



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 12

München, Dezember 1968

23. Jahrgang

WEIHNACHTSGRUSS

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Waren es am Ende des vergangenen Jahres Sorgen um das wirtschaftliche Wohl unseres Landes, welche uns bedrückten, so hat uns 1968 gelehrt, daß die Freiheit des einzelnen Bürgers und eines ganzen Volkes noch wertvoller ist als wirtschaftliche Prosperität. Beides zusammen — Wohlstand und Freiheit — sind keine Selbstverständlichkeit in dieser Welt. Wir müssen zu jeder Stunde befürchten, daß sie uns verlorengehen, wir müssen gegebenenfalls bereit sein, dafür einzustehen und Opfer zu bringen, um sie zu erlangen und zu erhalten.

Das gilt nicht nur für eine Bedrohung von außen. Die Demokratie ist nicht minder gefährdet, wenn die ihr innewohnende Freiheit und Toleranz dazu ausgenützt wird, um sie von innen heraus zu zerstören. Auch dazu haben wir Lehrbeispiele erlebt.

Nachdem die Freiheit der Gesellschaft auch die Voraussetzung für die freie Berufsausübung des Arztes ist, können wir Ärzte als Bürger unseres Landes den politischen Ereignissen dieses Jahres nicht gleichgültig gegenüberstehen. Das ist auch ein Teil unserer Verantwortung gegenüber unseren Mitmenschen.

Dieses politische Bekenntnis möchten wir an das Ende dieses Jahres 1968 stellen. Denn alle Arbeit, die wir leisten, zerrinnt im Nichts, wenn das Fundament zerstört wird, auf dem wir sie tun.

Ihnen allen, liebe Kolleginnen und Kollegen, und Ihren Familien wünschen wir auch in diesem Jahr frohe und gesegnete Weihnachten und ein glückliches neues Jahr.

Professor Dr. Sewering

Dr. Sondermann

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

Sehr verehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Das Weihnachtsfest 1968 begehen wir in einer Zeit politischer Hochspannung. Wieder einmal sind Frieden und Sicherheit gefährdet und überschattet die Sorge um die Zukunft unseres Landes die Festtage.

Und wieder — wie jedes Jahr — wenden wir uns an Sie mit der Bitte, den durch die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ unterstützten Kollegenkindern anlässlich des Weihnachtsfestes durch Ihre Spende zu helfen. Wir bitten Sie, im Rahmen Ihrer Möglichkeiten um ein einmaliges Opfer oder, was ganz besonders wichtig und wertvoll wäre, um einen Dauerauftrag an Ihre Bank für die Stiftung. Die Zahl der Schützlinge der Stiftung ist im Jahre 1968 von anfänglich 845 um nahezu 100 auf 931 gestiegen und allein schon dadurch wiederum der Umfang der benötigten Mittel.

Obleich darauf geachtet wird, daß zunächst alle öffentlichen, caritativen oder auch familiären Unterstützungsmöglichkeiten in vollem Umfange in Anspruch genommen werden, wächst der Bedarf an Hilfe durch uns, weil eben von Jahr zu Jahr die Reserven an Kleidung, Büchern oder Ersparnissen für Notfälle schwinden.

Wie in jedem Jahr, so sind auch im Jahre 1968 wieder eine ganze Anzahl von Voll- und Halbweisen von Kollegen aus dem Bundesgebiet in den Kreis der von uns Betreuten aufgenommen worden. Ihnen allen konnten wir das Existenz-

minimum für ihre Berufsausbildung geben, wenngleich unter Anlegung härtester Maßstäbe.

So soll auch dieser Aufruf wieder all den Kolleginnen und Kollegen danken, die dies im vergangenen Jahr ermöglicht haben. Sie haben jungen Menschen geholfen, die unverschuldet in Not geraten sind. Darüber hinaus haben Sie unseren Kollegenfamilien in der Zone, unseren Witwen und Waisen Sorgen abgenommen, von denen sie sonst niemand befreit hätte.

Unsere Bitte an Sie alle ist, dies auch an diesem Weihnachtsfest nach Ihren Möglichkeiten zu tun.

