o. Professor die Leitung des großen klinischen Ambulatoriums übertragen bekam. In seiner Forschungsarbeit führte ihn der Weg über die Serologie zu den allergischen Krankheiten — einem damals noch relativ neuen Arbeitsgebiet. Der von Kämmerer geprägte, inzwischen auch international anerkannte Begriff der „allergischen Diathese“, sein 1926 in erster Auflage erschienenes Buch über allergische Erkrankungen, die

durch ihn erfolgte Gründung der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung, die Mitbegründung der Internationalen Gesellschaft für Allergie 1948 — dies sind nur einige Hinweise für die erfolgreiche Tätigkeit des Verstorbenen auf diesem Arbeitsgebiet.

1930 folgte Kämmerer einem Ruf seines Freundes, Geheimrat Dr. Schindler, an der Krankenanstalt des Dritten Ordens in Nymphenburg eine Interne Abteilung aufzubauen. Aus kleinen Anfängen entstand 1939 nach Errichtung eines Neubaus eine modern eingerichtete, ausgezeichnet organisierte und glänzend geführte Abteilung mit 220 Betten, sowie ein sehr frequentiertes diagnostisches Ambulatorium. Ein besonderes Verdienst aus der Sicht des Krankenhauses stellte die Errichtung eines großen Zentral-Laboratoriums mit gediegener Ausbildung des darin tätigen Personals dar. Bis zu seinem 75. Lebensjahr, also nahezu 25 Jahre, arbeitete

Professor Kämmerer als Arzt, Lehrer und Forscher in diesem Wirkungskreis und hatte entscheidenden Anteil an dem guten Ruf, den sich die Krankenanstalt weit über die Grenzen Münchens und Bayerns hinaus erwarb. Auch nach seinem Ausscheiden blieb der Verstorbene dem Krankenhaus eng verbunden und bekundete bis in die letzten Lebensjahre hinein regstes Interesse an dessen weiterer Entwicklung.

Ein erfolgreicher, akademischer Forscher, ein begabter Lehrer, ein seinen Kranken mit letztem Einsatz verpflichteter Arzt, ein aufrechter integerer, humorvoller, liebenswerter Mensch — so werden ihn die, die ihn näher gekannt haben, in Erinnerung behalten. Im Nymphenburger Krankenhaus wird er uns allen als leuchtendes Vorbild unvergessen bleiben.

Dr. Anton Weidinger

Leit. Arzt am Krankenhaus München-Nymphenburg.

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Deutsche Universität in Prag

Von Dr. med. Walther Koerting, München

(Fortsetzung)

Psychiatrie

- Riedel, Joseph G. R. v.: Prag — Wien.
 Fischel, Jakob: Prag.
 Duehek, Adalbert: Prag — Lemberg — Heidelberg — Wien.
 Pick, Arnold: Wien — Prag.
 Anton, Gabriel: Prag — Wien — Innsbruck — Graz — Halle a. S.
 Margulies, Alexander: Prag.
 Ficher, Oskar: Prag.
 Jahnelt, Franz: Prag — Frankfurt a. M. — München.
 Sittig, Otto: Prag.
 Pötzl, Otto: Wien — Prag — Wien.
 Gamper, Eduard: Innsbruck — Prag.
 Albrecht, Kurt: Berlin — Prag.
 Leischner, Anton: Prag — Bonn — Köln.

„Die Entwicklung der Psychiatrie war“, wie Arnold Pick in seinem Beitrag zur Festschrift „Die Deutsche Karls-Ferdinands-Universität in Prag... (1899)“ schreibt, „naturgemäß abgesehen von der Notwendigkeit vorgängiger Entwicklung ihrer Hilfswissenschaften, an das Bestehen von Anstalten geknüpft, in denen Geisteskranke als Kranke nicht bloß behandelt, sondern auch beobachtet, die Erscheinungen, welche dieselben darboten, von den Ärzten genauer studiert werden konnten... Langsam nur und aus inneren Gründen verzögert, folgte dem Aufschwunge des Irrenwesens und der beginnenden Wissenschaft der Unterricht in der Psychiatrie. Fast überall in Deutschland war bis in die vierziger Jahre hinein der Unterricht in der Irrenheilkunde an die, meist entfernt von den Universitäten gelegenen, Irrenanstalten gebunden, und wurde dort von vereinzelt Fachmännern für die an den Anstalten praktizierenden jüngeren Ärzte erteilt; von dem in Deutschland damals kaum da oder dort durchbrochenen Vorurteil getragen, daß die Vorführung in einem größeren Kreise von jüngeren Studierenden bedenklichen Schaden für die Kranken nach sich ziehen könnte, waren Studenten aber auch dort, wo Irrenhäuser in den Universitätsstädten vorhanden waren, von jeder Krankenbeobachtung ausgeschlossen und konnten nur ausnahmsweise einzeln (z. B. in Würzburg) an der klinischen Visite teilnehmen; zudem war an den meisten Universitäten das Fach überhaupt nicht

vertreten oder bildete ein Anhängsel einer anderen Lehrkanzel.

Zu den ersten Universitäten, an denen erfolgreich mit dem ... ganz unzutreffenden Vorurteil bezüglich der Kranken gebrochen wurde, gehörte auch Prag, das auch auf diesem Gebiete nicht hinter den medizinischen Großtaten jener, ein halbes Jahrhundert zurückliegenden, Zeit zurückblieb, welche diese Hochschule in die vorderste Reihe der in der Medizin geistig Führenden stellte. Doch finden sich auch in Prag schon in früherer Zeit Spuren eines auch die Geisteskrankheiten in ihren Bereich ziehenden Unterrichtes, so in einem Hofkanzleidekret vom 22. 2. 1821.“

In einer am 11. März 1836 in der hessischen Kammer gehaltenen Rede wies Ferdinand Aug. M. Fr. von Rütgen, damals Professor der Geburtshilfe und (!) Psychiatrie, darauf hin, „daß in Prag und Wien Psychiatrie zum Heile der Medizin gelesen werde“, und in einem vom 27. 7. 1854 datierten Gutachten an die Gießener Fakultät schrieb Jakob Fischel, daß er seit 1848 — also noch vor seiner Habilitation — psychiatrischen Unterricht für Studierende erteilt habe (Dannemann, Die psychiatrische Klinik zu Gießen 1898). „Die alte Prager Irrenanstalt, unter Kaiser Josef II. errichtet, wurde in der zweiten Hälfte der vierziger Jahre durch die Errichtung eines Neubaus erweitert; dessen Anordnung für mehrere Jahrzehnte vorbildlich nicht bloß für ganz Österreich, sondern auch für Deutschland wurde; und an den Namen desjenigen, der diese geistige Arbeit geleistet, knüpft auch der Beginn des offiziellen Unterrichtes in der Psychiatrie an.“ (Arnold Pick)

Joseph Gottfried (später Ritter von) Riedel (geb. 17. 1. 1803 in Friedland, Böhmen, gest. 7. 11. 1870 in Wien) wurde 1828 noch vor seiner Promotion (1830) Sekundararzt an der Prager k. k. Irrenanstalt. Mit ihr beschäftigte sich seine Dissertation. 1831 leitete er das größte Choleraspital in Galizien durch ein halbes Jahr. 1837 wurde er zum Primararzt und Direktor der Prager Irrenanstalt berufen. „Seinem Einfluß war die 1842 vollzogene Trennung der Anstalt vom Allgemeinen Krankenhaus, der Neubau der Anstalt, die sich bald in den Ruf eine der besten zu sein, erwarb, die Einführung eines klinischen Unterrichtes in der Psychiatrie (zuerst in Österreich) zu danken“ (Gurlt). Von 1849 an war Riedel neben seiner Tätigkeit als Irrenhausdirektor supplierender Direktor aller Prager Kranken- und

Wohltätigkeitsanstalten. 1851 wurde er als Direktor der schon 1949 im Bau begonnenen neuen Irrenanstalt nach Wien berufen. Sie wurde 1853 eröffnet. Er führte die Reorganisation des in eine Pflegeanstalt verwandelten noch aus der Josefinischen Zeit stammenden Narrenturmes durch. Im Wiener Innenministerium hatte er — „der beste Anstaltsfachmann Österreichs“ (Lesky) — das Referat über alle Irrenangelegenheiten, namentlich die projektierten Neubauten u. a. in Venedig, Budapest, Brünn, Agram, Lemberg. Riedel ist als Reformator des Irrenwesens in Österreich anzusehen, ihm war vor allem die humanistische Richtung in der Behandlung der Irren zu danken. Mit Leidesdorf und Meynert gründete er den „Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie“ (Lesky).

Jakob Fischel (geb. 19. 4. 1813 in Lochowitz, Böhmen, gest. 5. 6. 1892 in Prag) promovierte 1841 an der Prager Universität, wo er sich 1848 für Psychiatrie habilitierte, nachdem er 1847 supplierender Primararzt der Irrenanstalt geworden war. 1874 erfolgte seine Ernennung zum ao. Professor. 1869 wurde er Direktor der Irrenanstalt. Er gab eine Schrift „Die Prager Irrenanstalt“ (Erlangen, 1853) heraus.

Adalbert Duchek (geb. 1. 12. 1824 in Prag, gest. 2. 3. 1882 in Wien) promovierte 1848 an der Prager Universität. Er wurde anschließend Sekundärarzt der Prager Irrenanstalt, später Assistent bei Hamernik. 1855 wurde er als Professor an die damalige Medizin-chirurgische Schule zu Lemberg berufen. Ein Jahr später erhielt er einen Ruf nach Heidelberg. 1858 kam er nach Wiedererrichtung der Josefs-Akademie in Wien an diese als Professor der medizinischen Klinik. Es war Duchek, der unter dem Einfluß Virchows in seinem Aufsatz „Standpunkte und Aufgaben“ (1861) schrieb: „Was wir glauben, das uns gegenwärtig am meisten Noth thut, sind Studien über die krankhaften Lebensvorgänge, über das Werden jener pathologischen Producte, die der Anatom und Kliniker nachweist, über das innere Verhalten des Organismus ihnen gegenüber. Unsere Richtung der Arbeit ist dadurch eine physiologische; unsere Mittel sind die der Physiologie... unsere oberste Instanz der Beweis, das Experiment... Vereinigung der Praxis (sc. der Klinik), der Anatomie und pathologischen Physiologie zu einem Gebiete, dem der wissenschaftlichen Medizin, soll das Endziel unseres Strebens sein.“ Duchek forderte bereits 1881 „die Pathologie der A t o m e.“ — Nachdem Skoda 1871 in den Ruhestand getreten war, erhielt Duchek dessen Stelle als Mitglied der medizinischen Fakultät. Von 1861—1870 war er Mitherausgeber der „Wiener medicinischen Jahrbücher.“ Ducheks Hauptwerk war die Arbeit: „Die Krankheiten des Herzens, des Herzbeutels und der Arterien“ (als erster und einziger Band seines „Handbuches der speziellen Pathologie und Therapie“, 1862 in Erlangen erschienen).

Arnold Pick (geb. 2. 7. 1851 in Groß-Meseritsch, Mähren, gest. 4. 4. 1924 in Prag) studierte in Wien, wo er 1875 promoviert. Noch als Student war er Assistent bei Prof. Meynert, jenem bedeutenden Wiener Psychiater. Er arbeitete dann bei Prof. Westphal in Berlin und war zwei Jahre an der Großherzoglich Oldenburg'schen Irrenanstalt Wehnen. Nachdem er Sekundärarzt an der Prager Irrenanstalt geworden war, habilitierte er sich in Prag 1878 für Psychiatrie und Neurologie. Von 1880 bis 1886 war er Direktor der Landesirrenanstalt in Dobruzan. 1886 wurde er Ordinarius an der Deutschen Universität in Prag. 1921 trat er in den Ruhestand. Fast unübersehbar ist die Zahl seiner wissenschaftlichen Arbeiten. Grundlegend waren seine hirnanatomischen Untersuchungen (Ursprung der Kleinhirnsseitenstrangbahn, Agnesie des Rückenmarks, Optikus-anatomie), seine Beiträge zur Lokalisations- und Aphasielehre, seine klinischen Arbeiten über senile Hirnatrophie, Paranoia usw. Als Picksches Bündel, Picksches Pyramidenbündel, wird der Fasciculus pyramidalis aberrans, als Picksche Krankheit, Picksche Atropie, die umschriebene Großhirnatrophie bezeichnet. Zahlreiche selbständig erschienene Schriften, zum Teil in Form von Monographien, bereicherten die psychiatrische Literatur.

Gabriel Anton (geb. 28. 7. 1858 in Saaz, Böhmen, gest. 1933 in Halle a. S.) studierte an der Deutschen Universität in Prag und promovierte hier 1882 zum Dr. med. Er arbeitete an den Irrenanstalten in Dobruzan und Prag. 1887 wurde er Assistent Meynerts in Wien. Hier habilitierte er sich 1889 für Psychiatrie und Neurologie. Als ao. Professor wurde er 1891 nach Innsbruck berufen. Ordinarius wurde er 1894 mit seiner Berufung nach Graz. 1905 übernahm er die Lehrkanzel in Halle a. S. Sein „Balkenstich“ (Anton-v. Bramann 1908) und sein „Suboecipitalstich“ (Anton-Schmiedensche Operation) wurden Gemeingut der Medizin. Das „Antonsche Symptom“, das Fehlen der Selbstwahrnehmung eines durch Herderkrankung des Gehirns gesetzten Defektes, trägt seinen Namen.

Alexander Margulíes (geb. 31. 5. 1870 in Prag, gest. 26. 3. 1921 in Frankenstein bei Reichenberg) absolvierte die Deutsche Universität in Prag. 1896 kam er an die Psychiatrische Univ.-Klinik, wurde hier 1898 1. Assistent und habilitierte sich nach vorausgegangener Tätigkeit an der Klinik Geh. Rat Jolly (Berlin), im Institute Weigerts in Frankfurt a. M. und in der Heidelberger psychiatrischen Klinik 1902 an der Deutschen Universität in Prag für Psychiatrie. Neben seiner Tätigkeit an der Psychiatrischen Univ.-Klinik war er Leiter der Nervenambulanz an der II. Medizinischen Klinik von Prof. Rudolf Jaksch R. v. W. und seit 1907 ständiger Konsiliarius für Nervenerkrankungen an der Deutschen Univ.-Augenklinik (Prof. Elschnig). 1906 gründete er die neurologische Station für heimgekehrte Soldaten und leitete durch mehr als zwei Jahre die

RECORSAN[®] - LIQUID. c. Rutin
 Rein phytologisches Cardiotonicum
 für die kleine Herztherapie
 Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens
30 ml DM 3,10 m. U.
 Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Die Deutsche Universität in Prag

Die letzten 100 Jahre ihrer medizinischen Fakultät

— erschienen im „Bayerischen Ärzteblatt“ — wird zusammengefaßt in der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht werden.

Bestellungen können bereits jetzt an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 23, Königinstraße 85, gerichtet werden.

Nervenabteilung des Garnisonsspitals in Prag, sowie durch 1½ Jahre die forensisch-psychiatrische Abteilung desselben Spitals. Zusammen mit Prof. Arnold Pick gründete er einen Fürsorgeverein für Epileptiker. Sein Endziel, eine Epileptikerheilstätte in Böhmen zu schaffen, wurde durch den 1. Weltkrieg vereitelt. Noch während des Krieges leitete er die Errichtung einer Nervenheilanstalt für nervenranke Kriegsbeschädigte. Nach dem Krieg schuf er im Sanatorium Frankenstein eine wirksame Volksnervenheilstätte, bei deren Besichtigung ihn der Tod plötzlich ereilte. In Reichenberg, seinem neuen Wohnsitz, schuf er ein Experimental-Institut für Kinder- und Begabungsforschung, sowie Berufsberatung. Sein besonderes Anliegen war die Hilfe für geistig zurückgebliebene und psychopathische Kinder.

Oskar Fischer (geb. 12. 4. 1876 in Schlan, Böhmen) studierte an der Deutschen Universität in Prag. Hier promovierte er 1900 zum Dr. med. 1906 habilitierte er sich für Psychiatrie. 1917 erhielt er den Titel eines ao. Professors.

Franz Jahnel (geb. 17. 8. 1885 in Meistersdorf in Böhmen, gest. 15. 10. 1951 in München) promovierte 1910 an der Deutschen Universität in Prag, wo er als Assistent an der Psychiatrischen Univ.-Klinik arbeitete. Er ging dann nach Frankfurt a. M. und habilitierte sich hier 1918 mit der Arbeit „Über einige Beziehungen der Spirochäten zu dem paralytischen Krankheitsvorgang“. 1922 wurde er ao. Professor. 1923 kam er als Abteilungsleiter an das Deutsche Forschungsinstitut für Psychiatrie in München. Seine Hauptarbeit behandelt die Paralyse, Syphilis, Frambösie und Encephalitis epidemica. Im „Handbuch der Hautkrankheiten“ erschien seine Arbeit „Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Syphilis des Nervensystems“ (1929), im „Handbuch der Geisteskrankheiten“: „Pathologische Anatomie der progressiven Paralyse“ (1930). „Die progressive Paralyse“ veröffentlichte er 1930. Otto Sittig (geb. 7. 9. 1886 in Prag) promovierte 1910 an der Deutschen Universität in Prag. An ihr habilitierte er sich 1921 für Neurologie und Psychiatrie. 1931 wurde er ao. Professor.

Otto Pözl (geb. 29. 10. 1877 in Wien, gest. 1962 in Wien) studierte in Wien und promovierte hier 1901. Er war zuerst in der II. Psychiatrischen Klinik bei Prof. v. Wagner-Jauregg tätig, dann in der Irrenanstalt Gugging und der Wiener Landes-Irrenanstalt. 1905 kehrte er wieder in die Psychiatrische Klinik Prof. v. Wagner-Jaureggs zurück und habilitierte sich 1911 in Wien für Psychiatrie. 1919 wurde er ao. Professor. 1922 folgte er einer Berufung an die Deutsche Universität in Prag. Als Nachfolger von v. Wagner-Jauregg übernahm er

1928 die II. Psychiatrische Klinik in Wien. 1945 trat er in den Ruhestand. Sein Hauptinteresse galt der Hirnpathologie. 1919 erschien seine Arbeit „Zur Klinik und Anatomie der reinen Worttaubheit“. Mit Hermann veröffentlichte er das Standardwerk „Agraphie“ über die Hirnpathologie der Störungen des Schreibens, 1928 „Die optisch-agnostischen Störungen“ und „Über die Allaesthesie“. 1958, 80jährig, schrieb er sein Werk „Über die Beziehungen des Großhirns zur Farbwelt“.

Eduard Gamper (geb. 23. 6. 1887 in Kappl, Tirol, verunglückte tödlich am 20. 4. 1938 am Walchensee). Er studierte in Innsbruck und promovierte hier 1911. Von 1911 bis 1930 war er an der Innsbrucker neurologisch-psychiatrischen Univ.-Klinik tätig. 1920 habilitierte er sich hier und wurde 1925 ao. Professor. 1930 folgte er einem Rufe als Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie an die Deutsche Universität in Prag. Seine Forschungen galten vor allem der Anatomie und der Funktion des Hirnstammes. Seine Arbeit „Über den Bau und die Leistungen eines menschlichen Mittelhirnwesens“ fand besondere Beachtung. Er schuf in Prag eine Nervenklinik im Allgemeinen Krankenhaus.

Kurt Albrecht (nähere Daten zur Zeit nicht vorliegend) kam von Berlin 1941 als Nachfolger Gampers als Ordinarius und Direktor der Psychiatrisch-neurologischen Univ.-Klinik nach Prag. Er kam in den Tagen des Mai 1945 in Prag „in tragischer, nicht ganz gekläarter Weise“ (Grosser) um. Er war der letzte Rektor der Deutschen Universität in Prag.

Anton Leischner (geb. 22. 5. 1908 in Niklasdorf) studierte an der Deutschen Universität in Prag, wo er sich 1943 für Psychiatrie und Neurologie habilitierte. 1949 wurde er nach Bonn umhabilitiert und 1947 ao. Professor, zur Zeit ist er Leiter der Abteilung für Klinische Hirnpathologie der Rheinischen Landesklinik für Hirnverletzte. Seine Veröffentlichungen beschäftigen sich u. a. mit den Störungen der Schriftsprache (1957), dem Lebensschicksal hirnverletzter Jugendlicher und Kinder (1962).