Unsere gemeinsame Sorge um die Zukunft sollte uns veranlassen, denen zu helfen, die heute schon und seit langem mit Sorgen belastet sind. Wer keine Kinder hat, bekommt hier die Möglichkeit, Kollegenkindern zu helfen, und wer Kinder hat, dem brauchen wir nicht zu sagen, was es bedeutet, für diese Kinder nicht selbst sorgen zu können.

Dieses ist nicht ein Appell an weihnachtlich-sentimentale Stimmungen. Es ist ein Aufruf an uns alle, das Geschenk eines friedlichen Weihnachtsfestes in Dankbarkeit anzunehmen und weiterzugeben an diejenigen, die auch Freude brauchen und deren Dankbarkeit sich ohne Bitterkeit in Leistung, Vertrauen und Zuversicht ausdrückt.

MIT VORZÜGLICHER KOLLEGIALER HOCHACHTUNG

Prof. Dr. Fromm

Präsident der Bundesärztekammer und des
Deutschen Ärztetages

Dr. Voges

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Jungmann, MdB

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

Dr. Odenbach

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

Dr. Roos

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

Frau Minister Dr. Lena Ohnesorge

1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes

Dr. Walther

Vorsitzender des Deutschen Kassenarztverbandes

Dr. Sachse

Vorsitzender des Berufsverbandes
der praktischen Ärzte Deutschlands e. V.

Dr. Waldmann

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

Prof. Dr. Hopf

1. Vorsitzender des Verbandes
der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Dr. Hufnagl

Vorsitzender des Bundesverbandes
der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. Knott

Präsident des Bundesverbandes der
deutschen Zahnärzte e. V.

Dr. Ostermann

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

Dr. Scharnagl

Vorsitzender des Interessenverbandes
deutscher Zahnärzte e. V.

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

Mit einem Festakt im Plenarsaal der Bayerischen Akademie der Wissenschaften wurde am 4. November 1963 in München die „Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin“ eröffnet. Die dabei gehaltenen Ansprachen werden nachstehend wiedergegeben*)

Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin eröffnet

Von Dr. Fritz Pirki — Bayerischer Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge

„Der heutige Festakt aus Anlaß der Gründung der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin setzt einen erfreulichen Schlußpunkt hinter jahrelange Bemühungen. Bemühungen nicht nur des Bayerischen Arbeits- und Sozialministeriums. Bemühungen auch des Bayerischen Landtags, des Bayerischen Senats, der Sozialpartner und zahlreicher verdienter Persönlichkeiten aus Theorie und Praxis der Arbeits- und Sozialmedizin. Der Verlauf dieser Bestrebungen — also die Vorgeschichte dieser Akademiegründung — war durchaus wechselvoll. Lassen Sie mich das in aller Offenheit sagen! Die Meinungen waren über lange Zeit kontrovers.

Der Diskussionen — in verschiedenen Gremien, an verschiedenen Orten — gab es viele. Man spricht heute oft davon, daß die Diskussion der unserer Zeit gemäßeste Prozeß der Willensbildung und der geistigen Gestaltung sei. Diese Akademie stellt jedenfalls ein Musterbeispiel für ein auf soichem Wege zustande gekommenes Ergebnis dar.

Meine Vorgänger im Amte — KREHLE, Dr. OECHSLE, STAIN, STRENKERT und SCHÜTZ —, alle fühlten sich angesichts der vielfältigen gesundheitlichen Gefährdungen des Menschen in der Welt der Arbeit unserer Tage und in unserer modernen Gesellschaft der tatkräftigen Förderung der Arbeitsmedizin und der Sozialmedizin in besonderer Weise verpflichtet. In einem mit dem zeitlichen Ablauf zunehmendem Maße waren sie deshalb auch bald mit dem Gedanken der Gründung einer Akademie — zunächst für Arbeitsmedizin, später dann für Arbeits- und Sozialmedizin — tätig befaßt.

Ich bin davon überzeugt, daß jeder von ihnen vorhatte, diesen heutigen Tag in seiner eigenen Amtszeit zu erleben. Es ist für mich ein nobilit officium, zu betonen, daß jeder von ihnen seinen — und zwar nicht geringen — Anteil daran hat, daß diese Akademie jetzt ins Leben gerufen werden konnte.