Chirurgie

- Pitha, Franz Joseph: Prag — Wien.
 Morawek, Adolf: Prag — Würzburg.
 Güntner, Wenzel: Prag — Salzburg.
 Blazina, Joseph: Prag — Lemberg — Salzburg — Prag.
 Heine, Karl Wilhelm, Ritter von: Heidelberg — Innsbruck — Prag.
 Gussenbauer, Carl: Wien — Lüttich — Prag — Wien.
 Wölfler, Anton: Wien — Graz — Prag.
 Schloffer, Hermann: Graz — Prag — Innsbruck — Prag.
 Rubritius, Hans: Prag — Wien.
 Pietrzikowski, Eduard: Prag.
 Lieblein, Viktor: Prag.
 Hilgenreiner, Heinrich: Prag.
 Jaroschy, Wilhelm: Prag.
 Dick, Walter: Prag — Stockholm — Baden b. Wien — Klagenfurt — Köln — Tübingen.
 Strauß, Kurt: Berlin — Prag.
 Hohlbaum, Josef: Graz — Leipzig — Prag.
 Lang, Herbert: Prag — Würzburg — München.
 Mörl, Franz: Prag — Leipzig — Halle/S.
 Brosig, Wilhelm: Prag — Frankfurt/M. — Berlin.
 Klar, Ernst: Prag — Heidelberg.
 Bayer, Karl: Prag.
 Springer, Karl: Prag.

Die Entwicklung der Chirurgie in Prag in ihren Anfängen wurde von Prof. Anton Wölfler (in der bereits mehrfach zitierten Festschrift „Die Karl-Ferdinand-Universität in

Prag“, Prag 1899) übersichtlich behandelt. In Wien war die erste chirurgische Klinik 1776, acht Jahre vor Prag, eröffnet worden, jedoch wurde 1834 von Prof. Ignaz Franz Fritz, Professor der praktischen Chirurgie (1778—1841), in Prag erreicht worden, daß die Lehrkanzeln für theoretische und praktische Chirurgie unter seiner Leitung (wieder) miteinander vereinigt wurden und die Mediziner verpflichtet wurden, theoretische und praktische Chirurgie im Krankenhaus durch zwei Jahre zu hören, während in Wien erst acht Jahre später (1842) den Medizinern die Erlaubnis erteilt wurde, chirurgisch-klinischen Unterricht bei Prof. Franz Schuh (1804—1865) zu hören.

Um die Mitte des vorigen Jahrhunderts wandte sich die Chirurgie wie die innere Medizin jetzt mehr der naturwissenschaftlichen Richtung zu. Die deutsche Chirurgie, die unter französischem und englischem Einfluß stand, begann in Deutschland selbständige Wege zu gehen. Die Technik der chirurgischen Operationen war dank der Kenntnis der Anatomie bereits in hohem Maße ausgebildet (Chirurgenschule in Paris). „Der Chirurgie als medizinischer Wissenschaft fehlten die erst später durch Rokitsansky und Virchow zur Ausbildung gelangten Kenntnisse über die Arten und Ursachen chirurgischer Krankheiten (Neubildung, Tuberkulose der Knochen und Gelenke)... Man hatte unrichtige Vorstellungen über die Ursachen der Wundinfektion. Die Narkose mit Äther befand sich im Jahre 1848 in der allerersten Entwicklung, die Wirkung des Chloroforms hatte man gerade kennengelernt... Der Unterricht bestand zum Teil noch in theoretischen Kathedervorträgen. In Österreich und speziell in Prag stand man in dieser Epoche dank den Bestrebungen Pithas bezüglich der Lehre, der Forschung und der praktischen Fortschritte auf der Höhe der Zeit. Während in Wien die erste Äthernarkose am 27. 1. 1847 durch Schuh am Menschen versucht wurde, wurde dieselbe in Prag schon wenige Tage später (am 6. 2. 1847) ausgeführt (Wölfler).“

Franz Joseph Pitha (geb. 8. 2. 1810 in Rakonitz, Böhmen, gest. 28. 12. 1875 in Wien) begann 1830 in Prag seine Studien und wurde hier 1836 zum Dr. med. promoviert. Von 1836 bis 1837 war er Sekundarchirurg und von 1838 bis 1841 Assistent an der Chirurgischen Univ.-Klinik bei Professor Dr. Ignaz Franz Fritz¹⁵⁾.

Schon 1839 wurde er zum supplierenden Professor der chirurgischen Klinik und Dozenten der Akologie (Heilmittellehre) ernannt. Bis 1843 war er Primarchirurg und Gerichtswundarzt am Prager k. k. Strafhaus. Nach dem Tode von Fritz wurde er 1843 zu dessen Nachfolger und Primararzt ernannt. „Während seiner 14jährigen Tätigkeit in Prag stand die chirurgische Klinik im In- und Auslande in hohem Ansehen. Als Lehrer zeichnete er sich durch einen glänzenden Vortrag aus, als Operateur durch eine gewandte Technik, als Kliniker durch ein reiches Wissen, das immer auf der Höhe der Zeit stand, durch einen diagnostischen Blick und Wohlwollen gegen die Kranken...“ (Wölfler). Während seiner Tätigkeit in Prag gingen drei Professoren aus seiner Schule hervor: Morawek (Würzburg), Blazina (Salzburg), W. Güntner (Salzburg). Zu seinen späteren Schülern gehörten Filscher (Innsbruck), Podratzki (Wien) und zum Teil auch Socln (Basel). Er war Mitherausgeber der 1844 gegründeten, angesehenen Prager Vierteljahresschrift für praktische Heilkunde. Im Jahre 1857 folgte er einem Rufe an die medizinisch-chirurgische Akademie in Wien als Professor der Chirurgie. Die Schilderung seiner auch dort erfolgreichen Tätigkeit würde den Rahmen dieser Übersicht überschreiten. Mit Billroth gab er das „Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie“ heraus. Zahlreiche und umfassende Arbeiten geben Zeugnis von seinen wissenschaftlichen Erfolgen.

¹⁵⁾ Fritz wurde in Carlstadt, in Kroatien, 1778 geboren. Er war in Wien Schüler von P. Frank und Assistent von Kern. 1808 wurde er als Primar-Wundarzt im Allgemeinen Krankenhaus und Professor der Chirurgie nach Prag berufen. Er starb am 22. 2. 1841 in Prag.

RABRO

Magentabletten



weltweit
wirksam

Herausragende Wirkung-
ambulant und klinisch.

Niedrige Dosierung durch
hohen Wismutgehalt mit
Succus Liquiritiae

RABRO[®]

Magentabletten

H. TROMMSDORFF - Aachen



Adolf Morawek (geb. 11. 11. 1816 in Prag, gest. 11. 11. 1855 in Würzburg) promovierte 1843 an der Prager Universität. Von 1850 bis 1853 war er Assistent an der Chirurgischen Klinik Pitha. 1853 habilitierte er sich für theoretische Chirurgie. 1854 folgte er einem Ruf als Professor der chirurgischen Klinik und Oberwundarzt des Julius-Hospitals in Würzburg. Herzog Max in Baiern, Vater von Kaiserin Elisabeth von Österreich, ließ aus Dankbarkeit das Grab von Morawek mit einem Denkmal schmücken. Es war aus Sandstein, in einfachem gotischem Stil und stammte aus der Werkstatt des Bildhauers Wilhelm Huber in Würzburg¹⁶⁾.

Wenzel Güntner (geb. 29. 12. 1820 in Neulosimtal bei Tachau in Böhmen, gest. 9. 10. 1896 in Salzburg) wurde 1847 an der Prager Universität zum Dr. med. promoviert. Im selben Jahre wurde er, der Schüler von Pitha und Oppolzer war, Assistent bei Pitha. Im Jahre 1855 wurde ihm, mit Rücksicht des Habilitationsaktes, die Bewilligung erteilt, systematische Vorträge über theoretische Chirurgie zu halten. Nach der Berufung Pithas nach Wien supplierte er die Lehrkanzel für Chirurgie und die Stelle des Primar-Chirurgen im Allgemeinen Krankenhaus. Im gleichen Jahre folgte er einem Rufe an die medizinisch-chirurgische Lehranstalt in Salzburg als Primarius für Chirurgie. Nach deren Auflösung wirkte er von 1876 bis 1878 als Primararzt am St. Johann-Spital in Salzburg. 1878 wurde er Sanitätsreferent für das Herzogtum Salzburg.

Joseph Blazina (geb. 1814 in Königsaal bei Prag, gest. 7. 4. 1885 in Prag) promovierte 1841 zum Dr. med. in Prag. Er supplierte dann die Lehrkanzel für Anatomie in Lemberg. 1848 wurde er Assistent bei Prof. Pitha in Prag. 1848 erhielt er die Bewilligung, graduierten Ärzten Privatkurse über chirurgische Operationen zu geben und 1848 die Genehmigung zur Abhaltung außerordentlicher Vorlesungen über spezielle Chirurgie. 1849 wurde er Dozent für Chirurgie. 1850 wurde er zum Professor der Chirurgie an der medizinisch-chirurgischen Lehranstalt in Salzburg ernannt. 1858 wurde er Nachfolger Pithas in Prag, als dieser nach Wien ging. (Unrichtig ist in dem zitierten Aufsatz Wöflers, daß Blazina nach dem Tode Pithas 1858 nach Prag berufen wurde. Pitha starb erst 1875.)

Karl Wilhelm Ritter von Heine (geb. 26. 4. 1838 in Cannstadt, gest. 9. 9. 1877 in Prag) wurde 1861 in Tübingen zum Dr. med. promoviert. Nach wissenschaftlichen Reisen und seiner Teilnahme am deutsch-dänischen Kriege (Veröffentlichung über die Schußverletzungen der unteren Extremitäten in Langenbecks Archiv) wurde er 1865 Assistent an der chirurgischen Klinik von Karl Otto Weber (1827—1867) in Heidelberg. Heine habilitierte sich hier 1865. Nach Webers Tod supplierte er die Heidelberger Chirurgische Klinik und wurde zum ao. Professor ernannt. Im Jahre 1869 folgte er einem Ruf als Ordinarius und Direktor der chirurgischen Univ.-Klinik in Innsbruck. 1873 kam er als Ordinarius und Leiter der neugegründeten II. Chirurgischen Klinik nach Prag. Heine ging sofort daran, einen chirurgischen Hör- und Operationssaal bauen zu lassen, „der den damaligen Anforderungen vollkommen entsprach und bis heute“, wie Wöfler 1898 schrieb,

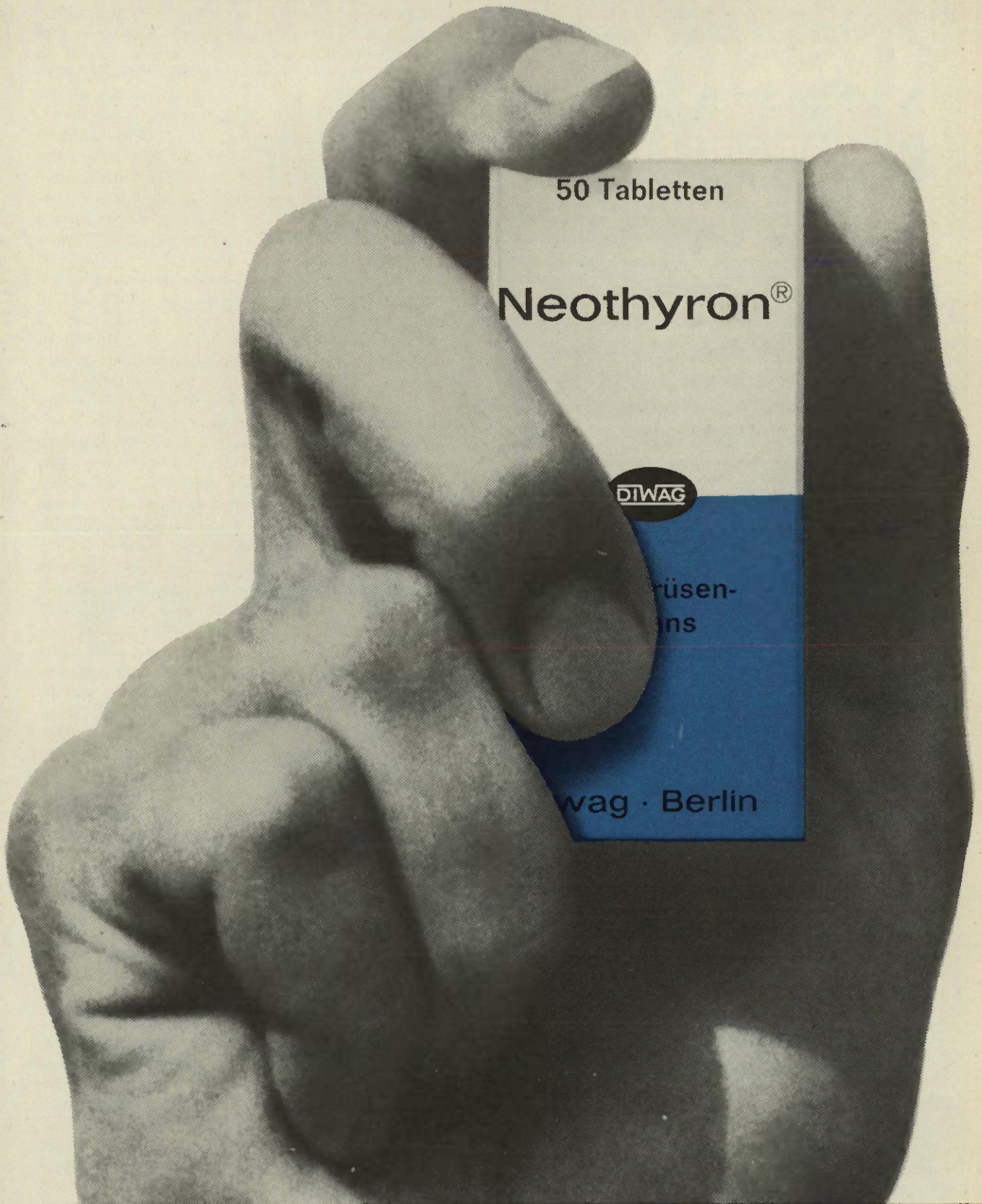
„zu gleichem Zwecke verwendet wird“. (Daß er noch bis in die vierziger Jahre des 20. Jahrhunderts so verwendet wurde, sei angefügt.) Das Andenken Heines wurde durch Anbringung eines Marmorbildes in dem von ihm erbauten Hörsaal geehrt. Heine legte den Grund zu einem Museum für orthopädische Apparate und Gipsabgüsse, die er zum Teil dem orthopädischen Institute seines Vaters in Cannstadt entnahm. Er führte die antiseptische Wundbehandlung nach Lister ein und machte als erster in Prag fünf glücklich verlaufene Ovariectomien. Er war ein vortrefflicher Organisator und tüchtiger Lehrer. Seine Hauptarbeit war die über den Hospitalbrand in Pithas und Billroths „Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie“. Sein Schüler Weil sagte über Heine: „Heines Erscheinen in Prag bildete einen Wendepunkt in der Entwicklung der Chirurgie an der Prager Hochschule. Mit reichen theoretischen Kenntnissen ein außerordentliches operatives Geschick, eine beispiellose Energie und Zähigkeit verbindend, war Heine der rechte Mann, den Grundsätzen der modernen Chirurgie hier Eingang zu verschaffen.“ Billroth sagte in seinem Nekrolog: „Heine war bis zum letzten Tage in Prag rastlos in dem Bestreben, sein Bestes und Heiligstes, sein höchstes ideales Streben, seine deutsche Wissenschaft auf seine Schüler und Kollegen zu übertragen.“

Heine beschäftigte sich literarisch und klinisch mit der operativen Behandlung der Pseudarthrosen, mit der Resektion des Kehlkopfes, mit der elastischen Kompression der Gelenke durch Schwammdruck. Er lieferte wichtige Beiträge zur Behandlung der Prostatahypertrophie und zur Uranoplastik.

Carl Gussenbauer (geb. 30. 10. 1842 in Obervellach in Kärnten, gest. 18. 6. 1903 in Wien) promovierte 1866 in Wien zum Dr. med. und 1868 zum Dr. chirurg. Er war Assistent von Billroth. 1873 habilitierte er sich in Wien für Chirurgie. „Epochemachend“, so heißt es in Trendelenburgs Geschichte ‚Die ersten 25 Jahre der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie‘, „war der Vortrag von Gussenbauer ‚über die erste durch Th. Billroth am Menschen ausgeführte Kehlkopfexstirpation‘ auf dem 3. Kongreß“ (1874). Gussenbauer demonstrierte auch den nach seiner Angabe konstruierten künstlichen Kehlkopf und machte es nach, wie der Operierte mittels des Apparates mit knarrender und monotoner Stimme, aber laut und deutlich sprach. „Für den jungen Assistenten bedeutete es eine hohe Auszeichnung, daß Billroth ihn diesen Bericht erstatten und die Technik im ‚Archiv für klinische Chirurgie‘ publizieren ließ.“ (Lesky). Als Gussenbauer in diesem Vortrag die erste Kehlkopfprothese vorführte, schlug ihm eine Welle der Begeisterung entgegen. Selbst einem Reitlehrer, dessen Kehlkopf exstirpiert worden war, konnte die Kommandostimme wiedergegeben werden. — Bereits ein Jahr später (1875) erhielt er einen Ruf an die Universität Lüttich. „In einem Raum zwischen Totenkammer und Sezierraum hätte er dort operieren sollen. Gussenbauersche Energie schuf Ordnung. Sein ‚Rapport de la Clinique chirurgicale de l'université de Liège. 1876—1878‘ (Liège 1878) ließ nichts an Wahrhaftigkeit zu wünschen übrig. Wahrheit und Klarheit, die Devise Billroths ist immer auch die seines Schülers gewesen.“ (Lesky). Als ‚le grand médecin‘ war der anfangs ungerne gesehene Fremde von Lüttich geschieden, als er der Berufung an die Prager Universität folgte. „In Prag begann die persönlich glücklichste und wissenschaftlich

¹⁶⁾ Welche Schwierigkeiten bei historischen Arbeiten entstehen können, ist aus der Tatsache zu ersehen, daß eine vom Verf. für eine Veröffentlichung beabsichtigte Wiedergabe des über 100 Jahre alten Denkmals nicht angefertigt werden konnte, da „es sich um ein Kulturdenkmal handle und Fotoaufnahmen solcher Denkmäler der Genehmigung bedürfen“ (1).

Schilddrüsen-Regulation im Griff!



Neothyron normalisiert die Schilddrüsenaktivität 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

Ossidal®

das gefahrlose Antithrombotikum

- steigert die Durchblutung im nutritiven Kapillarbett
- fördert den Stoffaustausch an den Gefäßwänden durch Freilegung der Diffusionswege
- erschließt zusätzlich Kollateralen
- schwemmt Stauungsödeme aus
- wirkt antiphlogistisch



ArzneiMüller
Bielefeld

fruchtbarste Phase seines Lebens.“ (Lesky). Wie oft findet man diesen Ausdruck hoher Befriedigung über die Tätigkeit als Professor an dieser Unversität! Immer wieder, sei es bei Hyrtl, bei Gussenbauer, bei G. A. Wagner, bei Nonnenbruch — um nur einige zu nennen —, werden die Prager Jahre als die glücklichsten bezeichnet.

In den 16 Jahren seiner Prager Wirksamkeit führte Gussenbauer in der Klinik zahlreiche Verbesserungen durch. Auf seine Anregung wurde die Einrichtung einer Wärterinnenschule beantragt. Die bisher unbesoldeten Operationszöglinge erhielten künftig über seinen Antrag vier Stipendien, zwei vom Staate, zwei vom Land. Wölfler schrieb: „Was die literarische Tätigkeit Gussenbauers betrifft, so ist es... nicht möglich, die zahlreichen hervorragenden Arbeiten Gussenbauers, mit welchen er die Entwicklung der Histologie, allgemeinen Pathologie und klinischen Chirurgie förderte, auch nur zu erwähnen, noch weniger derselben bezüglich ihres Inhaltes zu gedenken; ebensowenig ist es möglich, den großen Einfluß zu schildern, durch welchen seine zahlreichen Schüler von ihm zum Studium und zur Publikation verschiedener Mitteilungen angeregt wurden.“ Von seinen Schülern aufrichtig verehrt, von seinen Kollegen überaus geschätzt und geachtet, verließ Gussenbauer zum größten Leidwesen aller beteiligten Kreise zu Ende des Schuljahres 1893/94 die Prager Deutsche Unversität, um in Wien die Nachfolge Billroths an der II. Chirurgischen Klinik anzutreten.

Anton Wölfler (geb. 12. 1. 1850 in Kopezen bei Kladrau, Böhmen, gest. 1. 2. 1917 in Prag) studierte und promovierte (1874) in Wien. Er trat in die Klinik Billroths ein, dessen Assistent er 1876 wurde. Billroth, der vorerst dem Listerschen Verfahren ablehnend gegenüberstand, sandte Anton Wölfler nach Edinburgh, um dort Erfahrungen zu sammeln. Als Ergebnis wurde die systematisch angewandte antiseptische Wundbehandlung 1878 an der Billrothschen Klinik eingeführt, nachdem Billroth sie mehrfach modifiziert hatte.