Vorläufer für einen Teil des Aufgabengebietes der neuen Akademie waren die sogenannten Münchener Kurse für Arbeits- und Sozialmedizin. Nachdem im Jahre 1962, in der Amtszeit Walter STAINs, ein erster Modellkurs veranstaltet worden war, liefen sie seit 1965 erfolgreich in regelmäßigen Abständen und mit systematischer Ausrichtung und umfassender Zielsetzung. Es

sind neben Wochenendlehrgängen und Spezialveranstaltungen seither bereits sieben 4wöchige Kurse für Arbeitsmedizin durchgeführt worden. 1967 kamen dann die 4-Wochen-Lehrgänge für Sozialmedizin hinzu. Der dritte dieser Kurse nahm heute Vormittag seinen Anfang.

Die ersten Pläne zur Gründung einer Akademie für Arbeitsmedizin waren noch von Professor Franz KOELSCH inspiriert worden. Dieser im In- und Ausland hochgeachtete Nestor der deutschen Arbeitsmedizin konnte vor zwei Jahren in Erlangen in bewundernswerter geistiger und körperlicher Frische seinen 90. Geburtstag feiern. Inzwischen sind ihm längere Reisen doch beschwerlich, so daß er heute leider nicht unter uns sein kann. Ich möchte jedoch nicht versäumen, ihm, dem ersten Bayerischen Landesgewerbearzt, von dieser Stelle aus meine herzlichen Grüße zu sagen. Gleichzeitig ist es mir eine große Freude, daß ich heute jedem von Ihnen das neueste Werk von Franz KOELSCH überreichen lassen konnte. Landesärztekammer und Arbeitsministerium haben es unter Mithilfe einer Reihe nobler Spender dieser Tage herausgebracht. Wie Sie gesehen haben, lautet sein Titel ‚Beiträge zur Geschichte der Arbeitsmedizin‘. Daß von nun an auch die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin einen guten Beitrag zur Geschichte der Arbeitsmedizin leisten möge, ist ja unser aller Wunsch.

Ich sagte vorhin, daß viele Institutionen und Persönlichkeiten über Jahre hinweg an den Vorarbeiten zur Gründung dieser Akademie mitgewirkt haben. So obliegt mir heute die angenehme Pflicht, all diesen anregenden, ratenden und mittragenden Kräften meinen aufrichtigen Dank zu sagen und sie im gleichen Atemzuge um weitere Mitarbeit zu bitten. Ich schließe in diesen Dank bewußt auch jene ein, die anfänglich dem Gedanken dieser Akademie ablehnend gegenüberstanden, die uns durch ihre oft recht temperamentvolle Meinungsäußerung stets zu nützlicher Überprüfung unserer Pläne zwangen und heute — die Akademie mittragen. Welche formale Gestalt hat nun die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin erhalten? Wir stellten darüber sehr gewissenhafte Überlegungen an. Wir durchdachten so manches Modell. Am Ende gelangten wir zu der Überzeugung, daß die Schaffung einer eigenen Körperschaft des Öffentlichen Rechts — zumindest gegenwärtig — nicht zweckmäßig erscheint. Wir haben die Akademie deshalb in einem verwaltungsorganisatorischen Verbund mit dem Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin — der Dienststelle des

*) Der Festvortrag „Der Mensch vor den Ansprüchen der Arbeitswelt und Gesellschaft“ von Professor Dr. Hans Weizsäcker wird in einer der nächsten Ausgaben veröffentlicht werden.

Landesgewerbeärztes — errichtet. Das bedeutet nun keineswegs, daß ich in der Akademie eine nachgeordnete Behörde meines Ministeriums erblicken würde. Ich will dies in aller Klarheit am Geburtstage dieser Institution feststellen. Im Gegenteil. Mir ist an einer weitestmöglichen Selbstverwaltung der Akademie gelegen. Dem entspricht es, daß sie von einem fünfköpfigen Präsidium geleitet wird, dem lediglich ein Mitarbeiter aus meinem Hause, und zwar ein Arzt — gleichsam als Verbindungsmann — angehört. Einer der großen Vorteile der gewählten Lösung ist es, daß die Akademie dadurch mit einem Minimum an eigenem Verwaltungsapparat auszukommen vermag. Sie kann sich nämlich in diesem Bereich weithin des Landesinstitutes für Arbeitsmedizin bedienen, ohne daß sie damit in ein Verhältnis der Abhängigkeit geraten würde.

Was nun die Aufgaben der Akademie anbetrifft, so möchte ich deutlich betonen, daß es nicht einmal am Rande etwa darum gling, den ‚Münchener Kursen für Arbeits- und Sozialmedizin‘ einen eindrucksvolleren Briefkopf zu verschaffen. Die Veranstaltung von Weiterbildungskursen ist nämlich nur eine der Aufgaben, die der Akademie zugeordnet sind. Sie alle können dies unschwer der Gründungsverordnung entnehmen, die am Ende des Buches von Franz KOELSCH, das Ihnen überreicht wurde, abgedruckt ist. Weitere Hauptaufgaben der Akademie sind es, Begegnungsorte von Wissenschaft und Praxis auf dem Gebiet der Arbeits- und Sozialmedizin zu sein, den Austausch von Erkenntnissen und Erfahrungen auf diesen Gebieten zu pflegen sowie die praktische Anwendung der einschlägigen wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Arbeitswelt zu fördern. Was wir uns vor allem wünschen: einen gut frequentierten Erfahrungs-Umschlagplatz von wissenschaftlichen Forschungsergebnissen und praktischen Resultaten aus dem Arbeitsleben.

Wenn die Akademie ferner die Durchführung von Forschungsaufgaben bei dazu geeigneten wissenschaftlichen Einrichtungen anregen und unterstützen soll, so bedeutet dies, daß ihr die Aufgabe eigener Forschung, vor allem Grundlagenforschung, nicht übertragen ist. Hierzu haben wir die Hochschulinstitute und Einrichtungen, wie etwa die Max-Planck-Gesellschaft. Meine Forderung nach Errichtung und Besetzung weiterer Lehrstühle für Arbeits- und Sozialmedizin wird deshalb durch die Gründung dieser Akademie in keiner Weise illusorisch. Im Gegenteil. Die Kontakt- und Anregungsfunktion der Akademie kann nur dann richtig zum Zuge kommen, wenn es genügend Hochschulinstitute auf dem Gebiet der Arbeits- und Sozialmedizin gibt. Und das ist gegenwärtig noch nicht der Fall. Ich betone aber nochmals, Anregung und Förderung auch auf dem Gebiet der einschlägigen Wissenschaften gehört zum Inhalt der Aufgaben unserer Akademie.

Was nun unsere bewährten und — ich glaube dies sagen zu dürfen — in der ganzen Bundesrepublik anerkannten ‚Münchener Kurse für Arbeits- und Sozialmedizin‘ anbetrifft, so werden diese natürlich von der Akademie übernommen. Insoweit haben wir den Inhalt vor der Form geschaffen. Dies ist in aller Regel besser als umgekehrt — und war es wohl gerade in unserem Fall. In dieser Einstellung liegt der Hauptgrund für die so lange Dauer der Vorbereitung der Gründung. Weder meine Vorgänger im Amte noch ich wollten ein Potemkinsches Dorf aufbauen.

Die arbeitsmedizinischen Kurse haben schon einer Reihe von Ärzten zur Zusatzbezeichnung ‚Arbeitsmedizin‘ verholfen. Es ist zu hoffen, daß die Akademie auf die Dauer einen nennenswerten Beitrag zur Beseitigung des bestehenden Mangels an Betriebsärzten leisten kann. Erst in diesem Jahr beklagte der Deutsche Ärztetag wieder das Fehlen einer ausreichenden Anzahl arbeitsmedizinisch ausgebildeter Ärzte. Das Problem, noch mehr niedergelassene Ärzte zur Kursteilnahme zu bewegen, liegt verständlicherweise im Einnahmeausfall. Die Tatsache, daß die Kurse als solche völlig kostenlos sind, reicht allein nicht aus. Wir werden uns hier im Zusammenwirken mit der Bayerischen Landesärztekammer, die ja bekanntlich Mitveranstalterin der Lehrgänge ist, noch einiges einfallen lassen müssen.