1880 habilitierte sich Wölfler in Wien für Chirurgie. 1886 folgte er einer Berufung an die Universität Graz. Damit zog dort der erste Billroth-Schüler ein. In Graz erschien 1887 die bedeutende Monographie „Die chirurgische Behandlung des Kropfes“ als übersichtliche und alle Probleme berührende Darstellung. Breitter sagt von Wölfler, daß er neben v. Elsberg als einer der erfolgreichsten Forscher auf dem Gebiete der kropfigen Schilddrüse gelten kann. 1895 kam er als Ordinarius für Chirurgie an die Deutsche Unversität Prag. Nicoladoni urteilte über Wölfler: „In ihm verehren wir den unerreichten Meister in der Darstellung der Pathologie und Therapie des Kropfes. Er erfand ein sehr sinnreiches Verfahren der Radikalheilung des Leistenbruchs, eine sehr wirksame mechanische Behandlung des Rotlaufes, die Schleimhauttransplantation, den parasakralen Schnitt und den Visierlappen, er vervollkommnet die Methode der Gastroenterostomie (Magen-Darmverbindung), er bereicherte die Methodik der Darmnaht, er vereinfachte die Behandlung der komplizierten Knochenbrüche.“ Wölfler wies gleichzeitig mit Kocher auf die Ausfallserscheinungen nach totaler Schilddrüsenexstirpation hin. Man spricht vom Wölfler'schen Zeichen bei Sanduhrmagen. 1884 verwendete Wölfler die Kokainanästhesie in der Chirurgie.

(Die biographischen Daten der Chirurgen werden in der nächsten Nummer fortgesetzt.) (Fortsetzung folgt)

AUS DER LANDESPOLITIK

Bayerische Sozialpolitik 1968

Auszug aus der Haushaltsrede des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und soziale Fürsorge, Herrn Dr. Fritz Pirkel, im Bayerischen Landtag am 14. Februar 1968

In seiner diesjährigen Haushaltsrede vor dem Bayerischen Landtag befaßte sich der bayerische Staatsminister auch mit Fragen der Sozialversicherung in Bayern und anderen, die Ärzteschaft berührenden Fragen.

Wir bringen nachstehend Auszüge aus dieser Haushaltsrede:

Zur gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern

Hier unterstehen der Aufsicht meines Ministeriums und seiner nachgeordneten Behörden 214 Orts-, Innungs-, Land- und Betriebskrankenkassen mit einem Haushaltsvolumen von derzeit rund 2 Milliarden DM. Weitere 800 Millionen DM entfallen auf in Bayern unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamts wirkende Krankenkassen.

Die Höhe des Krankenstandes, d. h. der Zahl der jeweils den Kassen arbeitsunfähig krank gemeldeten Arbeitnehmer hat außer den medizinischen Hauptursachen noch eine Reihe von recht beachtenswerten Nebenursachen. Auf eine dieser Nebenursachen sind wir in der zurückliegenden Zeit wieder besonders aufmerksam gemacht worden: auf die Abhängigkeit von der Wirtschaftslage im allgemeinen und von der Situation der betreffenden Branche im besonderen. Bekanntlich steigt der Krankenstand bei Vollbeschäftigung und sinkt, meist schlagartig, bei Aufkommen von Arbeitslosigkeit. So zeigt denn auch ein Vergleich des durchschnittlichen Krankenstandes der gesetzlichen Kassen in Bayern am 1. Juni 1965 (4,37 Prozent) mit jenem am 1. Juni 1967 (3,82 Prozent) einen Rückgang von 13 Prozent. In einigen, von der Rezession besonders betroffenen Wirtschaftszweigen liegt die Abnahme sogar erheblich über diesem Durchschnitt. Die wieder eingelebte normale Bewertung von Bagatellerkrankungen, die sich in dieser Entwicklung ausdrückt, ist zweifelsohne zu begrüßen. Ich bin aber überzeugt, daß dieser Rückgang des Krankenstandes auch Fälle enthält, in denen eine gerechtfertigte und notwendige Krankmeldung aus Sorge um die Erhaltung des Arbeitsplatzes unterblieb, namentlich bei älteren Arbeitnehmern — und dieser bedauerliche Umstand, dem seitens der Sozialversicherung nur schwer zu steuern ist, darf, bei aller Genugtuung über die Abnahme mißbräuchlichen Krankfeierns, nicht übersehen werden. Hier liegt eine sehr wesentliche Aufgabe für die ärztliche Beratung im allgemeinen und für die betriebsärztliche Beratung im besonderen vor!

Die Zahl von Personen, die in Bayern auf Leistungen aus der sozialen Krankenversicherung Anspruch haben, beträgt in Bayern nahezu 5 Millionen, mit Familienangehörigen sogar 8 Millionen. Das sind rund 80 Prozent der gesamten bayerischen Bevölkerung. Dies bedeutet, daß der Bedarf an ärztlicher Behandlung, an Arzneimitteln, an Krankenpflege und an sonstigen Heil- und Hilfsmitteln quantitativ und qualitativ zu vier Fünfteln im Aufsichtsbereich des Bayerischen Staatsministeriums

für Arbeit und soziale Fürsorge bzw. bei den gesetzlichen Ersatzkassen geltend gemacht und gedeckt wird. An dieser Aufgabe sind in Bayern rund 9400 Kassenärzte und rund 4890 Kassenzahnärzte beteiligt. Diese bilden in der Kassenärztlichen Vereinigung und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung jene Körperschaften, die als Vertragspartner der Krankenkassen das Ausmaß dessen, was wir unserem Sozialprodukt für die Durchführung der Krankenversicherung entnehmen, wesentlich mitbestimmen. Den bayerischen Kassenärzten und Kassenzahnärzten von dieser Stelle aus für ihre hingebungsvolle, verantwortungsbewußte und erfolgreiche Leistung herzlich zu danken, ist mir — als dem für die kassenärztliche Versorgung in unserem Lande zuständigen und aufsichtsführenden Minister — ein aufrichtiges Bedürfnis.

Was nun den wünschenswerten Grad an Gleichmäßigkeit in der Kassenärztlichen Versorgung anbetrifft, so kann der bayerische Arbeits- und Sozialminister nicht sagen, daß er ganz ohne Sorgen sei. Das Verhältnis der Zahl der Kassenärzte zur Einwohnerzahl weist innerhalb unseres Landes doch wohl zu starke Unterschiede auf. Wenn ich einmal die zur ambulanten Behandlung zugelassenen Chefärzte ausklammere, so treffen in ganz Bayern durchschnittlich 1190 Personen auf einen Kassenarzt. Im Regierungsbezirk Oberbayern sind es dagegen nur 934, während im Regierungsbezirk Oberpfalz 1541 und im Regierungsbezirk Niederbayern sogar 1590 Einwohner auf einen Kassenarzt kommen. Bei den Kassenzahnärzten liegen die Dinge nicht viel besser. Sie sehen also, auch in dieser Beziehung verdienen die bayerischen Grenz- und Zonenrandgebiete unsere besondere Aufmerksamkeit. Ich bin nun der festen Überzeugung, daß unsere ausgezeichnet bewährte kassenärztliche und kassenzahnärztliche Selbstverwaltung mit den gewiß nicht einfachen Problemen, die hinter den angedeuteten Zahlen stehen, aus eigener Kraft fertig wird. Ich würde es außerordentlich bedauern, wenn eines Tages von seiten der Aufsichtsbehörde oder gar des Gesetzgebers Maßnahmen ergriffen werden müßten, um das eine große Ziel, das letztlich allen konkurrierenden Interessen vorgeht, zu erreichen: die ausreichende kassenärztliche Versorgung unserer Bevölkerung in allen Gegenden unseres Landes.

Zur Abwendung der wirtschaftlichen Schäden, die durch Krankheit verursacht werden, diene in Bayern im Jahre 1966 ein Kranken- und Hausgeld von rund 600 Millionen DM, das von den Krankenkassen unbürokratisch und zügig den arbeitsunfähigen Versicherten zur Verfügung gestellt wurde — in seiner Funktion als Lohnersatz zugleich ein beachtlicher Posten unserer Konsumwirtschaft!

Die gesetzlichen Krankenkassen leisten bekanntlich auch für den Großteil der Ärzte und Zahn-

ärzte den entscheidenden Beitrag zur wirtschaftlichen Sicherung. So flossen aus der gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern im Jahre 1966 586 Millionen DM für kassenärztliche und 230 Millionen DM für kassenzahnärztliche Leistungen.

Die Beitragssätze unserer gesetzlichen Krankenkassen stehen seit einiger Zeit im Mittelpunkt öffentlichen Interesses. Sie alle kennen in diesem Zusammenhang die Sorge unserer Landkreise und kreisfreien Städte. Deren im Gesetz verankerte Defizithaftung für die Orts- und Landkrankenkassen könnte eines nicht fernen Tages zum Tragen kommen und die kommunale Finanzlage zusätzlich belasten, wenn wir nicht alle — Arbeitgeber und Arbeitnehmer, Ärzte und Versicherte, Krankenhausträger und Kassenverwalter — die Sorge um die Krankenkassen zu unserer eigenen Sorge machen! In anderen Ländern der Bundesrepublik ist diese Mithaftung der Gebietskörperschaften für die gesetzlichen Krankenkassen bereits da und dort zur akut drohenden Gefahr geworden. Es wird mein Bestreben sein, durch Förderung einer vorausschauenden Beitrags- und Vermögenspolitik der Krankenkassen die bayerischen Kommunen vor derartigen Inanspruchnahmen zu bewahren. Ich darf in diesem Zusammenhang übrigens darauf aufmerksam machen, daß der durchschnittliche Beitragssatz unserer bayerischen Ortskrankenkassen am 1. Dezember 1967 mit 9,68 Prozent des beitragspflichtigen Lohnes bzw. Gehaltes erheblich unter dem entsprechenden Bundesdurchschnitt von 10,26 Prozent lag. Das bedeutet nicht zuletzt einen spürbaren Vorteil für unsere bayerische Wirtschaft.

Die Neuregelung der Rentnerkrankenversicherung durch das Finanzänderungsgesetz hat den gesetzlichen Krankenkassen nur teilweise Entlastung gebracht. Nach wie vor bleiben erhebliche Aufwendungen der übrigen Versicherten für diesen Bereich erforderlich. Immerhin wurde eine bessere Lastenverteilung erreicht, so daß wenigstens diejenigen Krankenkassen etwas aufatmen können, die einen besonders großen Anteil an Rentnern haben.

Eines der Hauptprobleme der gesetzlichen Krankenkassen liegt bekanntlich in der Frage der Krankenhauspflugesätze beschlossen. Hier scheint mir eine Lösung auf längere Sicht ohne grundlegende Reform der sozialen Krankenversicherung schlechterdings unmöglich zu sein. Wer bei einem bundesdurchschnittlichen Krankenkassenbeitrag von derzeit 10,25 Prozent kostendeckende Pflegesätze für die Krankenanstalten und die Einbeziehung der vorbeugenden Gesundheitspflege in den gesetzlich verpflichtenden Leistungskatalog der sozialen Krankenversiche-

rung fordert, muß sich darüber voll und ganz im klaren sein, daß dies — wie eben gesagt — nur mit einer grundlegenden Reform der sozialen Krankenversicherung möglich ist. Der Bund hat die Lösung dieser so vorrangigen Aufgabe aus zwar verständlichen, aber um der Sache willen doch bedauerlichen Gründen von Legislaturperiode zu Legislaturperiode vor sich hergeschoben. Ihr sollte er sich mit Elan zuwenden, statt darüber nachzudenken, wie er seit Jahrzehnten bewährte föderalistische Organisationsformen der Sozialversicherung zugunsten zentralistischer Zusammenballungen beseitigen kann. Man verstehe mich nicht falsch: Ich habe viel Verständnis für die Forderung nach kostendeckenden Pflegesätzen und bejahe eine gesetzliche Verankerung der vorbeugenden Gesundheitspflege als Pflichtaufgabe der sozialen Krankenversicherung aus voller Überzeugung, aber eben deshalb fühle ich mich veranlaßt, auf die damit ebenfalls zu bejahenden Konsequenzen hinzuweisen. Im übrigen gehen die freiwilligen Leistungen der sozialen Krankenversicherung auf dem Gebiete der präventiven Medizin alljährlich schon jetzt in Bayern ohne großes Aufheben in vielfache Millionenbeträge und beweisen damit die Aufgeschlossenheit von Selbstverwaltung und Aufsicht. Hoffentlich können wir bald mehr tun.

In der gegenwärtigen Situation der Krankenversicherung kommt der Mitgestaltung der Beitrags- und Vermögenspolitik unserer Krankenkassen durch die beiden bayerischen Oberversicherungsämter in München und Ansbach besondere Bedeutung zu. Diese können im Rahmen der Satzungsgenehmigung die Entwicklung steuern. Sie haben über die Wirksamkeit aller Leistungs- und Beitragsbestimmungen sowie über den gesamten Personalhaushalt der Krankenkassen zu befinden. Umfang und Gewicht dieser Tätigkeit unserer beiden Oberversicherungsämter ergeben sich aus der Tatsache, daß sich ihre Entscheidungen mit einem Finanzvolumen von rund 2 Milliarden DM und mit einem Personalhaushalt von insgesamt rund 7500 Stellen zu befassen haben. Da 23 bayerische Krankenkassen einen Beitrag von 10 Prozent des Grundlohnes und darüber erheben und 75 einen solchen von 9 Prozent und darüber, habe ich meinen Oberversicherungsämtern aufmerksamste Beobachtung der weiteren Entwicklung aufgetragen. An die Grenze der derzeitigen Leistungsfähigkeit der bayerischen Krankenkassen müßte ich deshalb pflichtgemäß auch zuerst denken, wenn andere Träger gesundheitspolitischer Maßnahmen an mich herantreten würden und um Mitfinanzierung ihrer Pläne durch freiwillige Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen bäten.

Nun zur Rentenversicherung in Bayern. Hier war in den letzten Wochen und Monaten vor allem die Finanz- und Vermögenslage der Lan-

Pepsaldra®

Magen-Fermentpräparat

gegen Subacidität, Achylie und deren Folgezustände

Original-Packungen mit 45 und 125 Dragees

Pepsaldra compositum

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

Original-Packungen mit 40 und 100 Dragees



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

desversicherungsanstalten wiederholt Gegenstand besorgter Äußerungen und kritischer Kommentare. Ich möchte daher — in aller Kürze — die Situation der fünf bayerischen Landesversicherungsanstalten in Augsburg, Bayreuth, Landshut, München und Würzburg darstellen.

Im Haushaltsjahr 1966 waren insgesamt 3,44 Milliarden DM an Einnahmen und 3,40 Milliarden DM an Ausgaben zu verzeichnen. Damit stellt der Aufwand für die Arbeiterrentenversicherung den größten Posten innerhalb des bayerischen Sozialversicherungshaushalts dar. Im Jahre 1967 blieb das Beitragsaufkommen dieses Versicherungszweiges in Bayern infolge der wirtschaftlichen Rezession um 1,32 Prozent hinter dem Ergebnis des Vorjahres zurück. Dies führte zusammen mit der Kürzung der Zuweisung von Barmitteln und der ersatzweisen Zuteilung von Schuldbuchforderungen durch den Bund, insbesondere in den Sommermonaten des vergangenen Jahres, zu einer Liquiditätsenge. Dieser Mangel an liquiden Mitteln bei gleichzeitiger Zunahme der Altersruhegelder zwang die Anstalten zur Auflösung von Vermögensanlagen, insbesondere zur Veräußerung von Wertpapieren. Das Vermögen der bayerischen Landesversicherungsanstalten verminderte sich dadurch von rund 2,80 Milliarden DM am 1. Januar 1967 auf rund 2,35 Milliarden DM am Ende des vergangenen Jahres. Bedrohlich erscheint die Vermögenslage derzeit gleichwohl nicht, zumal sich die konjunkturpolitischen Maßnahmen von Bund und Land bereits jetzt günstig auszuwirken beginnen.

Die finanzielle Entwicklung der Arbeiterrentenversicherung in Bayern während der letzten Jahre hat dazu geführt, daß hinsichtlich des Finanzausgleiches zwischen den Landesversicherungsanstalten im gesamten Bundesgebiet einzelne bayerische Anstalten von „Nehmern“ zu „Gebern“ geworden sind. Das Schicksal der Landesversicherungsanstalt Schleswig, die mangels eigener flüssiger Betriebsmittel augenblicklich völlig von anderen Anstalten mitgetragen werden muß, wird also in Bayern nicht zu befürchten sein.

An die Spitze der Leistungen in der Rentenversicherung hat der Gesetzgeber die Maßnahmen zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation gestellt. Für diese Aufgabe der Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit verfügen die bayerischen Landesversicherungsanstalten über insgesamt 28 eigene Sanatorien mit 5125 Betten. Darunter befindet sich die, einer Reihe von Mitgliedern dieses Hohen Hauses bereits bekannte, im vorigen Jahr eröffnete Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten, das modernste kardiologische Kur- und Vorsorgehaus Deutschlands, wahrscheinlich sogar Mitteleuropas. Außerdem bestehen Belegungsverträge mit einer Reihe verschiedenster Privatsanatorien. Schließlich möchte ich noch auf die beträchtlichen Zuwendungen hinweisen, die die bayerischen Landesversicherungsanstalten an allgemeine Einrichtungen der Gesundheitsförderung machen. Es handelt sich dabei um annähernd 1,5 Millionen DM jährlich. Die Liste der Empfänger reicht von der Max-Planck-Gesellschaft bis zur Arbeitsgemeinschaft für Krebs-erkennung und -bekämpfung, vom Bayerischen Roten Kreuz bis zum Diabetikerberatungsdienst der Universität München.



NERV *infant*®

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

Sirup: Orig.-Flasche mit 100 ml
Kur-Flasche mit 500 ml
Suppositorien: 5 Stück

B 12-NERV *infant*®

Antianaemikum, Regulans bei Gedeih- und Wachstumsstörungen, Tonikum bei Schläfrigkeit und nervösen Beschwerden.

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

**Ruhig ausgeglichen, gekräftigt
folgsam, mit gutem Schlaf**

Muster auf Anforderung

**TOSSA
ARZNEI**

KURT MERZ · 6497 STEINAU

Modernste Erkenntnisse der Arbeitsmedizin und der sozialen Medizin spielen bei den Rentenversicherungsträgern erfreulicherweise eine große Rolle. Mit einem Anteil von 62 Prozent aller Berufsförderungsmaßnahmen für Behinderte nehmen die Rentenversicherungsträger eine Schlüsselstellung im Bereich auch der beruflichen Rehabilitation ein. Weitere 19 Prozent der Maßnahmen beruflicher Rehabilitation in Bayern werden von den Unfallversicherungsträgern bestritten, so daß diese Berufsförderung zu rund 81 Prozent von den Sozialversicherungsträgern vollzogen bzw. finanziert wird. Unsere bayerischen Anstrengungen auf diesem Gebiete sollen demnächst durch Errichtung eines Berufsförderungswerkes der bayerischen Rentenversicherungsträger an einem geeigneten Orte in Südbayern eine Steigerung erfahren. Die Rehabilitationsbemühungen der Arbeiter-Rentenversicherung haben wesentlich dazu beigetragen, daß seit 1957 in Bayern der Neuzugang an Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit innerhalb des Gesamtzuganges von Renten von 63,6 Prozent auf 51,4 Prozent zurückgegangen ist. Ich halte dies nicht zuletzt aus rein menschlichen Gründen für ein sehr erfreuliches Resultat.

Um nun die Rehabilitationsmaßnahmen der verschiedenen Sozialversicherungszweige in Bayern weitgehend zu koordinieren und dadurch einen optimalen Effekt aller angewendeten Mittel zu gewährleisten, habe ich die Bildung einer „Arbeitsgruppe Sozialversicherung“ in die Wege geleitet. Von dieser gesteigerten Kooperation der leistungsstärksten Gruppen innerhalb des unter der Federführung meines Hauses stehenden „Bayerischen Landesausschusses für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ verspreche ich mir zugleich wünschenswerte Impulse für die Tätigkeit des gesamten Gremiums.

Die Arbeit der Landesversicherungsanstalten ist durch die Gesetzgebung der vergangenen Monate noch umfangreicher und noch schwieriger geworden. Ich erwähne hier lediglich die Einbeziehung der Ehegatten in die Versicherungspflicht, die Heranziehung der Rentner zur Mitfinanzierung ihrer Krankenversicherung, die Renten Anpassung aufgrund des Zehnten Anpassungsgesetzes. Es liegt auf der Hand, daß angesichts dieser Arbeitsentwicklung in der gesetzlichen Rentenversicherung dem Einsatz elektronischer Datenverarbeitung besondere Tragweite zukommt. Hier ist ein erfreulicher Schritt nach vorne gelungen, da die Landesversicherungsanstalten mit Förderung meines Ministeriums sich zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen haben mit dem Ziel, die Programme gemeinsam zu erarbeiten und die Programmierer gemeinsam auszubilden. Damit ist besonders auch für die künftige Entwicklung die bestmögliche Ausnutzung dieser modernen Verwaltungshilfe in der bayerischen Rentenversicherung sichergestellt.