Auf dem Gebiet der Sozialmedizin ist die Verleihbarkeit einer entsprechenden ärztlichen Zusatzbezeichnung zwar vorgesehen, aber noch nicht beschlossen. Sowohl im Präsidium wie auch im Kuratorium der Akademie sitzen jedoch für die Regelung dieser Frage maßgebliche Persönlichkeiten. Dieser Umstand macht mich auch *in so fern* zuversichtlich. Das Problem liegt hier bekanntlich in Meinungsverschiedenheiten über Begriff und Abgrenzung dieser neuen Sparte der Medizin. Es wird zwar oft und vielenorts — nachgerade selbstverständlich — von Sozialmedizin gesprochen. So bildete erst jüngst wieder die XXII. Generalversammlung des Weltärztebundes in Sydney einen Ausschuß für sozialmedizinische Angelegenheiten. Dennoch steht eine leidlich unumstrittene Definition der Sozialmedizin nach wie vor aus. Mein Ministerium sieht den Schwerpunkt der Sozialmedizin in den medizinischen Fragen der Sozialversicherung, der Kriegsopferversorgung und benachbarter Gebiete — und nicht in jenen Bereichen, die bis in jüngerer Zeit in dem Begriff der Gesundheitspolizei zusammengefaßt waren. Eine solche Sicht der Sozialmedizin bringt naturgemäß viel Nachbarschaft und Überschneidung mit der Arbeitsmedizin. Für eine Akademie, die sich mit beiden Gebieten befaßt, entstehen daraus keine Schwierigkeiten. Nicht ohne Grund lauten ja auch die meisten einschlägigen Lehrstühle auf Arbeits- und Sozialmedizin. Freilich wird der weitere Verlauf des begrifflichen Klärungsprozesses in der Sozialmedizin für die Tätigkeit der Akademie nicht ohne Interesse sein.

Einen bedeutenden Sektor der Sozialmedizin bilden zweifelsohne die medizinischen Fragen der Rehabilitation. Lassen Sie mich in dieser Hinsicht gleich etwas Erfreuliches mitteilen. Der bayerische Landesrehabilitationsausschuß, dem alle Rehabilitationsträger unseres Landes zum Zwecke der Koordination angehören, hat vor wenigen Tagen die Bildung eines wissenschaftlichen Beirats beschlossen. Dieser soll sich nach dem ausdrücklichen Willen des Gremiums stark an die Akademie anlehnen. Ich halte es für ein gutes Zeichen, daß mit der Akademie offensichtlich schon gerechnet wird, noch bevor sie — zumindest nach außen — eigentlich ins Leben getreten ist.

Lassen Sie mich nun einige Worte zu den Organen der Akademie sagen. Das 25köpfige Kuratorium, in mancher Hinsicht das Parlament der Akademie, hat sich im vergangenen Monat bereits konstituiert. Es wählte, wie vielen von Ihnen bereits bekannt sein wird, Herrn Professor Dr. Dr. EYER, Direktor des Max-von-Pettenkofer-

Institutes für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie an der Universität München, zu seinem Vorsitzenden. Stellvertreter wurden Frau Privatdozentin Dr. BLOHMKE aus Heidelberg, die Generealsekretärin der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, und Herr Dr. FUCHS, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Ich bedanke mich auch hier sehr herzlich für die Bereitschaft zur Übernahme dieser Aufgaben beim Vorstand und bei allen übrigen Mitgliedern des Kuratoriums der Akademie.