Der Vollzug von zwischenstaatlichen Vereinbarungen und EWG-Bestimmungen in der Arbeiterrentenversicherung — nämlich des deutsch-österreichischen, des deutsch-italienischen, des deutsch-türkischen und des deutsch-portugiesischen Abkommens sowie der EWG-Verordnung Nr. 3 über die soziale Sicherheit der Wan-

derarbeitnehmer — geschieht ebenfalls im Aufsichtsbereich meines Hauses. Wegen der versicherungsmäßigen Betreuung der in Deutschland tätigen Jugoslawen wird gegenwärtig von und mit uns verhandelt. Die größte Arbeitslast erwächst aus diesen Aufgaben der Landesversicherungsanstalt Schwaben, die für die italienischen Arbeiter des gesamten Bundesgebietes zuständig ist. Die Zahl der Italiener, die seit 1954 dort als Versicherte zu erfassen waren, ist inzwischen auf 1,3 Millionen angewachsen. Gegenwärtig sind rund 250 000 beschäftigte Italiener versichert. Hat sich diese Aufgabe bisher hauptsächlich im Versicherungs- und Beitragsbereich ausgewirkt, so treten nun in zunehmendem Maße auch bereits die Rentenanträge in Erscheinung.

Die Zahl der Renten bei den bayerischen Landesversicherungsanstalten insgesamt nahm vom 1. Januar bis zum 30. November 1967 um rund 40 000 zu und hat damit einen Stand von 1 084 000 erreicht. Hier beginnt sich auch bereits der sogenannte Rentenberg abzuzeichnen. Hinzu kommen noch die rund 330 000 Renten, die von der Angestelltenversicherung nach Bayern gezahlt werden.

Zur gesetzlichen Unfallversicherung

In der gesetzlichen Unfallversicherung, deren Hauptaufgaben die Unfallverhütung, die medizinische und berufliche Rehabilitation und die Gewährung von Geldleistungen sind, stehen innerhalb meines Geschäftsbereiches: die Bayerische Bauberufsgenossenschaft, der Bayerische Gemeindeunfallversicherungsverband, die Staatliche Ausführungsbehörde für Unfallversicherung und fünf landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften. Für die übrigen Schutzberufe in diesem Versicherungszweig sind bundesunmittelbare Versicherungsträger zuständig. Diesen muß jedoch mangels eigenen gegliederten Unterbaues von den bayerischen Versicherungsbehörden eine Fülle von Amt- und Rechtshilfe geleistet werden. Dies ist ein typisches Beispiel dafür, daß die Gleichung: Zentralisierung ist gleich Rationalisierung und Arbeitersparnis nun einmal in den meisten Fällen nicht aufgeht, von der gerade im sozialen Bereich so schädlichen übergroßen Entfernung zwischen Verwaltung und Bürger ganz zu schweigen.

Bei den bayerischen Unfallversicherungsträgern sind rund 2,3 Millionen Menschen versichert, die Zahl der Bediensteten beträgt nur 959. Es freut mich, zum Thema Unfallversicherung feststellen zu können, daß trotz Anstiegs der Beschäftigtenziffern die Zahl der angezeigten Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten seit 1961 laufend zurückgegangen ist. Obwohl der Straßenverkehr ständig dichter wird, gilt dies erfreulicherweise auch für die Wegeunfälle. Daran zeigt sich, daß das Unfallrisiko „der Straße“ nicht so sehr beim Berufsverkehr, als vielmehr beim Wochenend- und Ausflugsverkehr liegt. In der kontinuierlichen Abnahme der Schadensfälle in der Unfallversicherung sehe ich einen Beweis für die Wirksamkeit unserer Bemühungen um die Sicherheit am Arbeitsplatz. Es sollte dies zugleich aber ein Ansporn für alle sein — für die Unternehmer wie für die Arbeitnehmer, für die Unfallversicherung wie für die Gewerbeaufsicht und den Technischen Überwachungsverein, für den Gesetzgeber wie für mein

Haus selbst — in diesen gemeinsamen Bemühungen um die Unfallverhütung nicht nachzulassen.

Die Sorge um die Leistungsfähigkeit solcher Unfallversicherungsträger, die durch strukturelle Veränderungen unserer Wirtschaft in der letzten Zeit besonders nachteilig getroffen wurden, ist in Bayern nicht aktuell. Das Finanzänderungsgesetz enthält zudem Regelungen für einen finanziellen Ausgleich, die es ermöglichen, solche Schwierigkeiten ohne zentralistischen Eingriff in die bestehende Organisation zu meistern. Das begrüße ich um so mehr, als gerade das Fehlen eines solchen Ausgleichs den bekannten, ungerechtfertigten Zentralisierungsbestrebungen schon wiederholt als Vorwand diente.

Mit den bayerischen Sozialversicherungsträgern, den Verbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist meinem Ministerium ein Bereich zur Aufsicht anvertraut, in dem insgesamt mehr als 17 000 Menschen, darunter allein 458 Sozialversicherungsärzte, hauptberuflich tätig sind. Es ist schon ein hohes Maß sozialer Verantwortung für den Menschen in unserem Lande, das hinter einer so nüchtern klingenden Mitteilung steht. Gewicht und Reichweite dieser Aufgabe drücken sich natürlich auch in dem Haushaltsvolumen der bayerischen Sozialversicherungsträger aus. Dieses betrug im Jahre 1966 mehr als 6 Milliarden DM. Über ihre unmittelbare soziale, medizinische und berufliche Zwecksetzung hinaus wirkt sich die Sozialversicherung auch wirtschafts- und finanzpolitisch nicht unerheblich aus. Dies gilt sogar für die kommunalen Finanzen, betragen doch die Aufwendungen für die Sozialhilfe in Bayern 1966 nur den 24. Teil des bayerischen Sozialversicherungshaushaltes. Ich sage dies ferner im Hinblick auf die der unmittelbaren Entscheidung meines Hauses vorbehaltenen Anlegung großer Vermögensmassen von mehreren Milliarden DM. Greifen wir als Beispiel nur einmal den sozialen Wohnungsbau in Bayern heraus. Rund 1 Milliarde DM flossen ihm von 1950 bis 1967 von den bayerischen Landesversicherungsanstalten in Form von Hypotheken und Pfandbriefen zu. Ein anderes Beispiel bildet die Förderung von Altenwohnheimen. Hierfür gaben die bayerischen Landesversicherungsanstalten im gleichen Zeitraum rund 20,3 Millionen DM als zinsgünstige Darlehen. Das Geld der bayerischen Versicherten und der bayerischen Ar-

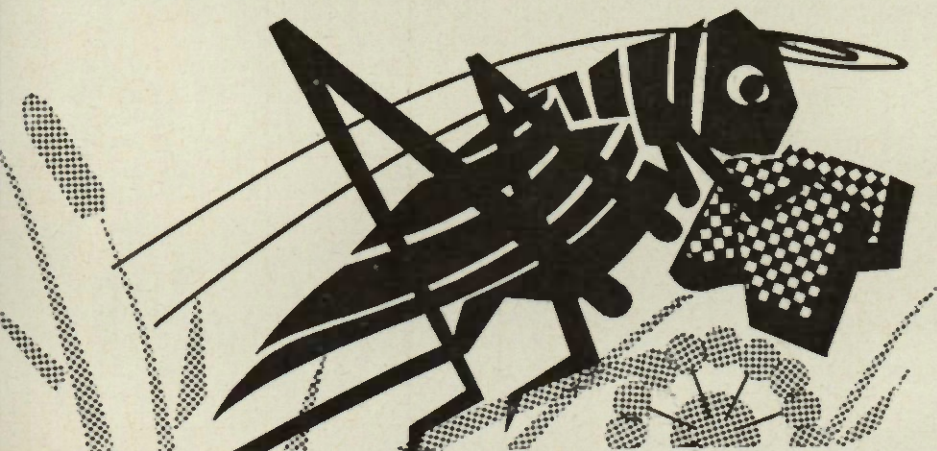
beitgeber ist also in Bayern geblieben. Nachdem ich schon mehrfach auf die gefährlichen Zentralisierungsbestrebungen auf dem Gebiete der Sozialversicherung zu sprechen kommen mußte, brauche ich wohl nicht mehr zu erläutern, was ich damit sagen will.

Während die Leistungen der Sozialversicherung weitgehend auf Bundesrecht beruhen, liegt der Gewährung des Zivilblindenpflegegeldes ein bayerisches Gesetz zugrunde. Derzeit steht etwa 8700 in Bayern ansässigen Zivilblinden ein Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 240,— DM monatlich zu. Der Gesamtaufwand des Freistaates Bayern zur Erfüllung dieser gesetzlichen Verpflichtung wird (einschließlich der Verwaltungskosten) im Haushaltsjahr 1968 rund 26,5 Millionen DM betragen.

Arbeitsschutz

Die soziale Schutzfunktion ist das geistige Verbindungsglied zwischen der Sozialversicherung und dem Arbeitsschutz, der Gewerbeaufsicht, dem zweiten Schwerpunkt meiner Ausführungen.

Der Schutz der menschlichen Arbeitskraft — oder, lassen Sie mich lieber sagen: des arbeitenden Menschen — gegen Betriebsgefahren ist nicht zuletzt schlicht ein sittliches Gebot. Es richtet sich an Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Es verpflichtet aber auch, wiederum von der Verfassung, speziell unserer Bayerischen Verfassung her, den Staat. Ihm ist damit eine gewaltige, Tag für Tag noch wachsende sozialpolitische Aufgabe gestellt. Die bayerischen Gewerbeaufsichtsbehörden sind mit erfreulich gutem Resultat bemüht, den steigenden Anforderungen auf dem Gebiete des Arbeitsschutzes und der Sicherheitstechnik gerecht zu werden. Daß die Tätigkeit unserer Gewerbeaufsichtsämter in Augsburg und Bayreuth, in Coburg und Landshut, in München und Nürnberg, in Regensburg und Würzburg sowie der zuständigen Unterabteilung meines Ministeriums erfolgreich ist, beweist nicht nur die schon erwähnte Rückläufigkeit der Zahl der gemeldeten Unfälle. Es nahm im vergangenen Jahr auch die Zahl der Fälle, in denen gewerbeaufsichtliche Beanstandungen notwendig waren, ab. Dies ist unter anderem das Ergebnis eines durchweg guten und vertrauensvollen Verhältnisses der bayerischen Gewerbeaufsichtsbeamten zu ihren „Partnern“, den Arbeitgebern und Betriebsvertretungen. Mit unangemessener Milde oder



Bei Heuschnupfen

Prospelen

Biologisches Antiallergikum

O.-P. 25 Dragées

O.-P. 100 Dragées

O.-P. 10 ccm Tropfen



IFAH GMBH · HAMBURG

Laschheit hat dies nichts zu tun. Freilich mag sich der Stil der Betriebsbesichtigungen durch ein gewandeltes Selbstverständnis der Gewerbeaufsichtsbeamten geändert haben, die sich schon lange nicht mehr als Gewerbe-„Polizei“, sondern in erster Linie als fachkundige und neutrale Berater verstehen. Nicht die Zwangsmaßnahme steht im Vordergrund — so unentbehrlich sie immer wieder sein mag —, sondern die sozial und technisch überzeugende Argumentation.

Der Arbeitsschutz, wie sollte es auch anders sein, steht weithin im Banne des rasanten technischen Fortschritts. Im Zeichen der Rationalisierung durch Mechanisierung und Automation wird auf der einen Seite die körperliche Anstrengung des Menschen im Beruf immer geringer. Auf der anderen Seite wird der Arbeitnehmer durch dauernde einseitige Beanspruchungen nicht selten auch weiterhin körperlich überfordert. Die Hauptprobleme neuzeitlicher Arbeitsformen sind aber häufig die starke psychische Belastung durch ständige Aufmerksamkeits-Anspannung, durch einen Aktivitätsstau bei reinen Überwachungstätigkeiten, durch Überbeanspruchung von Sinnesorganen, durch hohen Verantwortungs- und Zeitdruck. Andere Gefahren drohen von der Verwendung neuer Werkstoffe, sei es durch deren toxische Wirkung oder durch deren physikalische und chemische Eigenschaften.

Die aus dem technischen Fortschritt folgenden Wandlungen auf dem Gebiete des Arbeitsschutzes und der Sicherheitstechnik haben für die Gewerbeaufsicht einerseits eine Verlagerung der fachlichen Anforderungen, andererseits eine Vermehrung der Aufgaben mit sich gebracht. Ohne die Aufgaben des konventionellen Arbeitsschutzes vernachlässigen zu dürfen, müssen sich die Gewerbeaufsichtsbeamten immer mehr mit diffizilen Spezialfragen der Sicherheitstechnik befassen. Der Schwierigkeitsgrad einer exakten Arbeitsplatzanalyse, der nicht selten notwendigen sachlichen und rechtlichen Basis einer gewerbeaufsichtlichen Maßnahme, hat in der modernen Arbeitswelt vielfach sehr zugenommen. Der einzelne Gewerbeaufsichtsbeamte kann heute nicht mehr in allen Details der Sicherheitstechnik Spezialist sein. Die Gruppenarbeit — das Teamwork — wird immer selbstverständlicher.

Aber auch die Arbeitshygiene und der soziale Arbeitsschutz — womit der Arbeitsschutz, der Jugendarbeitsschutz, der Frauen- und Mutterschutz gemeint sind — gewinnen im hochmodernisierten Betrieb von heute an Bedeutung. Mehr noch als bei körperlicher Anstrengung kommt es nämlich bei den schon hervorgehobenen psychischen Belastungen darauf an, durch richtige Arbeitszeit- und Pausen-

regelung den Menschen rechtzeitig vor — sich hier meistens erst in späteren Jahren manifestierenden — Gesundheitsschäden zu bewahren.

Ich bin der Auffassung, daß die Konsequenzen, die der technische Fortschritt auf dem Gebiete des Arbeitsschutzes und der Sicherheitstechnik mit sich bringt, nicht mit optimistischer Sorglosigkeit bagatellisiert werden dürfen. Der Kern des Schaffens eines Gewerbeaufsichtsbeamten im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts liegt in einem unablässigen Ringen um die Anpassung der Arbeit an den Menschen. Die Ergonomie steht deutlich im Mittelpunkt. Während bislang verschiedene Teilmittel zur Erzielung eines Ergebnisses auf dem Gebiete des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin einzeln eingesetzt wurden, müssen sie nunmehr zusammengefaßt eingesetzt werden, ohne daß dabei die einzelnen, für sich gesehen, an Bedeutung verlieren. Menschengerecht (von den äußeren Umständen her) und menschlich (von der Gesinnung her) muß die Arbeit sein und bleiben. Die Tätigkeit der Gewerbeaufsicht ist also nur in Methoden und Mitteln eine technische, im Ziel aber ganz und gar eine soziale Aufgabe.

Lärmschutz

Lassen Sie mich auch ein kurzes Wort zum Lärmschutz sagen, ein ebenfalls für den einzelnen und die Allgemeinheit geradezu lebenswichtiges Problem. Auch hier ist eine Koordinierung des Schutzes am Arbeitsplatz und des Schutzes der Nachbarschaft für einen Erfolg in großem Maße einfach unerläßlich. Die Technik der Lärmbekämpfung ist sehr schwierig, was sich insbesondere bei der Behandlung der von der Bundesregierung zu erlassenden „Richtlinien zum Schutz gegen den Lärm am Arbeitsplatz“ gezeigt hat. Sobald diese herausgegeben sind, wird mein Haus mit dem ihm nachgeordneten Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsschutz, das mit den entsprechenden Meßeinrichtungen ausgestattet wird, eine Aktion zur Verminderung des Betriebslärms vorbereiten. Darüber hinaus ist das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin bemüht, durch Untersuchung lärmexponierter Arbeiter besonders lärmempfindliche Personen zu ermitteln und deren Umsetzung auf geeignetere Arbeitsplätze anzuregen. Ich hoffe, daß wir auf diese Weise dazu beitragen können, ein weiteres Ansteigen der Zahl der Gehörgeschädigten zu vermeiden.

Strahlenschutz

Unter den neuartigen Aufgaben auf dem Gebiete des Arbeitsschutzes kann der Strahlenschutz nicht unerwähnt bleiben. In Bayern sind bereits zwei Atom-

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



Kraftwerke in Betrieb, nämlich in Kahl im Raum Aschaffenburg und in Gundremmingen bei Günzburg. Zwei weitere Atomkraftwerke befinden sich im Bau, und zwar in Niederreichbach bei Landshut und in Großweilzheim bei Kahl. Daneben gibt es noch eine Anzahl von Forschungs- und Schul-Atomreaktoren, insbesondere in Garching bei München und in Erlangen. Hinzu kommt die Verwendung radioaktiver Stoffe in den verschiedensten Industriezweigen für Forschung, Meßzwecke und Produktion. Es hat hier eine Entwicklung eingesetzt, die noch lange nicht zum Abschluß kommen wird. Viele Betriebe konnten und können ihre Fertigung rationalisieren und ihre Erzeugnisse verbessern, weil ihnen radioaktive Stoffe in sehr einfacher Weise die Möglichkeit zur kontinuierlichen und verschleißlosen Messung von Füllständen, der Dichte von Stoffen, der Dicke von Stoffbahnen, der Feuchtigkeit der Bestandteile von Mischgut und so weiter geben. Der Personenkreis, der beruflich durch ionisierende Strahlen gefährdet ist, ist zwar nicht allzu groß, doch erfordert die Aufsicht über die Verwendung radioaktiver Stoffe eine regelmäßige und genaue Nachprüfung. Wegen der Vielartigkeit ionisierender Strahlung setzen die hierzu erforderlichen Messungen und Prüfungen Spezialkenntnisse und erhebliche Erfahrung voraus. Die Aufgabe wird deshalb derzeit im wesentlichen noch von einer dreiköpfigen Strahlenschutzgruppe meines Ministeriums wahrgenommen. Es sind aber bereits Vorbereitungen im Gange, um auch diese Aufsichtstätigkeit an unsere Gewerbeaufsichtsämter zu delegieren.

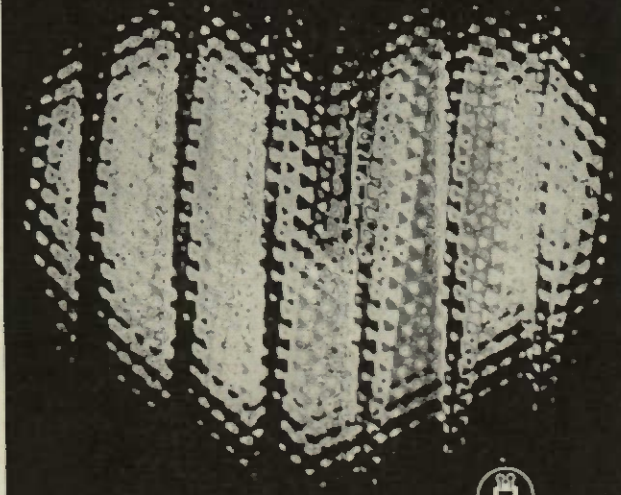
Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsschutz

Das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsschutz ist in den Grenzen seiner personellen und finanziellen Ausstattung intensiv bemüht, für den Gedanken der Sicherheit am Arbeitsplatz in unserem Lande zu werben. Auf Anregung des bei meinem Hause bestehenden Ausschusses für Jugendarbeitsschutz führt es ferner gemeinsam mit den Gewerbeaufsichtsämtern in größeren Orten Bayerns Aufklärungsveranstaltungen über Jugendarbeitsschutz durch. Erfreulicherweise nimmt das Interesse an diesen Veranstaltungen von Mal zu Mal zu, wie die bisher in Regensburg, Würzburg, Ingolstadt, Coburg, Memmingen und zuletzt in Passau (wo etwa 1200 Teilnehmer erschienen) durchgeführten Veranstaltungen zeigen. Daß die Aufklärungsarbeit auf dem Gebiete des Jugendarbeitsschutzes notwendig ist, beweisen die rund 7800 Beanstandungen wegen Verstöße gegen Vorschriften über die Beschäftigung Jugendlicher und Kinder in Bayern im Jahre 1967. Das bedeutet, daß 72,5 Prozent der Beanstandungen hinsichtlich der Beschäftigung bestimmter Personengruppen auf den Jugendarbeitsschutz entfallen. Es gibt also gerade auf diesem Gebiete noch viel zu tun. Am meisten wird gegen die Vorschriften über die Dauer der täglichen und wöchentlichen Arbeitszeit, die Dauer der Ruhepausen und die Art der Beschäftigung verstoßen. Die Erfahrung der Gewerbeaufsichtsbeamten lehrt allerdings, daß die Verstöße zum Teil auch auf die Jugendlichen selbst zurückzuführen sind. So wurden Fälle bekannt, in denen Jugendliche außerhalb ihrer festen Tätigkeit während

Confludin[®]

kräftigt
das strapazierte Herz

bei
Stress
Leistungsknick



ArzneiMüller
Bielefeld

der Freizeit Arbeit bei anderen Betrieben aufnehmen. Mädchen wurden als Bedienerinnen, Buben als Autowäscher angetroffen.

Die Erkenntnis, daß gerade auf dem Gebiete des Arbeitsschutzes nicht sparen sollte, folgt allein aus der Höhe der Unfallkosten. Könnte man nur ein Drittel der Arbeitsunfälle in der gewerblichen Wirt-

schaft vermeiden, würden der bayerischen Volkswirtschaft jährlich nicht weniger als 700 Millionen DM Kosten erspart bleiben. Mit Zuversicht rechne ich daher weiterhin auf die Unterstützung des Hohen Hauses gerade auch auf diesem sozialpolitisch so wichtigen Gebiete des Arbeitsschutzes. ...

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Zwanzig Jahre Weltgesundheitsorganisation

Vor fast genau 20 Jahren hat die Weltgesundheitsorganisation ihre Tätigkeit in Genf aufgenommen. Ihre Verfassung lag zwar bereits im Jahre 1946 vor, sie konnte aber erst mit dem 7. 4. 1948 in Kraft treten, nachdem sie von 26 Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen ratifiziert worden war. Die offizielle Bezeichnung der Weltgesundheitsorganisation lautet in der französischen Sprache „Organisation Mondiale de la Santé“ (OMS) und in der englischen „World Health Organization“ (WHO). Die deutsche Bezeichnung Weltgesundheitsorganisation (WGO) gehört noch nicht zur offiziellen, nachdem Deutsch, wie in einer Reihe von anderen zu den Vereinten Nationen gehörigen Organisationen, noch nicht zu den amtlichen Verkehrssprachen gehört. Daran wird sich wahrscheinlich auch solange nichts ändern, als Deutschland nicht offizieller Mitgliedsstaat bei den Vereinten Nationen ist, und voraussichtlich auch in absehbarer Zeit nicht werden kann.

Entstanden ist die WHO aus dem Gedanken, die neuen Waffen für die Krankheitsbekämpfung, wie beispielsweise das Penicillin und DDT, zu verwenden, um die durch den Krieg im Gesundheitszustand der Völker hervorgerufenen Schäden auf weltweiter Ebene zu beseitigen und damit das bereits vom Völkerbund begonnene sanitäre Werk und das des Internationalen Büros für öffentliche Hygiene fortzusetzen.

Der ersten Weltgesundheitskonferenz im Jahre 1948 wohnten die Vertreter von 62 Staaten der Welt bei, von denen nur 52 Mitglieder der Organisation waren. Viele Länder, die heute Vollmitglieder sind, waren damals durch ihre kolonialen Autoritäten vertreten und sind daher als selbständige Staaten noch nicht in Erscheinung getreten. Heute gehören der WHO 129 Staaten der Welt an. Aber diese Ausdehnung hat nicht die

völlige Verwirklichung des Traumes der Initiatoren der Nachkriegszeit gebracht, nämlich eine absolut alle Staaten der Welt umfassende humanitäre Organisation zu schaffen, wie es in der für sie gewählten Bezeichnung zum Ausdruck gekommen ist. Eine Reihe von Staaten, die beträchtliche Gebiete der Erde einnehmen, wollen oder können sich noch nicht an der gemeinschaftlichen Arbeit der WHO beteiligen.

Als Zweck der Organisation ist in ihrer Satzung angegeben, die Weltbevölkerung auf das höchstmögliche Gesundheitsniveau zu bringen. Unter Gesundheit versteht die Satzung einen Zustand vollkommenen physischen Wohlbefindens, in geistiger wie in sozialer Beziehung, der nicht allein durch das Fehlen von Krankheit und Gebrechen charakterisiert ist. Damit ist von Anfang an die soziale Komponente der Medizin mit einbezogen worden.

Bei Beginn der Tätigkeit der WHO war naturgemäß die vordringlichste Frage, mit was man anfangen soll. Damals war man der Überzeugung, daß es zuerst notwendig sein würde, die Krankheit zu bekämpfen, die man am besten bekämpfen, d. h., gegen die man mit Hilfe massiver Aktionen die wirksamsten Mittel zum Tragen bringen kann. Wenn man einmal eine solche Krankheit eingedämmt hätte, dann könnte man daran gehen, weitere in dieser Weise zu bekämpfen. Hierfür bot sich ein erschreckend großer Katalog von Krankheiten an. Malaria, Cholera, Pest, Frambösie, Pocken, Gelbfieber, Trachom, Tuberkulose, Lepra, Diphtherie, Masern, Keuchhusten, Filariose und viele andere mehr, um nur die hervorstechendsten zu nennen, zu denen auch die traditionell als Seuchen bezeichneten Krankheiten gehören. Einen großen Teil der Krankheiten aus diesem Katalog hat man zum Gegenstand besonders

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

1/2 Packung 30 Tabletten
1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige
Sekretion
Diseoprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische
Verhältnisse wieder her
Bismut, aluminum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie
Cholin orotat

organisierier Bekämpfungsmaßnahmen gemacht und macht dies auch zum Teil heute noch. Damit sind sicherlich für den Augenblick beträchtliche Erfolge erzielt worden. Aber unter großen Kosten hat man dabei gelernt, daß dieses spezialisierte Vorgehen keinen endgültigen Dauererfolg bringen kann. Die mit großer Beweglichkeit durchgeführten Massenaktionen haben auf jeden Fall die Keime für einen besseren Gesundheitszustand der betroffenen Bevölkerungen legen können, aber um einmal die Früchte dieser Bemühungen ernten zu können, werden die hygienischen Verhältnisse der Umwelt verbessert und ständige Gesundheitsdienste eingerichtet werden müssen, wenn die vorausgegangenen Bemühungen nicht umsonst gewesen sein sollen. Dieser weniger aufsehenerregenden Bemühung wird in Zukunft ein großer Teil der Arbeit der WHO gewidmet werden. Für die Arbeit in dieser Richtung bestehen bereits gewisse Grundlagen. So sind bisher etwa 30 000 Stipendien für die berufliche Schulung von Sanitätspersonal vergeben worden. Dienste für Krankenpflege wurden in verschiedenen Ländern organisiert. Ein Land hatte, bevor sich die WHO darum bemühte, nur eine einzige qualifizierte Krankenpflegerin. In einer Reihe anderer Länder wurde die berufliche Schulung von Helfgehilfen und Sanitätspersonal gefördert; Dienste der Mütter- und Kinderhygiene sind geschaffen worden; Einrichtungen wurden gefördert, um die Wasserversorgung, die Beseitigung der Abwässer und Abfälle sicherzustellen. Schließlich sind sanitäre Labors in allen Teilen der Welt errichtet und zu Verbesserungen in anderer Beziehung beigetragen worden, von der Einrichtung einer umfassenden medizinischen Bibliothek angefangen bis zum Strahlenschutz.

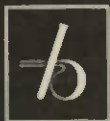
Die WHO hat in den 20 Jahren ihres Bestehens fruchtbare internationale und interprofessionelle Kontakte geknüpft und entwickelt. Expertenausschüsse sind zusammengetreten, um gemeinsam die jüngsten wissenschaftlichen Erkenntnisse auf den verschiedensten Gebieten zu erörtern. Studiengruppen haben sich mit einer Reihe von Gegenständen des praktischen Interesses für die Gesundheitsverwaltung beschäftigt. Außer den Verhandlungsberichten dieser Zusammenkünfte — es sind bis heute ungefähr 400 Titel — gibt die WHO wissenschaftliche Monographien und Werke von fundamentaler Bedeutung heraus, wie die internationale Sammlung der Gesundheitsgesetzgebungen, die internationale Pharmakopie, die epidemiologischen und demographischen Jahresstatistiken, die internationalen Normen für

die Trinkwasserversorgung, das Weltrepertoire für die medizinische, zahnmedizinische und veterinärmedizinische Schulung, das Internationale Manual für die ärztliche Versorgung an Bord der Seeschiffe (in Zusammenarbeit mit dem Internationalen Arbeitsamt und der Internationalen Seeschiffahrtsorganisation), die internationale Klassifikation für die Statistik der Krankheiten, Traumata und Todesursachen, die heute in den meisten Ländern als die Grundlage der Statistiken für das Gesundheitswesen dient u. a. m.

Die WHO beobachtet seit Jahren die Entwicklung der sogenannten Quarantänekrankheiten: Pocken, Cholera, Pest, Gelbfieber, Flecktyphus und Rückfallfieber. Sie hat die Entwicklung der Grippeepidemien mit Hilfe des ihr zur Verfügung stehenden Netzes von Laboratorien verfolgt und hat auch noch andere Krankheiten überwacht, die von internationaler Bedeutung sind, wie die Tollwut, die zerebrospinale Meningitis, Poliomyelitis, hämorrhagische Fieber, Salmonellose usw.

In der ganzen Welt sind es mit wenigen Ausnahmen in Zukunft die gleichen Sanitätsvorschriften, die im internationalen Reiseverkehr gegen die Verschleppung übertragbarer Krankheiten angewendet werden. Dank der Bemühungen der WHO ist es z. B. bei der Malaria gelungen, 78% der in den Malariazonen lebenden Bevölkerung gegen diese Krankheit abzusichern. Soweit der Schutz noch nicht ganz vollkommen ist, wird er es in den nächsten Jahren werden. Als die Aktion der WHO zur Bekämpfung der Malaria begonnen hat, lebte etwa die Hälfte der ganzen Weltbevölkerung in Gebieten, in denen die Malaria endemisch war. Ebenso, wie für die Bekämpfung der Malaria, war ein weltweites Programm für die Ausrottung der Pocken unternommen worden. Im Jahre 1967 waren in der Welt noch etwa 90 000 Pockenfälle festgestellt worden, gegenüber rd. 123 000 im Jahre 1963. Die vollständige Ausrottung der Pocken wird bis zum Jahre 1977 erwartet. Bei der Framböse sind 150 Mill. Menschen untersucht worden und 46 Mill. Fälle wurden mit dauerndem Effekt mit Penicillin behandelt. Eine im Jahre 1967 durchgeführte Enquete hat dieses Ergebnis bestätigt.

Die Auskunftszentren der WHO spielen eine bedeutende Rolle beim internationalen Austausch der medizinischen Forschungsergebnisse. Die möglich gewordene Identifikation von Krankheitskeimen auf breiter Ebene und die Mitteilungen der Kenntnisse über mögliche einheitliche Gegenwirkungen haben schließlich auch zu aus-



beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Drogen

NERVO-OPT®

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

gedehnten internationalen Vergleichen geführt. In den verschiedenen Ländern besitzen die Forscher auf den verschiedenen Gebieten ein immer ausgedehnter werdendes allgemeines Vokabular, das von der Klassifikation der Tumore, der Herz- und Kreislaufschäden, der Antibiotika und der Blutgruppen handelt. Für die geistigen Erkrankungen ist neuerdings ein internationales Forschungsprogramm sowohl hinsichtlich der Epidemiologie, als auch der Bestimmung der Kriterien der Diagnostik im Anlaufen begriffen. Es handelt sich dabei nur um eines der etwa 1000 unter der Führung der WHO seit 1960 in Angriff genommenen Forschungsprogramme. Von den bisher erzielten Resultaten verschiedener Forschungsprogramme ist z. B. die Verbesserung verschiedener Vakzine anzuführen. Darunter sind namentlich zwei Impfstoffe, die sich als fast die wirksamsten herausgestellt haben, die jemals gefunden worden sind. Es handelt sich um das gegen die Poliomyelitis und die Masern. Wenn die Kinderlähmung in der einen Hälfte der Welt praktisch verschwunden ist, so ist das den Aktionen mit diesen Vakzinen zu verdanken. Das beweist auch die Zunahme dieser Krankheit in der anderen Hälfte der Welt, in der die Voraussetzungen nicht oder wenig gegeben sind, diese Impfstoffe derart einzusetzen. Was die Masern anbetrifft, so fordert diese Krankheit in weiten Teilen der Welt immer noch zahlreiche Todesopfer unter den Kindern. Die Anwendung des neuen Impfstoffes hängt aber immer noch sehr wesentlich von der zur Verfügung stehenden Organisation und den finanziellen Mitteln ab.

Überhaupt läßt sich die Arbeit der WHO verständlicherweise nicht ausschließlich in eine Serie unbestreitbarer Erfolge übersetzen. Auch die erreichten Fortschritte bei der Ausrottung der Malaria, so eindrucksvoll sie auf den ersten Blick erscheinen mögen, bleiben immer noch innerhalb der ersten optimistischen Erwartungen. Selbst wenn die WHO nur rein als eine technische Stelle geschaffen worden wäre, dann hätten politische Faktoren sie nicht weniger beeinflussen können, als es bisher geschehen ist. Die für die Malaria bekanntgegebenen Zahlen tragen z. B. der Situation in Kontinentalchina ebensowenig Rechnung, als der in Nordkorea und in Nordvietnam.

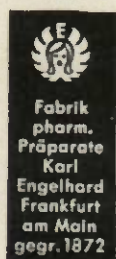
Etwa 15 Mill. von der Tuberkulose befallene Menschen werden dieses Jahr etwa 50 Mill. Kinder und Heranwachsende anstecken. Aber die Kosten für die Aufspürung und die Behandlung der an Tuberkulose-Erkrankten mußten inzwischen in den Entwicklungsländern auf 10 bis 20 Dollar pro Fall herabgesetzt werden. In einigen Jahren, so meinen Sachverständige, wird man sich aber doch entschließen müssen, das Problem der Tuberkulose zu lösen, indem man sich entschließt, mit der traditionellen klinischen Praxis zu brechen.

Außerdem haben sich eine Reihe von Gesundheitsproblemen seit der Errichtung der WHO verschlimmert. So ist die Cholera von neuem fortgeschritten, indem sie in Länder wieder eingedrungen ist, in denen sie seit etwa 50 Jahren verschwunden war. Die venerischen Krankheiten, die um 1950 auf einem Tiefstand angelangt waren, sind in zahlreichen Ländern im Wiederanstieg begriffen. Die Verunreinigung des Wassers, der Luft, des Grund und Bodens nimmt mit der Entwicklung der Industrien ständig zu. Verschiedene hydroelektrische Anlagen und Bewässerungsprojekte in den Entwicklungsländern haben Nebenwirkungen gezeltigt, die ihrem ursprünglichen Hauptzweck zuwiderlaufen. So ist dabei die Bilharziose, die durch eine besondere Gattung der Süßwasserschnecken verbreitet wird, in der Nähe dieser Anlagen wieder zu einer gefürchteten Erkrankung geworden. Im Jahre 1958 kannte man nur 26 Arten von Insekten, die Krankheitsüberträger sein können, die eine Widerstandsfähigkeit gegen Insektizide aufwiesen haben. Bis zum Jahre 1967 war die Zahl auf 83 angewachsen. Allerdings konnte die größer werdende Resistenz gegen die verschiedenen Insektizide mit Hilfe der Informationen der WHO rechtzeitig erkannt und die notwendigen Gegenmaßnahmen ergriffen werden.

Ein Bild über die Größe der nach wie vor bestehenden Aufgaben der WHO mag ein Auszug aus statistischen Angaben geben. Nach den hierauf beruhenden Schätzungen sind in der Welt beispielsweise noch 200 Mill. Fälle von Schistosomiasis, 190 Mill. Fälle der Filariose, 450 Mill. Fälle der Ankylostomiasis, 50 Mill. Fälle der Onchocerkose, 15 Mill. Tuberkulose- und 11 Mill. Leprafälle vorhanden. Dazu kommen die ausgedehnten Herz- und Kreislaufkrankungen, der Krebs, die geistigen Erkrankungen, die Schädigungen durch Rauschgift, Drogen und Unfälle u. a. m.

Obwohl die WHO als Weisungs- und Koordinationsinstrument auf dem Gebiete des internationalen Gesundheitswesens gedacht war, ist ihre Tätigkeit bei einem Teil ihrer den Entwicklungsländern gewidmeten Hilfe manchmal regelrecht verpfuscht worden, und zwar, weil das Fehlen nationaler Entwicklungsprojekte eine Koordination und eine notwendige Unterstützung von außen gar nicht zugelassen haben. Das klassische Beispiel ist das im abgelegenen Dschungel errichtete ultra-moderne Krankenhaus, das infolge des Fehlens von Ärzten und des Pflegepersonals niemals in Betrieb genommen werden konnte.

Nahellegend war, daß die WHO sich bei ihrer Tätigkeit auch mit Krankheitserscheinungen befaßt hat, die auf die verschiedenen Formen der Mängel bei der Ernährung zurückgehen, wie Mangel an Eisen, Vitamin B₁₂ u. ä. m. Um in bestimmten Gebieten der Welt der Un-



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

Cycloarthrin®

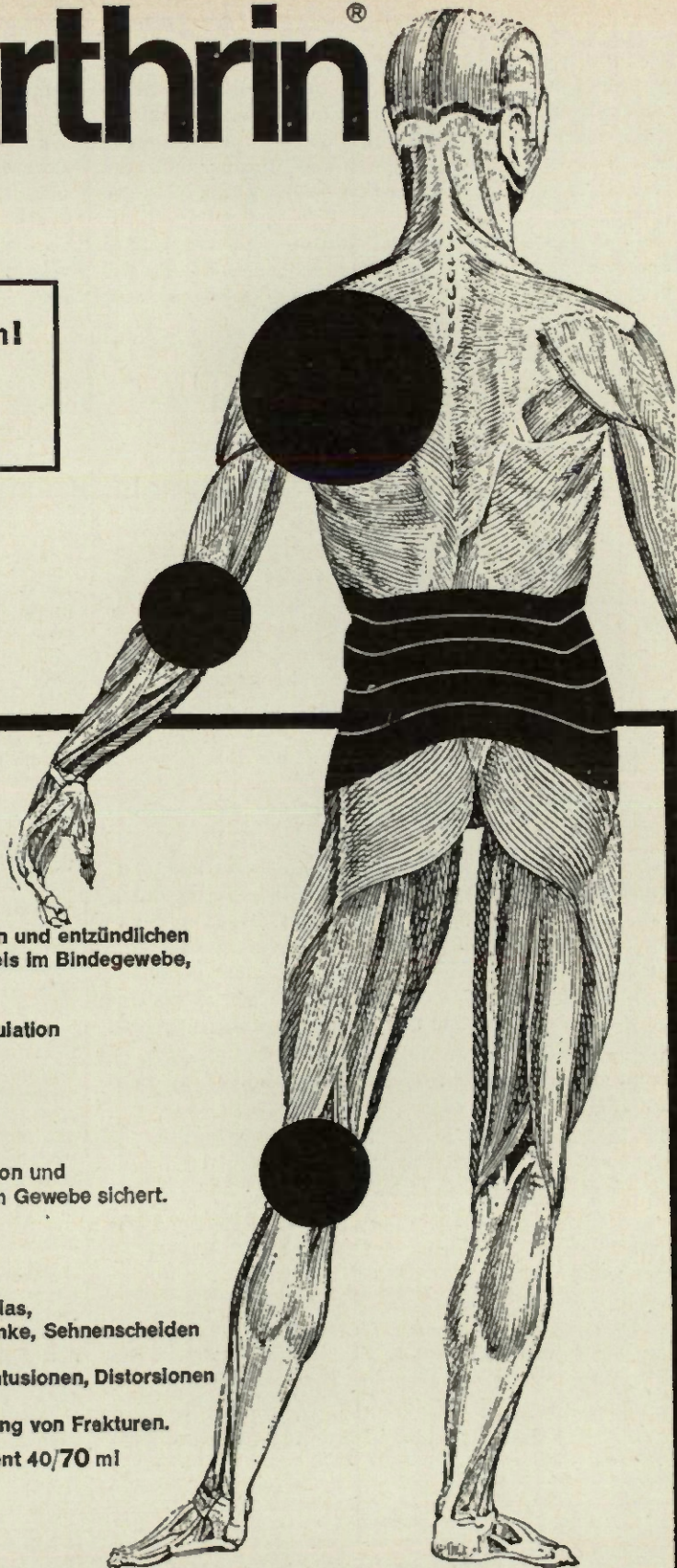
-Salbe
-Liniment

Neue Packungsgrößen!

Salbe 50 g

Liniment 70 ml

**Perkutan-
Tiefen-Therapie
mit zwei
Wirkungsphasen**



Phase I

1. Teilgreifende Hyperämisierung
2. Schnell eintretende Analgese durch Nikotinsäurebenzylester Salicylsäure-monoglykolester

Phase II

3. Beeinflussung des bei rheumatischen und entzündlichen Erkrankungen gestörten Stoffwechsels im Bindegewebe,
4. Entzündungshemmung,
5. Entödematisierung,
6. Steigerung der Blut- und Lymphzirkulation durch Cumarin Salicylsäure-monoglykolester
7. Aktivierung der Fibrinolyse,
8. Antithrombotischer Effekt durch Heparin welches gleichzeitig rasche Resorption und optimale Verteilung der Wirkstoffe im Gewebe sichert.