Ganz allgemein habe ich mich gefreut, daß die vorschlagsberechtigten Stellen — u. a. Hochschulen, wissenschaftliche Gesellschaften, Ärzteorganisationen, Sozialpartner und Sozialversicherungsträger — durchwegs besonders qualifizierte Vertreter entsandt haben. Ich werte dies als Beweis des Interesses und des Engagements, die erfreulicherweise allenthalben der Akademie entgegengebracht werden. Ich will gar nicht verhehlen, daß ich auch einige geharnischte Proteste von Organisationen erhielt, die sich bei der Entsendung von Vertretern in das Kuratorium übergangen fühlten. Auch dies möchte ich eher positiv deuten, nämlich als lebhafteste Anteilnahme wirklich aller betroffenen Kreise an Gründung und Tätigkeit dieser Akademie. Freilich glaube ich, daß die in der Verordnung niedergelegten Vorschlagsrechte gewissenhaft und sachverständig nach allen Seiten hin durchdacht wurden, von der notwendigen zahlenmäßigen Begrenzung zur Gewährleistung der Arbeitsfähigkeit der Organe ganz abgesehen. Wir werden uns gleichwohl über die zusätzlichen Beteiligungswünsche ernsthaft Gedanken machen.

In die Arbeit des Kuratoriums setze ich große Erwartungen. Ich nehme gerne die Gelegenheit wahr, dies hier zu bekräftigen. Ich bitte die Damen und Herren des Kuratoriums, sich als wirkliche Mitglieder der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin zu verstehen. Ich möchte Sie aufrufen, sich in der Tat mitverantwortlich für das Wirken der Akademie zu fühlen und in diesem Sinne rege Aktivität zu entfalten.

Das Kuratorium hat sich auf seiner konstituierenden Sitzung vom 15. Oktober mit der Bestellung der Präsidialmitglieder befaßt. Es hat die von mir — aufgrund der Vorschläge der dazu berechtigten Stellen — in Aussicht genommenen Berufungen einstimmig gebilligt. Es handelt sich dabei um die Herren:

Professor Dr. Hans Joachim Sewerling
(auf Vorschlag der Bayerischen Landesärztekammer)

Professor Dr. Helmut Valentin
(auf Vorschlag der bayerischen Universitäten und der Technischen Hochschule München)

Landtagsabgeordneter Erwin Essl
(auf Vorschlag des Landesbezirks Bayern des Deutschen Gewerkschaftsbundes und des Landesverbandes Bayern der Deutschen Angestelltengewerkschaft)

Direktor Dr. Werner Dräger
(auf Vorschlag der Vereinigung der Arbeitgeberverbände in Bayern)

Als fünftes Mitglied des Präsidiums habe ich Ministerialrat Dr. med. Dr.-Ing. Otto Günther, Lei-



Staatsminister Dr. Pirkl
überreicht die Berufungsurkunden den Präsidialmitgliedern
v. r. n. l. (1. Reihe): Minister Dr. Pirkl, Min.-Rat Dr. Dr. Günther
(2. Reihe): Prof. Dr. Valentin, Prof. Dr. Sewering, Dir. Dr. Dräger, MdL Essl
Foto: dpa

ter der Ärztlichen Unterabteilung im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, bestimmt.

Dem Präsidium obliegt die Leitung der Akademie. Von seinem Weitblick, seiner Tatkraft und seinem Geschick wird der Erfolg dieser Institution weitgehend abhängen. Der Initiative und — ich möchte sagen — Phantasie des Präsidiums sind eigentlich nur finanzielle Grenzen gesetzt. Diese sind zwar bedeutsam. Doch ist es hier wie bei vielen anderen Dingen: Nicht jeder Erfolg hängt vom Gelde ab. Ich bin der festen Überzeugung, daß das Präsidium schon von seiner Zusammensetzung her alle Voraussetzungen mitbringt, die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin zu dem zu machen, was sie werden soll: nämlich zu einer Institution, die infolge ihres anerkannten Wirkens aus dem medizinischen und sozialen Leben unseres Landes einfach nicht mehr wegzudenken ist.

Das dritte Organ dieser Akademie ist der Geschäftsführer. Es wird eine der ersten Aufgaben des Präsidiums sein, über dessen Bestellung mitzuentcheiden. Nachdem ich für den in Aussicht genommenen Arzt schon in der Kuratoriumssitzung viel Lob hörte — dem ich mich wegen seiner Verdienste um die Einführung und Gestaltung der Münchener Kurse für Arbeits- und Sozialmedizin gerne anschließen —, glaube ich, daß das notwendige Einvernehmen hier unschwer herzustellen sein wird.