Indiziert bei
Muskel- und Gelenkrheumatismus,
Myalgien, Myogelosen,
Neuralgien, Neuritiden, Lumbago, Ischias,
entzündlichen Erkrankungen der Gelenke, Sehnenscheiden
und Schließbeutel,
Sport- und Unfallverletzungen wie Kontusionen, Distorsionen
und Hämatome.

Zur Neuraltherapie, zur Nachbehandlung von Frakturen.

Handelsformen: Salbe 30/50 g, Liniment 40/70 ml



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

terernährung im Hinblick auf den Mangel an Kalorien und Eiweiß besser begegnen zu können, hat das Institut für Ernährung von Zentralamerika und Panama mit Unterstützung der WHO ein billiges Präparat einer eiweißhaltigen Gemüsemischung, das „Incaparina“, entwickelt, dessen kommerzielle Herstellung nun seit 1960 läuft.

Die von der jüngeren demographischen Entwicklung in der Welt bestimmten Erkenntnisse gehen dahin, daß es für die Zukunft nicht mehr allein genügen wird,

menschliches Leben durch die Bekämpfung der Krankheit zu erhalten und zu verlängern. Vielmehr muß auch dafür gesorgt werden, daß für das zunehmend vor der Vernichtung bewahrte und verlängerte Leben eine gesicherte Grundlage geschaffen wird, sowohl im Hinblick auf die Ernährung als auch auf die Gestaltung der sozialen Umwelt. Infolgedessen wird auch die Arbeit der WHO in Zukunft zunehmend mit einer Entwicklung in der Welt konfrontiert werden, die als Bevölkerungsexplosion bezeichnet wird.

v. L.-n.

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Nochmals: Praxisschild

In Heft 12/1967 ist auf Seite 1006 unter der Überschrift „Praxisschild“ ein Beschluß des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München vom 20. 10. 1967 (AZ: BG-Ä 8/1967), veröffentlicht, wodurch gegen einen Facharzt für innere Krankheiten auf einen Verweis und eine Geldbuße von DM 200.— erkannt wurde und er zu den Verfahrenskosten unter Festsetzung einer Verfahrensgebühr von DM 100.— verurteilt wurde, weil er trotz Belehrung durch den zuständigen Kreisverband auf seinem Praxisschild unzulässige Zusätze („speziell für Herz- und Kreislaufleiden, Röntgen, EKG-Labor“) führte.

Der Arzt gab sich mit dieser Entscheidung nicht zufrieden und erhob Einspruch. In der Hauptverhandlung vom 17. 1. 1968 wurde gegen ihn auf dieselben Maßnahmen erkannt, jedoch wurde die Verfahrensgebühr auf DM 300.— festgesetzt, wozu noch Zeugengebühren in Höhe von über DM 60.— kommen. Gegen dieses Urteil hat der beschuldigte Arzt keine Berufung eingelegt, so daß es rechtskräftig ist.

Urteil des Berufsgerichtes München vom 17. 1. 1968, AZ: BG-Ä 8/1967:

Aus den Gründen

Das vor der Belehrung vom 5. 2. 1964 liegende Verhalten des Beschuldigten kann nicht mehr Gegenstand des Verfahrens sein, da es bereits durch die Belehrung geahndet wurde (WEISSAUER Anm. IV 5 d zu Art. 19 und Anm. III 4 zu Art. 37 KaG) . . .

Die Führung eines Praxisschildes mit den erwähnten Zusätzen ist durch § 23 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns verboten. Gemäß § 24 Abs. 1 Satz 1 der Berufsordnung soll das Praxisschild lediglich die Praxisstelle des Arztes anzeigen. Aus §§ 23 und 24 der Berufsordnung geht hervor, daß mit diesen Vorschriften eine standeswidrige Werbung verhindert werden soll (§ 18 Abs. 1 Satz 1 der Berufsordnung). Der Beschuldigte behauptet, eine Werbung habe er überhaupt nicht bezweckt, da er keine Patienten behandle, sondern nur Gutachten erstelle; die zu begutachtenden Personen würden ihm von den Versicherungen in die Praxis geschickt. Das Schild sei nur erforderlich, um den zu

begutachtenden Personen zu zeigen, wo seine Praxis sei. Hierauf kommt es jedoch nicht entscheidend an. Der Beschuldigte ist unabhängig davon, ob er eine Werbung beabsichtigt oder nicht, verpflichtet, sich an die bestehenden Vorschriften über den Inhalt, die Größe und die Gestaltung eines Praxisschildes zu halten (§ 2 Abs. 2 Satz 1 der Berufsordnung). Zudem ist eine Werbung nicht ausgeschlossen. Der Beschuldigte kann nicht gehindert werden, Patienten zu behandeln, die auf der belebten . . . straße das Praxisschild mit den unzulässigen Zusätzen lesen und sich wegen dieser Zusätze entschließen, die Praxis des Beschuldigten aufzusuchen. Die Behandlung von Privatpatienten ist ihm gestattet. Dem Beschuldigten ist spätestens seit dem Jahre 1960 bekannt, daß die Führung der erwähnten Zusätze unzulässig ist. Diese Zusätze wurden bereits damals beanstandet. Der Umstand, daß ihm das nach seiner unwiderlegten Behauptung angebrachte, den Vorschriften entsprechende Schild im Juni 1966 gestohlen wurde, gestattet ihm nicht, über eineinhalb Jahre lang ein Praxisschild mit unzulässigen Zusätzen zu führen. Er hätte seit Juni 1966 längst Gelegenheit gehabt, ein neues Schild zu beschaffen. Selbst wenn sich die Kosten für ein neues Schild entgegen den von ihm vorgelegten Rechnungen jetzt auf über DM 100.— belaufen sollten, könnte er diesen Betrag bei seinem Einkommen als beamteter Arzt und seinen Einnahmen aus seiner Gutachtertätigkeit aufbringen. Wenn er aber die anfallenden Kosten scheute, konnte er den unteren Teil, der die beanstandeten Zusätze enthält, abschneiden lassen oder ihn auf billigste Weise überkleben. Dadurch, daß er von Juni 1966 bis heute ein Praxisschild mit unzulässigen Zusätzen führte, hat er sich einer Berufspflichtverletzung schuldig gemacht.

Bei der Verhängung einer Maßnahme nach Art. 38 KaG ist zu berücksichtigen, daß der Beschuldigte die bestehenden Vorschriften über eineinhalb Jahre lang unbeachtet gelassen hat, obwohl er bereits früher wiederholt auf die Unzulässigkeit seines Praxisschildes hingewiesen und hierüber förmlich belehrt worden war, wobei es dahingestellt bleiben kann, ob die damalige Belehrung zu Recht erfolgte, wofür die Aussage des Zeugen Dr. . . . spricht. Der Beschuldigte hat sich bisher uneinsichtig gezeigt. Aufgrund des Ergebnisses der Hauptverhandlung ist jedoch nunmehr zu hoffen, daß er die beanstandeten Zusätze entfernen oder überdecken wird. Ein Verweis und eine Geldbuße von DM 200.— erscheinen deshalb als angemessen. Der Beschuldigte

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

muß sich dabei bewußt sein, daß die Bezahlung der Buße keine Gebühr für eine Ausnahmegewilligung darstellt, das Schuld zu belassen, sondern daß dann, wenn er das Schuld weiterhin beläßt, gegen ihn erneut ein berufsgerichtliches Verfahren eingeleitet werden kann, in dem er mit einer empfindlicheren Geldbuße zu rechnen hat.

Die Verurteilung zur Kostentragung ergibt sich aus Art. 62 Abs. 1 und Art. 64 KaG in Verbindung mit § 465 StPO.

Die Verfahrensgebühr ist gem. Art. 62 Abs. 2 KaG auf

DM 300.— festzusetzen. Bei der im abgekürzten Verfahren festgesetzten Gebühr von DM 100.— kann es nicht verbleiben, da die Durchführung einer Hauptverhandlung erhebliche persönliche und sachliche Unkosten verursacht. Es wäre unbillig, wenn die durch die Uneinsichtigkeit eines Beschuldigten verursachten Kosten, die die Landesärztekammer dem Staat gem. Art. 66 KaG zu erstatten hat, im Endergebnis über die Erhebung der Beiträge der ganzen Ärzteschaft zur Last fielen.

Die Auslagen des berufsgerichtlichen Verfahrens hat der Beschuldigte ganz zu tragen.

STEUERFRAGEN

Verkehrsunfall und Betriebsausgaben

Der Straßenverkehr birgt erhebliche Gefahren in sich. Die täglichen Unfallberichte lassen dies deutlich erkennen. Entsteht ein in Geld ausdrückbarer Schaden im Rahmen einer betrieblichen oder freiberuflichen Tätigkeit, so liegen dem Grunde nach Betriebsausgaben vor, die steuerlich abzugsfähig sind. Wird ein Schaden von dem Schädiger oder einer dritten Person, etwa einer Versicherungsgesellschaft, ersetzt, stehen dem Aufwand entsprechende Einnahmen gegenüber. Da andererseits ein vom Unternehmer angerichteter Schaden an fremdem Gut in der Regel von seiner eigenen Haftpflichtversicherung getragen wird, bleibt zu seinen Lasten ein von ihm selbst verursachter Schaden am eigenen Fahrzeug. Dieser kann in Reparaturkosten, in Wertminderung des Fahrzeugs und in Nebenkosten (z. B. Abschleppkosten) bestehen.

Soweit ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Schaden und Betrieb bzw. Beruf besteht, sind sämtliche Schadensfolgen als Betriebsausgaben zu berücksichtigen. Bei Aufwendungen, die durch die Benutzung eines betrieblichen Kraftwagens veranlaßt sind, kann jedoch der Zusammenhang mit dem Betrieb so gelockert sein, daß die Aufwendungen keine Betriebsausgaben mehr sind. Dies gilt vor allem, wenn der Steuerpflichtige vorsätzlich oder grobfahrlässig einen Schaden verursacht, indem er sich bewußt oder leichtfertig über Verkehrsvorschriften hinwegsetzt oder trotz Fahruntüchtigkeit ein Kraftfahrzeug steuert. In solchen Fällen sind die Aufwendungen nicht mehr im Sinne des § 4 Abs. 4 EStG durch den Betrieb veranlaßt, sondern durch das eigene schuldhaft Verhalten des Steuerpflichtigen, das außerhalb des üblichen Betriebsrisikos liegt. Damit ist der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Betrieb und dem Unfallschaden unterbrochen (Urteil des Bundesfinanzhofs vom 21. 7. 1967 — VI R 307/66 — BStBl. 1967, Teil III, S. 734). Entstehende Kosten und Wertminderungen können steuerlich nicht abgezogen werden.

Als grobe Fahrlässigkeit in diesem Sinn wird auf jeden

Fall Fahren unter Alkoholeinfluß angesehen werden müssen. Aber auch Vorfahrtsverstößen im Straßenverkehr. Ein übliches — wenn auch durch Fahrlässigkeit verursachtes — Risiko, das jeder Verkehrsteilnehmer trägt, führt aber nicht dazu, die Abzugsfähigkeit der Aufwendungen zu verneinen (Urteil des Bundesfinanzhofs vom 2. 3. 1962 — VI 79/60 S — BStBl. 1962, Teil III, S. 192).

Zur Feststellung des Sachverhalts werden die Finanzämter und die Finanzgerichte auf die polizeilichen Protokolle und auf die Urteile der Straf- und Zivilgerichte zurückgreifen müssen.

In diesem Zusammenhang ist noch zu erwähnen, daß Unfallfolgen, die auf einer Mittagsheimfahrt eingetreten sind, in keinem Fall Betriebsausgaben darstellen, da die Mittagsheimfahrt immer ein privater und kein betrieblicher bzw. beruflicher Vorgang ist.

W. Fauser

Heilberufe und Mehrwertsteuer Hilfsgeschäfte

Die Vorschriften über die Steuerbefreiung der heilberuflichen Leistungen sprechen von „Umsätzen aus der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt usw.“. Nach herrschender Meinung gehören dazu weder die sogenannten Hilfsgeschäfte noch die Umsätze aus anderer Berufstätigkeit. Verkauft z. B. ein Arzt seinen beruflich genutzten Kraftwagen, verkauft der Arzt im Zuge der Modernisierung seiner Praxis Teile der Einrichtung, vermietet er Apparate an Kollegen usw., so sind diese Geschäfte umsatzsteuerpflichtig. Dasselbe gilt für die berufsfremden Geschäfte, z. B. Gewährung von Kost und Logis an Patienten, schriftstellerische Tätigkeit, Umsätze aus Landwirtschaft usw.

Die steuerpflichtigen Umsätze fallen in der Regel unter den allgemeinen Steuersatz von zur Zeit 10 v. H., sofern nicht der ermäßigte Steuersatz von 5 v. H. ausdrücklich zugelassen ist (z. B. bei schriftstellerischer



zur gezielten Therapie
der Dysmenorrhoe

durch Spasmolyse im Genitaltrakt
und zuverlässige Analgesie

Dismenol

(Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,25 g)
AGpharm, Luzern
Hersteller in Deutschland:
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München

Tätigkeit, Verabreichung von Heilbädern). In den meisten Fällen werden Ärzte usw. jedoch auch alle diese steuerpflichtigen Umsätze nach § 19 UStG 1967 lediglich mit 4 v. H. zu versteuern haben. Das gilt immer dann, wenn die Summe der steuerpflichtigen Umsätze gemäß § 19 Abs. 3 UStG 1967 im Vorjahr DM 80 000,— nicht überschritten hat. Da bei dieser Besteuerungsform überdies ein Freibetrag von DM 12 000,— gewährt wird, bleiben gelegentliche Hilfsgeschäfte usw. bis zu diesem Jahresbetrag praktisch steuerfrei. Bei jährlichen Umsätzen von mehr als DM 40 000,— sinkt der Freibetrag bis auf DM 0,— bei DM 60 000,— Jahresumsatz (§ 19 Abs. 2 UStG 1967). Bei der Besteuerung nach § 19 UStG 1967 entfallen der Vorsteuerabzug und die Besteuerung des Selbstverbrauchs (§ 30 UStG 1967), andererseits dürfen auch keine Rechnungen ausgestellt werden, die den Empfänger zum Vorsteuerabzug berechtigen (vgl. § 14 UStG 1967 und § 4 UStDV).

— Vgl. Gerhard Wolff in *Mehrwertsteuerrundschau* 1968, S. 25 —

Veräußerung einer Arztpraxis

Die Veräußerung einer Arztpraxis ist kein Umsatz „aus der Tätigkeit als Arzt“. Sie ist deshalb nicht nach § 4 Nr. 14 UStG 1967 steuerfrei.

(Ergebnis der Besprechung mit den Umsatzsteuer-Gruppenleitern der Oberfinanzdirektionen am 9. und 10. 1. 1968 in Bonn) — Vgl. BB 1968 S. 286 —

Schriftstellerische und vortragende Nebentätigkeiten eines Arztes

Nach dem Wortlaut der Bestimmung „aus der Tätigkeit als...“ sind nur die reine heilberufliche Tätigkeit und damit zusammenhängende Nebentätigkeiten, wie die Erstellung heilberuflicher Gutachten, steuerfrei.

Nicht darunter fallen Hilfsgeschäfte (z. B. Verkauf eines beruflich genutzten Pkw). Ebenso fallen nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift Beiträge in Fachzeitschriften und gelegentliche Vorträge an Schulen für medizinisch-technische Assistentinnen nicht unter die Befreiungsvorschrift.

Die heilberuflich Tätigen fallen mit diesen Leistungen, soweit die steuerpflichtigen Entgelte DM 60 000,— (brutto) im vorangegangenen Kalenderjahr nicht überstiegen haben, regelmäßig unter die Vorschrift des § 19 MwStG.

Eine Option zur Regelbesteuerung dürfte wegen des Freibetrages von DM 12 000,— (§ 19 Abs. 2 MwSt.) nicht in Betracht kommen.

Soweit § 19 MwSt. nicht anwendbar ist oder zur Regelbesteuerung optiert wurde, sind die Entgelte aus der schriftstellerischen und unterrichtenden Tätigkeit nach § 12 Abs. 2 Nr. 5 MwStG dem Steuersatz von 5 v. H. — ab 1. 7. 1968 5,5 v. H. — (freiberufliche Tätigkeit) zu unterwerfen. Die Hilfsgeschäfte (z. B. Pkw-Verkauf) unterliegen in diesem Fall dem allgemeinen Steuersatz von 10 v. H. (ab 1. 7. 1968 von 11 v. H.).

— Verfügung der OFD Saarbrücken vom 9. 11. 1967 — S. 7170 — Aktuelle Sammlung 1968, Heft 3, zu § 12 MwStG —

Erlöse aus dem Verkauf von Bezugsrechten steuerfrei

Dividenden aus Wertpapieren sind steuerpflichtige Einkünfte aus Kapitalvermögen, wenn die Wertpapiere nicht zu einem Betriebsvermögen gehören, sondern im Privatvermögen des Steuerpflichtigen sind. Aufgrund verschiedener Sondervorschriften des Einkommensteuergesetzes ist aber nicht in allen Fällen Einkommensteuer zu bezahlen.

Zunächst werden bei den Einkünften aus Kapitalvermögen insgesamt DM 150,— pauschal für Werbungskosten abgesetzt, bei verheirateten Steuerpflichtigen DM 300,—, dann bleiben bei Arbeitnehmern, deren Einkommen weniger als DM 24 000,— beträgt, Nebeneinkünfte im allgemeinen unbesteuerbar, wenn sie den Betrag von DM 800,— jährlich nicht übersteigen.

Zu den steuerpflichtigen Einkünften aus Kapitalvermögen gehören alle Bezüge aus dem Wertpapier. Nicht dazu gehören jedoch die Erlöse aus dem Verkauf von Bezugsrechten. Diese sind steuerfrei, wenn sie nicht gerade im Zusammenhang mit einem steuerpflichtigen Spekulationsgewinn stehen.

Werden bei festverzinslichen Wertpapieren Stückzinsen erlöst, sind diese zu versteuern. Der Erwerber der Wertpapiere kann die von ihm entrichteten Stückzinsen in dem Kalenderjahr, in dem der Zinsschein eingelöst wird, von den Gesamtzinsen absetzen. Gezahlte Stückzinsen sind also keine Werbungskosten, sie gehen deshalb auch nicht im Werbungskosten-Pauschbetrag unter.

W. Fauser



Für viele Magen-, Darm- und Galle-Patienten Kaffee mit kofrosta Garantie

Senkung der Kaffee-intoleranz durch weitgehende Entfernung der Röstreizstoffe

Geringste Reizwirkung auf Säurebildung und Alkali-Testzeit

Geringerer motilitätssteigernder Effekt
Mit oder ohne Coffein • Literatur auf Wunsch

Eilles-Kaffee
München

Augustin-Kaffee
Augsburg

Costei-Kaffee
Nordbayern

Gesetzliches Verbot noch in dieser Legislaturperiode?

Über 90% der Bevölkerung gegen das Gemeinschaftshandtuch

Die durch den Deutschen Medizinischen Informationsdienst (DMI) im Zusammenhang mit seinen Aufklärungsaktionen rund um den „Tag des sauberen Handtuchs“ veranlaßte Initiative des Bundestagsabgeordneten Professor Dr. BECHERT beim Bundesministerium für Gesundheitswesen scheint erfolgreich zu sein. Wie wir von Professor Bechert erfahren, ist man nach seiner Anfrage an den Bundesminister und einem daraus resultierenden Briefwechsel im Bundesgesundheitsministerium — wie ihm Staatssekretär Professor von MANGER-KÖNIG jetzt mitteilte — dabei, eine Vorausnovelle zu einer Neufassung des § 10 des Bundesseuchengesetzes vorzubereiten, nach der den Aufsichtsbehörden endlich eine wirksame Handhabe gegeben wird, gegen das Gemeinschaftshandtuch in öffentlich zugänglichen Waschräumen und Toiletten, z. B. Krankenhäusern, Schulen und Betrieben, energisch vorzugehen. Professor Bechert ist der Meinung, daß diese Vorausnovelle noch in dieser Legislaturperiode des Deutschen Bundestages verabschiedet werden kann. Er wird jedenfalls seinerseits alles daransetzen, daß diese Vorausnovelle zügig in den zuständigen Ausschüssen von Bund und Ländern beraten wird. Besonders gestärkt durch den Willen der Öffentlichkeit fühlt sich Professor Bechert seit Bekanntwerden einer EMNID-Meinungsumfrage, nach der über 70% der westdeutschen Bevölkerung das Verbot des Gemeinschaftshandtuches fordern und noch weit mehr, nämlich 9 von 10 dieses steinzeitliche Relikt der Unhygiene radikal ablehnen.

Professor Bechert hatte sich bekanntlich den Appell des DMI an sämtliche Bundestagsabgeordnete, sich für ein Verbot des Seuchenverbreiters Gemeinschaftshandtuch im Rahmen des Bundesseuchengesetzes einzusetzen, im Herbst vorigen Jahres zueigen gemacht und seinerseits entschieden an das Bundesministerium appelliert.

Auf seine Anfrage hin hatte dann Staatssekretär von Manger-König ein erstes Gespräch mit den für diese Frage mit zuständigen Vertretern der Bundesländer. Hier ist im Grundsatz eine Übereinstimmung erzielt worden über eine Änderung der Generalklausel zum Bundesseuchengesetz und eine Änderung des § 10. Dabei hat sich auch herausgestellt, daß es wünschenswert ist, in einer Vorwegnovelle das spezielle Problem Gemeinschaftshandtuch zu regeln, da dieses vordringlich erscheint und da die gesamte Novellierung des Bundesseuchengesetzes — die unabhängig davon geplant ist — längere Zeit in Anspruch nehmen dürfte.

Der Deutsche Medizinische Informationsdienst nimmt diese im Sinne der Volksgesundheit erfreuliche Entwicklung zum Anlaß, nochmals eindringlich an alle von der künftigen gesetzlichen Regelung betroffenen Gaststätteninhaber, Krankenhausverwaltungen, Betriebsinhaber und Betriebsräte usw. zu appellieren, doch mit der hygienischen Lösung des Handtuchproblems nicht erst zu warten, bis sie vom Gesetzgeber hierzu gezwungen werden können, sondern schon jetzt aus eigener Einsicht in die Gefährlichkeit des keimverbreitenden Gemeinschaftshandtuchs die entsprechenden Folgerungen zu ziehen.

-si/ku-

Angst, Depressionen,
Schlafstörungen,
Leistungsknick,
funktionelle
Herzsensationen,
Dyspnoe, Schwindel,
Blutdrucklabilität,
Hyperhidrosis,
vegetatives
Magensyndrom

Cesra- dyston[®]

Dragees

3 x täglich

Für Ihre Vegetativen



JULIUS REDEL
CESRA- Arzneimittelfabrik,
Haueneberstein bei Baden-Baden
Pharma-Herstellung und Vertrieb der
ILON Freiburg im Breisgau

Hospitalschiff „Helgoland“ Ärzte-Abösungen

Zur Teilnahme am Vietnam-Einsatz des Hospitalschiffes „Helgoland“ sucht das Deutsche Rote Kreuz zum 1. Juni 1988

1 Facharzt für Anästhesie

zum 1. Juli 1968

1 Facharzt für Chirurgie

als Leiter der chirurgischen Abteilung

1 Facharzt für innere Krankheiten

1 Assistenzarzt mit guter chirurgischer Vorbildung

zum 1. August 1968

1 Assistenzarzt mit guter chirurgischer Vorbildung

Bedingungen: Tropentauglichkeit und Verpflichtung für sechs Monate. Französische und englische Sprachkenntnisse sind erwünscht (aber nicht Bedingung). Vergütung nach DRK-Arbeitsbedingungen, Gruppe I b bzw. II a, Auslandszulage, freie Unterkunft und Verpflegung an Bord; erweiterte gesetzliche Unfallversicherung.

Bewerbungen sind an das Deutsche Rote Kreuz, Generalsekretariat, 5300 Bonn, Friedrich-Ebert-Allee 71, zu richten.

Isolations-Rettungsdecke „Verolme-Söhngen“

Für das Rettungswesen bietet sich ein neues Produkt an, was bei der Entwicklung für anderes, nur nicht für den Rettungszweck gedacht war: die Herstellung von hauchdünnen Folien auf Polyesterbasis, fast unzerreißbar, ist das eine, die Metallbedampfung im Vakuum ist das andere. Diese Folien werden u. a. benutzt für Isolierzwecke in extremem Klima. Mit Erfolg auch angewandt in den Astronautenkapseln, wo mittels solcher Folien Weltraumkälte -300°C und Sonnenbestrahlung $+180^{\circ}\text{C}$ vermindert wird auf $20-30^{\circ}\text{C}$ Zimmertemperatur. Dieselbe Folie in Woldeckengröße, ca. $2,50 \times 1,50$ m, bietet Verunglückten Schutz vor Auskühlung einfach dadurch, daß die Körperwärme durch die aluminiummetallisierte Seite (wie Silber) zurückgestrahlt wird. So entsteht eine Wärmekonservierung von $80-85^{\circ}\text{C}$. Der Erfrierungstod ist also zu vermeiden und hierdurch wird Schutz vor Unterkühlung erreicht. So ist die Einweg-Woldecke geschaffen worden als Nebenprodukt. Gewicht 50 g. Gefaltet erreicht sie nur die Größe einer Zigarettenschachtel, zu einem Preis, was sonst die Reinigung einer Decke kostet. Dabei wird noch Schutz vor Regen, Nässe, Schlamm, Wind und Matsch erzielt. Das Entstauben, Desinfizieren, Waschen und der Großraum

einer Decke entfällt ebenso wie der Mottenfraß. Die Berührung offener Wunden ist gefahrlos, da das $99,9\%$ Aluminium bakterizid ist. Die goldgelbe Außenfarbe entspricht der Seenotfarbe. Ein Ski-Verunglückter ist weithin sichtbar durch eine solche Decke. Bei Suchaktionen im Dunkeln wird die goldgelbe Farbe von den Scheinwerfern reflektiert — auch auf Straßen —, wodurch ein Überfahren verhütet wird.

Technische Daten: Gewicht 35 g — außen goldgelb, innen aluminium-vakuum-metallisiert — wasserfest, waserdicht — Zugfestigkeit 1750 kg/cm^2 — Stärke 13μ — Schmelzbereich $+260^{\circ}\text{C}$ — kälteflexibel -70°C — bakterizid — hochwirtschaftlich.

W. Söhngen GmbH, Wiesbaden

NEUE THERAPEUTIKA

Cholagogum-Kapseln Nattermann®

Zusammensetzung: Extr. Chelidonli spir. sicc. 40 mg, Extr. Curcumae spir. sicc. 20 mg, Extr. Spinaclae aquos. sicc. 50 mg. (Wirkprinzip: „Secretinum vegetabile Nattermann“), „Essentielle“ Phospholipide = EPL-Substanz (Wirkprinzip: Cholinphosphorsäuredeglyceridester natürlicher Herkunft mit überwiegend ungesättigten Fettsäuren, speziell Linolsäure [ca. 70%], Linolen- und Ölsäure) 100 mg, Ol. Menthae pip. 5 mg, Ol. Curcumae 5 mg, Corrigent. ad 505 mg.

Indikation: Chronische Cholezystopathie, chronische Cholangitis, Cholelithiasis mit chronischen Cholezystopathien, Postcholezystektomiesyndrom, chronische Pankreopathien mit Verdauungsinsuffizienz bei chronischen Gallenerkrankungen, chronische Lebererkrankungen.

Dosierung: In der ersten Woche 3mal tägl. 2 Kapseln, anschließend 3mal tägl. 1 Kapsel, bei stärkeren Beschwerden sollte die Dosis von 3mal tägl. 2 Kapseln 2 Wochen oder länger gegeben werden.

Während oder nach der Mahlzeit unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen.

Handelsübliche Packung: OP. = 30 Kapseln DM 4,79; $\frac{1}{2}$ -Packung = 70 Kapseln DM 10,24.

Hersteller: A. NATTERMANN Cie GmbH, 5000 Köln-Braunsfeld.

Tirgon®-Zäpfchen

Zusammensetzung: 1 Zäpfchen enthält: Triacetyldiphenolinsatin. 30,0 mg, Natriumdioctylsulfosuccinat 50,0 mg, Natr. citric. neutrale 100,0 mg.

Indikationen: Rektumobstipation, akute und chronische Obstipation, Stuhlregulierung bei Hämorrhoiden, Anal-fissuren und post operationem, Vorbereitung von Operationen und Röntgenuntersuchungen.

Dosierung: Erwachsene führen $\frac{1}{2}$ Stunde vor der beabsichtigten Darmentleerung 1 Zäpfchen in den Darm ein.

Handelsformen: OP. mit 6 Zäpfchen, OP. mit 100 Zäpfchen.

Hersteller: M. WOELM, 3440 Eschwege.

(Fortsetzung Seite 389)

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln

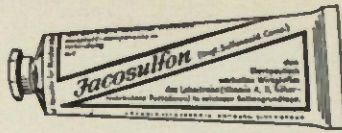
Ergo-Kranit®-Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum auf Secale-Basis

Migräne-Kranit®-Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum





Die
Sulfonamid-Harnstoff
Kombinationstherapie
mit
Jacosulfon

Allgemein:

Fistel und
Gangentörungen

Augen:

Bakteriell bedingte
Lid-, Bindehaut-
und Hornhaut-
entzündungen
Dakryocystitis
Hardeolum,
Chelazion
Ulcus comes
serpens

Hele - Nasen - Ohren:

Akute und chronische Rhinitis
Entzündung im Vestibulum
des Septum
Schrunden des Introitus nasi
Septumabszesse, Polypen
Heuschnupfen
Entzündung d. Nebenhöhlen pp.
Otitis media, Otitis externa
Ekzem des Gehörganges
Herpes, Ekzeme, Otomycosis
Ohrschmelzpfropf
Anginen
Chronische Eiterungen der
Rachenmandel
(Tornwaldsche Krankheit)
Aphthee, Erysipel.

Indikationen

Alle eitrigen Wunden und Verletzungen	Intertrigo	Balanitis erosiva
Alle Pyodermien	Wundsein	Herpes
Impetigo contagiosa	der Säuglinge	Folliculitiden
Ekzeme	Schweißdrüsen- abszesse	Acne vulgaris
Furunkel	Mastoiditis	Acne necrotica
Karunkel	Mamillenrhabden	Sabrorrhisches Ekzem
Infektionsprophylaxe bei Verletzungen	Operationswunden	Neurodermitis
Brandwunden	Mundausschlag	Sykosis non parasitaria
Fissuren u. Rhabden	Ulcus cruris	Congelationen
Röntgenstrahlen- schäden	Strophulus infantum	Scheiden-Dammriss
Pemphigus	Phlegmonen	Portioerosionen
	Exantheme	Unspez. Fluor (Vaginitamponade)
	Abszesse	

Pilzkrankungen der Haut

(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)



Indikationen

Unspez. Fluor
Portioerosionen
diff. Koipitis
Vaginilis
Trichomonadenkoipitis
sowie alle anderen
entzündlichen und
infektiösen Erkrankungen
der Vaginalschleimhaut



Arzneimittelfabrik
gegr. 1929

Hamburg-Schenefeld

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

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

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

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

MAX STEINHAUSEN

8 München 2, Briener Straße 10, Telefon-Sammelnnummer 28 40 84
genau gegenüber Café Luitpald

NUCLEOTON®

kreislaufaktiver Organextrakt
mit 3 mg Adenosin/ml

Regulierung der Durchblutung
Tonisierung
und Stabilisierung
des Kreislaufs

100 Flügel 500 Pianos

Cembali, Heim-Orgeln
neu und gespielt
alle Größen, alle Preislagen
Bis zu 40 Monatsraten
Lieferung frei - Kundendienst

Piano-Lang

München, Kaufingerstraße 28/1
und Landsberger Straße 336
(hier eigener Parkplatz)
Augsburg, Bahnhofstraße 15/1
Regensburg, Kassiansplatz 3
Frankfurt/Main, Stiftstraße 32

DR. SCHEDE'S Kindersonatorium „Klaus-Andreas-Heim“

7891 Uhlingen,
Südschwarzwald, 700 m.
Moderner Neubau in son-
niger Lage, 25 Kd. 0-13 J.
Tgl. Gymnastik-Unterricht
Säuglinge ärztl. Betreuung
im Hause.

Ltg.: Frau Dr. med. E. Ries-Schede

FEUER-SAFE

Kleintresor, feuer-
sicher, 930° C,
110 kg DM 880,-
Einbau-Tresore
ab DM 80,-
Katalog frei!
W. DREISÖRNER
8 Frankfurt a. M. 50
Postfach

Feuersichere Einrichtungen!



HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

Die meldepflichtigen Übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat März 1968*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach nahm im März wieder etwas zu, nämlich von 60 Fällen im Februar auf 66 Fälle im März je 100 000 der Bevölkerung (umgerechnet auf ein Jahr). Erkrankungen an Diphtherie und übertragbarer Kinderlähmung wurden im März nicht gemeldet. Während die durch Meningokokken verursachte übertragbare Hirnhautentzündung etwas seltener als im Vormonat auftrat, nahm die Zahl der an übrigen Formen Erkrankten etwas zu.

Auch im März erkrankten nur wenige Personen an Typhus, Paratyphus oder Ruhr. Die Erkrankungsziffer an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) stieg von vier Fällen im Februar auf sieben je 100 000 Einwohner im März, desgleichen die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) von 34 auf 42 Fälle je 100 000 Einwohner.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. März 1968 (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	—	—	172	—	—	—	5	1	7	1	—	—	1	—	—	—	3	—	19	—	—	—
Niederbayern	—	—	33	—	—	—	4	—	7	—	1	—	1	—	—	—	2	—	3	—	—	—
Oberpfalz	—	—	24	—	—	—	4	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	
Oberfranken	—	—	82	—	—	—	2	1	24	2	2	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	
Mittelfranken	—	—	57	—	—	—	2	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	5	—	—	—	
Unterfranken	—	—	35	—	—	—	4	1	10	1	1	1	—	—	—	—	2	—	9	—	—	—
Schwaben	—	—	118	—	—	—	3	—	7	—	—	—	1	—	—	—	3	—	14	—	—	—
Bayern	—	—	521	—	—	—	24	3	59	4	5	2	4	—	—	—	10	—	55	—	—	—
München	—	—	89	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	11	—	—	—
Nürnberg	—	—	18	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Augsburg	—	—	9	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—
Regensburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (Übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Leptospirose				Q-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		
											Weil'sche Krankheit		Übrige Formen								
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST			
Oberbayern	—	—	156	1	1	—	30	—	1	—	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	
Niederbayern	—	—	46	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	17	—	—	—	13	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	—	1	—	
Oberfranken	—	—	23	1	—	—	34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
Mittelfranken	—	—	27	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Unterfranken	—	—	34	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	30	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
Bayern	—	—	333	4	1	—	83	—	1	—	1	1	1	—	4	—	9	—	3	—	—
München	—	—	80	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*] 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.

Zentromid-Zäpfchen®

Zusammensetzung: 0,2 g Diphenylhydantoin, 0,05 g Coffein anhydric.

Indikationen: Migräne, Gesicht neuralgien, anfallartige Kopfschmerzen, Trigeminusneuralgie (auch symptomatische, z. B. Zahnschmerzen), postoperative und posttraumatische Kopfschmerzen.

Besonders geeignet für Kopfschmerzanfälle mit Übelkeit.

Dosierung: Mehrmals tägl. 1—2 Zäpfchen (1 Zäpfchen entspricht etwa 1 Dragée). Bei sehr starken Kopfschmerzen mit hoher Dosierung (bis 3mal 2 Zäpfchen tägl.) beginnen, dann stufenweise reduzieren auf optimale Erhaltungsdosis.

Kleinste Handelspackung: 12 Zentromid-Zäpfchen DM 4,45 m. MWSt. 25 Zentromid-Dragees DM 2,35 m. MWSt.

Hersteller: IFAH GmbH, 2000 Hamburg 22.

BUCHBESPRECHUNGEN

G. KORTING: „Therapie der Hautkrankheiten“. XVI, 1967, 280 S., 137 Abb., Balacuir, DM 58.—. F.-K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

In der Dermatologie haben die Fortschritte der modernen Arzneimitteltherapie, ähnlich wie auch in anderen medizinischen Fachdisziplinen, innerhalb der letzten Jahre absolut neue Behandlungsmaßstäbe geschaffen. So sind auch viele der früher als unbeeinflussbar geltenden Erkrankungen heute heilbar geworden. Da unter dieser teilweise recht stürmischen Fortentwicklung selbst der Spezialist schon Schwierigkeiten hat, auf dem eigenen Fachgebiet einen Überblick zu behalten, um in „modernster und zweckmäßigster Weise“ altbewährte mit neuer Therapie zu kombinieren, besteht besonders für den Kollegen in der Praxis ein akuter Bedarf nach neuen, von erfahrenen Klinikern bearbeiteten therapeutischen Lehrbüchern. Korting gibt uns für die Dermatologie ein solches in die Hand:

Nach Ätiologie und Pathogenese übersichtlich eingeteilt, werden einleitend die Krankheitsbilder jeweils kurz beschrieben und mit insgesamt 137 technisch sehr gut wiedergegebenen Schwarzweiß-Bildern anschaulich vorgeführt. Dann finden wir einen kritischen Überblick über die heutigen Möglichkeiten der lokalen und internen Behandlung, zumeist mit genauen Dosierungsangaben. Altbewährte Rezepturen sind ebenso aufgeführt wie die neuen Chemotherapeutika (einschließlich der neuesten Tuberkulo- und Zytostatika), Antibiotika (mit Griseofulvin), Antihistaminika, die Kortikosteroide, Anabolika usw., wobei der Autor auch die Handelsnamen ihm besonders bewährter Fertigpräparate angibt. Auch die heutigen Möglichkeiten der Strahlenbehandlung werden abgewogen. Die Schlußkapitel des Buches umfassen die Haar- und Nagelerkrankungen, die Geschlechtskrankheiten, die nicht-venereischen Genitalerkrankungen und die Fertilitätsstörungen beim Manne.

Die angestrebte Kombination von „kurzgefaßtem Haut-Lehrbuch“ und modernem Leitfaden der Therapie war speziell für den Umfang (und damit den Preis) des Werkes sicher nicht ganz ungefährlich, muß aber als gelungen gelobt werden. Dem praktizierenden Hautarzt ist der „Korting“ in gleicher Weise zu empfehlen wie jedem interessierten Kollegen in der Allgemein- oder Fachpraxis. Dr. H. Düngemann, München

Alan BELL: „Der Lärm“ (Le Bruit, Risque pour la Santé du travailleur et nuisance publique) Genf 1967 — Cahiers de Santé Publique, Organisation Mondiale de la Santé No. 30. Text franz., engl. und spanisch, 139 Seiten. Preis: sfr 6.— oder US-Dollar 2.—.

Der Gehörsinn des Menschen ist in unseren Tagen zahlreichen und intensiven Einwirkungen ausgesetzt, die die Gefahr von Taubheit und neurotischen Störungen heraufbeschwören. Die vom Lärm ausgehenden Wirkungen sind heimtückisch. Die große Anpassungsfähigkeit des Nervensystems erlaubt nur scheinbar sehr hohe Lärmpegel zu ertragen, die aber doch progressiv die Gehörfähigkeit nachteilig beeinflussen. Viele Industrieunternehmen in einer Reihe von Ländern haben wegen dieser Erkenntnis bereits Maßnahmen ergriffen,

ihre Arbeitnehmer vor allzu großen Lärmeinwirkungen zu schützen. In einigen Ländern bestehen auch schon Vereinigungen zum Kampf gegen den Lärm. All das zeigt, daß man sich in der Welt mehr und mehr mit dem Problem des Lärms beschäftigt, dessen Bedeutung angesichts der zunehmenden Technisierung des Lebens nicht mehr abnehmen wird. Trotz der Zahl der Arbeiten, die sich schon mit diesem Thema befaßt haben, entspricht die Schrift von Alan Bell einem Bedürfnis. Die Wirkungen des Lärms auf den menschlichen Organismus werden kurz und bündig und in relativ einfacher Weise beschrieben. Ferner auch die besonderen Einwirkungen auf die Psyche sowie die Methoden, die schon zum Schutz angewendet worden sind oder die noch gefunden werden müssen, um Schädigungen zu vermeiden. Der Autor, Mitglied der Expertengruppe für Arbeitsmedizin der Weltgesundheitsorganisation und Direktor der Abteilung Occupational Health, Neu-Südwaales im Gesundheitsministerium von Australien in Sydney, legt in seinen Darlegungen Gewicht auf die Tatsache, daß in vielen Ländern dem Problem des Lärms noch eine zu geringe Aufmerksamkeit gewidmet und viel zu wenig von den bereits gewonnenen Erkenntnissen Gebrauch gemacht wird. Nach seiner Ansicht ließen sich die Fälle beruflicher Taubheit in der Mehrzahl verhindern.