Die Aufgaben der Akademie sind groß und vielseitig. Die moderne Arbeitswelt und unser heutiges System der sozialen Sicherung im weitesten Sinne stecken voller spezifischer medizinischer Probleme. Wer wollte bestreiten, daß damit ein ebenso lohnendes wie weitgespanntes Betätigungsfeld der Akademie umrissen ist? Es wird nicht immer leicht sein, den Erwartungen gerecht zu werden. Ich will Sie ermuntern, indem ich Ihnen versichere, daß Sie stets auf meine und meines Ministeriums nachhaltige Unterstützung rechnen können. Da es sich um eine medizinische Akademie handelt, lassen Sie mich mit einem Wort des Münchener Internisten Rudolf MARX schließen, der einmal sagte: „Das ärztliche Ethos ist von Anbeginn auf aktiven Optimismus und nicht auf Resignation gestellt.“

Damit erkläre ich die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin offiziell als eröffnet.“

Grußwort der Bayerischen Landesärztekammer

Von Professor Dr. med. Hans J. Sewering, Präsident

„Die wissenschaftlichen Fortschritte und Erkenntnisse unserer Zeit sind beeindruckend, ja manchmal atemberaubend.

Eines ist aber unveränderlich:

Ob Menschen in einer Raumkapsel um den Mond fliegen oder sich im Auto bei Glatteis durch den Nebel quälen; ob Menschen Not und Hunger leiden oder im Überfluß leben;

ob der Arbeiter des vorigen Jahrhunderts mörderischen Arbeitsbedingungen ausgesetzt war oder

der von heute im Atombunker und am elektronisch gesteuerten Fließband arbeitet;

ob der Mensch früher durch Seuchen bedroht war oder heute durch den Herzinfarkt;

ob er früher pro Woche sechzig Stunden arbeitete oder heute zwanzig Stunden am Fernsehgerät verbringt;

immer stellen sich für die medizinische Wissenschaft und den Arzt die gleichen Fragen nach den Auswirkungen auf Gesundheit, Glück und Wohlbefinden und nach den Möglichkeiten, den Menschen zu schützen und ihm zu helfen.

Das eine Problem wird durch eine gute Gesundheits- und Sozialpolitik und durch den Arzt überwunden, das andere tritt an seine Stelle.

Aus diesen Lebenserfahrungen und -erkenntnissen entstand ein eigener Bereich medizinischer Wissenschaft und ärztlicher Tätigkeit, die Arbeits- und Sozialmedizin. Das Buch von Professor Dr. Franz KOELSCH, welches wir heute übergeben können, gibt Einblick in die eindrucksvolle Entwicklung der Arbeitsmedizin in den letzten Jahrzehnten.

Würde man die Geschichte der Sozialmedizin heute schreiben, so wäre sie noch eine solche der Sozialhygiene, als deren leuchtendes Beispiel die Bekämpfung

und teilweise Überwindung der Infektionskrankheiten in die Mitte zu stellen wäre.

Die Überzeugung von der zunehmenden Bedeutung der Arbeits- und Sozialmedizin führten das bayerische Arbeitsministerium und die Bayerische Landesärztekammer schon vor Jahren zu gemeinsamer Arbeit zusammen.

Es begann mit der Realisierung von Zielsetzungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes, dann folgten Kurse für Arbeitsmedizin zur Vorbereitung von Ärzten auf eine arbeitsmedizinische Tätigkeit, aber auch zur Fortbildung bereits praktizierender Ärzte.

Schließlich begannen die Kurse für Sozialmedizin. Sie sollen in erster Linie Ärzten, welche in den verschiedenen Bereichen der sozialen Sicherung tätig sind, das Rüstzeug für ihre Arbeit geben.

Die Gründung der Akademie ist für uns also bereits ein Meilenstein auf einem gemeinsam beschrittenen Weg. Sie ist aber auch ein Anfang.