In der Studie wird der Mechanismus des Gehörs vom medizinischen Standpunkt aus erläutert, die Art und Weise beschrieben, mit der Programme des Lärmschutzes angewendet werden können. Ferner sind die technischen Aspekte eines Kampfes gegen den Lärm dargelegt. Ebenso werden die Probleme im Zusammenhang mit dem Gehörschwund und der sich daraus ergebenden Arbeitsunfähigkeit angesprochen. Schließlich wird auf die in den verschiedenen Ländern bereits getroffenen gesetzlichen Maßnahmen hingewiesen. In allen Teilen seiner Darlegungen bezieht sich der Verfasser auf eine große Zahl von speziellen Untersuchungen und Originalabhandlungen.

Die Schrift kann in der Bundesrepublik Deutschland bezogen werden bei: GOVI-Verlag GmbH, 6000 Frankfurt, Beethovenplatz 1—3; W. E. SAARBACH, 5000 Köln 1, Postfach 1510, Follerstraße 2; Alex. HORN, 6200 Wiesbaden, Spiegelgasse 9. v.L-n.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie**

vom 24. bis 25. Mai 1968 in Nürnberg

Der diesjährige Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie findet am 24./25. Mai 1968 unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. med. R. Schubert in der Meistersingerhalle in Nürnberg statt.

Auskunft: Chefarzt Dr. med. H. Kaiser, 8900 Augsburg, Westkrankenhaus

5. Fortbildungstagung der Salzburger Ärztesgesellschaft gemeinsam mit der Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau

vom 18. bis 19. Mai 1968 in Salzburg

Die Salzburger Ärztesgesellschaft und der Verband für Ärztliche Fortbildung im Chiemgau veranstalten vom 18. bis 19. 5. 1968 in Salzburg die 5. Fortbildungstagung. Thema: Der medizinische Fortschritt in der täglichen Praxis „Aktuelle Therapie“

Tagungsort: Hörsaal IV der Universität Salzburg, im Wallistrakt der Residenz, Franziskanergasse I/III

Samstag, den 18. Mai 1968

8.30 Uhr (pünktlich):

Eröffnung durch den Vorsitzenden Prim. Dr. Melniky und Begrüßungsansprachen

Festvortrag:

Prof. Dr. Dr. E. Lesky, Wien
„Die Therapie“ (Das therapeutische Denken im Wandel der Zeit, mit Lichtbildern)

Prim. Dr. H. Wallnöfer, Vöcklabruck
„Grundsatzprobleme der Therapie von Leberkrankheiten“

Prof. Dr. F. Wyss, Bern
„Die Therapie des Übergewichtes und der Fettsucht“

Prof. Dr. H. Berger, Innsbruck
„Therapeutische Probleme in der Kinderheilkunde“

Nach jedem Vortrag kurze Diskussion

15.00 Uhr (pünktlich):

Prim. Dr. R. Salis, Salzburg
„Die Strahlentherapie in der Praxis“ (ohne Berücksichtigung der Geschwulstkrankheiten)

Doz. Dr. H. Haschek und Dr. W. Dworschak, Wien
„Die Therapie des Nierensteinleidens mit besonderer Berücksichtigung der peroralen Litholyse“

Prof. Dr. F. Leibetseder, Salzburg
„Die Therapie der chronischen Stenokardie“

Prof. Dr. W. Auerswald, Wien
„Impfprobleme“

Nach jedem Vortrag kurze Diskussion

Sonntag, den 19. Mai 1968

9.00 Uhr (pünktlich):

Dr. W. Moll, Basel
„Probleme der Rheumattherapie“

Prof. Dr. W. Birkmayer, Wien
„Die Therapie der larvierten Depression“

Prof. Dr. G. Harrer, Salzburg
„Therapiefragen in der Neurologie“

Nach jedem Vortrag kurze Diskussion

Auskunft: Dr. H. Mösl, A-5020 Salzburg, Landeskrankenhaus

Kolloquium für Erkrankungen der Atmungsorgane am 22. Juni 1967 in Bad Reichenhall

Die Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane e. V. veranstaltet gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer am 22. 6. 1968 unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. med. H. Valentín in Bad Reichenhall, Staatliches Kurhaus, ein Kolloquium mit dem Thema **„Diagnostik und Therapie der chronischen unspezifischen Atemwegsyndrome“**.

Programm

9.15 Uhr:
 Begrüßung und Eröffnung

9.30 Uhr:
 Prof. Dr. H. Valentín, Direktor des Institutes für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg

„Sozial- und Arbeitsmedizinische Aspekte“

9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Otto, Pathologisch-anatomisches Institut der Universität Erlangen-Nürnberg
„Pathologische Anatomie“

10.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. Fruhmänn, Leiter der Lungenfunktionsabteilung der II. Medizinischen Klinik der Universität München
„Exogene und endogene Ursachenfaktoren“

11.00 Uhr:

Prof. Dr. M. Hartung, Anden Universität Merida Sanatorio, Venezuela
„Klinik“

11.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. D. Herberg, Oberarzt der Medizinischen Klinik der Universität Heidelberg
„Spirographische Lungenfunktionsanalyse“

11.50 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. R. Zellhofer, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Erlangen
„Atemmechanische Lungenfunktionsanalyse“

12.10 Uhr:

Diskussion

15.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. C. W. Hertz, Chefarzt der Inneren Abteilung des Sanatoriums Mühlenberg, Malente
„Blutgasanalytische Befunde in der Diagnostik“

15.20 Uhr:

Dr. H. J. Woitowitz, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg
„Plethysmographische Lungenfunktionsanalyse in der Diagnostik“

16.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Mlczoch, Vorstand der II. Medizinischen Abteilung des Wilhelminen-Spitals, Wien
„Medikamentöse Therapie“

16.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Drexel, Oberarzt am Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie der Universität München
„Physikalisch-balneologische Therapie“

17.00 Uhr:

Diskussion

Auskunft: Med.-Dir. Dr. O. P. Schmidt, 8230 Bad Reichenhall, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums Trausnitz der LVA Niederbayern/Oberpfalz, Salzburger Straße

Amerikanisch-Deutscher Chirurgen-Kongreß

vom 26. bis 29. Juni 1968 in München

Vom 26.—29. 6. 1968 findet im Deutschen Museum in München ein Amerikanisch-Deutscher Chirurgen-Kongreß statt, der als offizielle Tagung des American College of Surgeons in Verbindung mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie durchgeführt wird.

Vaso-Panit® Tropfen



Antivaricosum
 Gefäßwandtherapeuticum

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln

Der Gruppenversicherungsvertrag Ihrer Ärztekammer mit der Vereinigten und ihrer Tochtergesellschaft Salus – ein Vertrag zu Ihrem Nutzen: Beitrag bis zu 25 % niedriger als in der Einzelversicherung. Wartezeiten entfallen. Vorerkrankungen werden mitversichert. Versicherungsleistungen auch bei Kur-aufenthalt, Erkrankungen im Ausland, Berufs- und Sportunfällen. Für jedes Kalenderjahr, in dem kein Tagegeld beansprucht wird, erfolgt eine beachtliche Beitragsrückerstattung. Der Vertrag umfaßt: Krankentagegeld, abgestimmt auf den individuellen Bedarf des niedergelassenen und des angestellten Arztes. Krankenhaustagegeld. Krankenhauskostenersatz für die Familienangehörigen des Arztes.

Vereinigte Krankenversicherung A.G.
8000 München 23 · Leopoldstraße 24

DIE VEREINIGTE KRANKEN-
 VERSICHERUNG IST
 VERTRAGSGESELLSCHAFT DER

Bayerischen Landesärztekammer

Ärztekammer Bremen

Ärztekammer Hamburg

Landesärztekammer Hessen

Ärztekammer Niedersachsen

Ärztekammer des Saarlandes

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz:

Bezirksvereinigungen

Koblenz-Montabaur, Pfalz, Trier

Bezirksärztekammer Nordbaden

Bezirksärztekammer

Nordwürttemberg

Bezirksärztekammer Südbaden

Bezirksärztekammer

Südwürttemberg-Hohenzollern

Ärztekammer und

Kassenärztlichen Vereinigung

Schleswig-Holstein



Die örtliche Organisation liegt in den Händen von Professor H. Bürkle de la Camp, Dottingen, und Professor G. Maurer, München. Das wissenschaftliche Programm, an dem internationale Fachleute aus Amerika und Europa auf Aufforderung teilnehmen, wurde von einer amerikanisch-deutschen Kommission unter Leitung der Professoren Longmire, Los Angeles, und F. Linder, Heidelberg, aufgestellt. Kongreßsprachen sind englisch und deutsch.

Hauptthemen der Generalsitzungen sind: Kardiovaskuläre Chirurgie, Schock und Trauma, Physiologie und Chirurgie des peptischen Ulkus, Chirurgische Erkrankungen des Pankreas, portale Hypertension und Kinder-Chirurgie.

In weiteren Sondersitzungen werden Probleme der operativen Gynäkologie, der Urologie sowie der plastischen und Wiederherstellungs-Chirurgie abgehandelt. Parallel läuft ein ausführliches medizinisches Filmprogramm sowie eine wissenschaftliche und eine Industrie-Ausstellung.

Jeder approbierte Arzt kann an der Tagung gegen Entrichtung einer Tagungsgebühr von DM 60.— (Sanitätsoffiziere aller Länder DM 40.—) teilnehmen.

Assistenzärzte entrichten keine Tagungsgebühr, sofern sie eine mit Unterschrift des Chefarztes und Stempel versehene Bescheinigung vorlegen.

Auskunft: Professor H. Bürkle de la Camp, 7801 Dottingen über Freiburg im Breisgau;

Professor F. Linder, Chirurgische Universitätsklinik, 6900 Heidelberg (Anmeldung von Filmen);

Professor G. Maurer, Klinikum rechts der Isar, 8000 München 80 (Anmeldung für die wissenschaftliche Ausstellung).

Fortbildungskurs in Ösophago- und Bronchoskopie

vom 26. bis 27. Juli 1968 in Erlangen

Die Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten veranstaltet vom 26.—27. 7. 1968 einen Fortbildungskurs in Ösophago- und Bronchoskopie. Die Leitung hat Herr Professor Dr. Bl r n m e y e r. Kursgebühr: DM 100,—

Anmeldungen werden bis 18. Juni 1968 an das Sekretariat der Universitäts-HNO-Klinik, 8520 Erlangen, Bohlenplatz 19/20, erbeten.

3. Internationaler Kongreß des Hedrologicum Conlegium

vom 11. bis 12. Oktober 1968 in Nürnberg

Der 3. Internationale Kongreß der International Society for the Study of Diseases of the Colon and Rectum (Hedrologicum Conlegium) wird von der Deutschen Sektion vorbereitet. Die wissenschaftlichen Sitzungen finden am 11. und 12. Oktober 1968 in der Meistersingerhalle in Nürnberg statt. Während der Kongreßtage und am 13. Oktober 1968 sind Besichtigungen und Kolloquien in der Universitätsstadt Erlangen geplant.

Das Hedrologicum Conlegium ist eine Internationale Gesellschaft mit dem Ziel, die besonderen Probleme der Erkrankungen des Kolons, Rektums und Anus zu untersuchen.

Hauptthemen

1. Verletzungen des Kolons und Rektums
2. Kolonpolypen und Karzinomgefährdung
3. Analfisteln
4. Chronische Obstipation
5. Incontinentia alvi
6. Freie Themen

Kongreßsprachen

Englisch, Französisch, Deutsch (Simultane Übersetzung)

Kongreßgebühr

DM 80,— (Assistenten haben zu den wissenschaftlichen Sitzungen freien Zutritt)

Anmeldungen

Anmeldung zur Teilnahme bis 31. Mai 1968 an das Kongreßbüro erbeten.

Vortragsmeldung mit Angabe von Titel, Verfasser und Zusammenfassung von 200 Worten bis zum 31. Mai 1968. Einsendeschluß für vollständiges Vortragsmanuskript: 5. September 1968 (wichtig für Übersetzung und Publikation). Maximale Vortragsdauer: 10 Minuten. Projektionsmöglichkeiten: Diapositive: 5 × 5 cm und 8 1/2 × 10 cm; Filme: 16 mm und 35 mm.

Kongreßbüro

Chirurgische Klinik der Universität, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon 8 70 71 (Apparat 12 61).

KONGRESSKALENDER

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Juni 1968:

- 5.—7. 6. In Prag: Sexuologische Konferenz mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyne, Sokolská 31, Praha 2 (CSSR).
- 5.—8. 6. in Bonn: 66. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, 5000 Köln-Mülheim, Elisabeth-Breuer-Straße 5.
- 5.—7. 6. in Heidelberg: Rehabilitationskongreß „Rehabilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz“. Auskunft: Med.-Dir. Dr. J. F. Scholz, 7000 Stuttgart, Hölderlinstraße 36.
- 6.—9. 6. in Hamburg: Deutscher Röntgenkongreß 1968. Auskunft: Prof. Dr. F. Gauwerky, 2000 Hamburg 1, Lohmühlenstraße 5.
- 7.—8. 6. in Göttingen: 3. Kongreß der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. W. Creutzfeldt, 3400 Göttingen, Humboldtallee 1.

KAMAVER®

Chloramphenicol

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



zur preisgünstigen
Verordnungsweise

SUPpositorien 100 mg
250 mg
DRAGEES 250 mg
KAPSELN 250 mg
mit Vitamin-B-Komplex
neu KAPSELN 500 mg
mit Vitamin-B-Komplex
H-SALBE mit
Corticosteroid

- 18.—21. 8. in Amsterdam: 3. Kongreß der Europäischen Ophthalmologie-Gesellschaft. Auskunft: Secretariat of the 3rd Congress of the European Society of Ophthalmology, c/o Holland Organizing Centre, 18 Lange Voorhout, The Hague.
- 18.—21. 8. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
18. 6.—5. 7. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 19.—21. 8. in Saarbrücken: 18. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinbeamten. Auskunft: Med.-Dir. Dr. KläB, 8510 Fürth, Blumenstraße 22.
22. 6. in Bad Reichenhall: Kolloquium für Erkrankungen der Atmungsorgane. Auskunft: Med.-Dir. Dr. O. P. Schmidt, 8230 Bad Reichenhall, Sanatorium Tausnitz, Salzburger Straße.
22. 6. in Karlsruhe: Wissenschaftliches Seminar der Internationalen Akademie für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. med. V. Becker, 7500 Karlsruhe, Moltkestraße 14/18.
- 24.—28. 8. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 24.—29. 6. in Innsbruck: Einführungskurs in die Hämatologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
- 24.—29. 6. in Wien: XI. Kongreß der Internationalen Vereinigung der Ärztinnen. Auskunft: Sekretariat der Wiener Medizinischen Akademie, Stadiongasse 6—8, A-1010 Wien.
- 26.—29. 8. in München: Amerikanisch-Deutscher Chirurgenkongreß. Auskunft: Prof. Dr. H. Bürkle de la Camp, 7801 Dottingen.
- 28.—30. 6. in Solothurn: Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Generalsekretariat der Schweizer Ärzteorganisationen, Sonnenbergstraße 9, CH-3000 Bern.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 36 11 21, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5% Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662. Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.



Druck: Richard Pfaum Verlag München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer werden in Oberbayern zwei Spezialkliniken zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken errichtet. Die erste Klinik wird im Juli 1968, die zweite im Januar 1969 eröffnet. Beide Kliniken werden den Mitgliedern der Sozialen Krankenversicherung und Privatpatienten zur Verfügung stehen.

Kolleginnen und Kollegen, die an einer klinischen Tätigkeit in diesen Häusern interessiert sind, werden um ihre Bewerbungen gebeten. Es können sich nach bewerben:

1 Oberärztin
1 Oberarzt
mehrere Assistenzärzte

weiterhin:

Oberschwester
Krankenschwestern
MTA (männlich und weiblich)
Laborantinnen oder Laboranten
Beschäftigungstherapeutinnen
Bademeister und Masseure
(männlich und weiblich)

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, erbeten.

Zolghadar



TEPPICHE
aus PERSIEN
und CHINA

München Maximilianstr. 33
Ulm Neue Str. 46
Ingolstadt Theresienstr. 28

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Vegegestigman

Das percutane Herz- und Gefäßregulans

ERHOLUNG

in ruhiger, landschaftlich u. klimatisch günstiger Lage Oberbayerns, zwl. Chiemsee und Inntal, 65 km von München; Salzburg und Kufstein leicht erreichbar. Ein- und Zweibettzimmer mit gedeckten abgeschlossenen Südbalkons. Vollpens., alles incl., 20 bis 25 DM. Zimmer mit Frühstück 9 DM.

Kurheim Dr. Sprengel
8201 Törwang
Tel. 0 80 32 / 218



Eine alte Bäderkultur in neuem Glanz ! Einzige naturwarme
Bewährt seit rund 2000 Jahren ! Glaubersalz-Quelle
Deutschlands

BAD BERTRICH

MOSEL

Kultivierte Atmosphäre - märchenhaft schöne Waldlandschaft - Idyllische Ruhe - Freischwimmbad -
70 km markierte Spazierwege - Das gepflegte und bewährte Heilbad gegen

MAGEN-DARM-LEBER-GALLE - und STOFFWECHSELKRANKHEITEN

Inklusiv-Pensionspreise von 16.50.- 36.- DM (excl. MWS) Prosp. d. Kurdirektion u. Reisebüros

Privatnervenklinik Gauting

mit Sanatoriumscharakter - Chefarzt Dr. Ph. Schmidt
Bäder, Heilschlaf, Röntgen, Geriatrie u. a.

8035 Gauting bei München, Bergstraße 50, Telefon München 86 28 06

Sanatorium St. Blasien

südlicher Schwarzwald · 800 m über dem Meer
Deutschlands höchstgelegene

PRIVATE FACHKLINIK
für alle Erkrankungen der Atmungsorgane

Alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden
Soziale Kostenträger und private Krankenkassen
Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Fritz BRECKE, Telefon 07672/331

ANZEIGENSCHLUSS

für die Juni-Ausgabe ist am 25. Mai

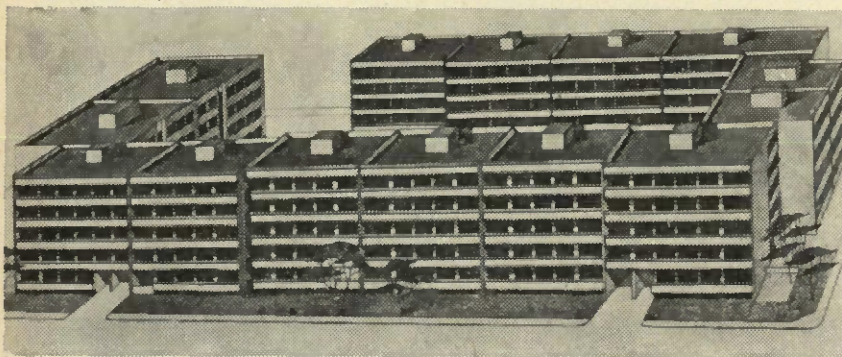
Etwas Besonderes!

ISCHIA - Forio

Villenwohnungen, geeignet bis zu 5 Personen, mit Meerblick in der Nähe der Poseldongärten.
Die Wohnungen sind hervorragend eingerichtet.

Außerordentliche Preise: Bereits für DM 156,- pro Woche können Sie diese Wohnungen mieten.

Prospekte und Auskünfte im Amtlichen Bayerischen Reisebüro, 8 München, Promenadeplatz 12,
Abt. Ferienwohnungen, oder in allen ABR-Zweigstellen in Bayern und ABR-Vertretungen



Eigentumswohnanlage

Am Harras Hansastrasse — Margaretenstraße

In einmalig günstiger Verkehrslage (2 Gehmin. zur Linie 6; 3 km zum Stachus; 15 Autominuten zum Starnberger See) entstehen 218

Eigentumswohnungen

qm-Preis ab DM 1040.-

(echtes Eigentum — keine Erbpacht!)

2	Zi. ab	60 qm	Kaufpreis ab	71 300,-	Eigenkapital	21 390,-
2½	Zi. ab	66 qm	Kaufpreis ab	76 750,-	Eigenkapital	23 250,-
3	Zi. ab	82 qm	Kaufpreis ab	88 610,-	Eigenkapital	26 600,-
4	Zi. ab	85 qm	Kaufpreis ab	92 780,-	Eigenkapital	27 850,-
4½	Zi. ab	107 qm	Kaufpreis ab	110 930,-	Eigenkapital	32 800,-

Großzügige, moderne Ausstattung, Hauseingänge und Treppenhäuser in Marmor, geräumige Lifts, weite künstlerisch gestaltete Grünflächen, Tiefgaragen. In allen Wohnzimmern Parkett, volleinger. Küchen, Bad mit sep. Duschabteil, meist 2 WC. Balkon an allen Wohnungen. Durch günstige Finanzierung schon ab 30% Eigenkapital.

Sämtliche steuerlichen Abschreibungsmöglichkeiten.

Alleinverkauf und Beratung:

Heinz Schlehuber
Baubetreuung

8 München 2, Neuhauser Straße 1
Eingang Färbergraben
Telefon 26 10 31 oder 26 10 32