Ich wünsche und hoffe, daß die neue Form der Zusammenarbeit und insbesondere die Möglichkeit, die Probleme über das rein Medizinisch-Ärztliche hinaus mit erfahrenen Persönlichkeiten außerhalb der Medizin studieren und diskutieren zu können, uns viele neue Anregungen gibt, daß sie zum kontinuierlichen Zündfunken für unsere zukünftige Arbeit wird.

Wir Ärzte tun den neuen Schritt in voller Zuversicht und werden alles dazu beitragen, damit das Werk gelingt — denn nicht nur das Wohl des Kranken, sondern das Wohl des Mitmenschen schlechthin ist unser oberstes Gebot.

In diesem Sinne überbringe ich der neugeschaffenen Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin die Glückwünsche der Ärzteschaft unseres Landes.“

Rede des bayerischen Ministerpräsidenten Dr. h. c. Alfons Goppel

„Die Gründung der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin ist nicht nur eine Angelegenheit des zuständigen Ministeriums und der sonst unmittelbar Beteiligten. Sie hat Bedeutung für die Mehrzahl unserer Mitbürger — Arbeitnehmer und Arbeitgeber —, für die Sozialversicherung in ihren verschiedenen Ausprägungen und für die Ärzte. Ich freue mich, daß der Freistaat Bayern als erstes Land der Bundesrepublik eine solche moderne Institution ins Leben gerufen hat. Seine Regierung kommt damit dem Artikel 167, Absatz 1, der Verfassung nach, daß ‚die menschliche Arbeitskraft als wertvollstes wirtschaftliches Gut eines Volkes gegen... Betriebsgefahren und sonstige gesundheitliche Schädigungen geschützt‘ ist.

Zwar kann Bayern auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin eine beachtliche Tradition für sich in Anspruch nehmen. Die Arbeitsmedizin stand und steht in enger Verflechtung und Wechselbeziehung mit der Gewerbeaufsicht. Und hier ist es für die Bedeutung, die man in Bayern schon frühzeitig gerade der Gewerbeaufsicht zumaß, kennzeichnend, daß ‚die Fabriken- und Gewerbeinspektion‘ kurz nach der Jahrhundertwende (1904) dem Geschäftsbereich des ‚Staatsministeriums des Königlichen Hauses und des Äußeren‘ zugewiesen wurde, wo sie bis zur Schaffung eines ‚Ministeriums für soziale Fürsorge‘ vierzehn Jahre später verblieb. In dieser Zeit, im Jahre

1909, schuf das Königreich Bayern als erstes deutsches Land die Stelle eines Landesgewerbearztes; ihr erster Inhaber hieß Franz KOELSCH. Lassen Sie auch mich diesem um die Arbeitsmedizin und um Bayern so verdienten Mann von hier aus Gruß und Dank sagen. Er schrieb über seine Amtsaufnahme: ‚Als ich Anfang 1909 meinen Antrittsbesuch als der erste Bayerische Landesgewerbearzt bei meinem zuständigen Minister, dem Herrn Ministerpräsidenten Exzellenz PODEWILS, machte, erwähnte dieser, daß ich mich bei meinen Dienstgeschäften auch um die Ausbildung der Ärzte in der damals sogenannten Gewerbehygiene kümmern mußte. Demgemäß verfaßte ich einführende Vorträge, die ich in den ärztlichen Vereinen Bayerns im Laufe meiner ersten Arbeitsjahre abhielt.‘ Sie können daraus erkennen, daß die Bestrebungen um die arbeitsmedizinische Fortbildung in Bayern immerhin schon sechs Jahrzehnte wahren, und daß ich nicht der erste bayerische Ministerpräsident bin, dem diese Fragen am Herzen liegen.

Franz KOELSCH in München hat dann auch als erster — ungeachtet mancher Vorbereitungen und Anläufe an anderen hohen Schulen — nach dem ersten Weltkrieg eine systematische Lehrtätigkeit auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin an einer deutschen Universität aufgenommen. Freilich dauerte es dann über vier Jahr-

zehnte, bis an der Universität Erlangen/Nürnberg eines der ersten deutschen Ordinariate für Arbeits- und Sozialmedizin errichtet wurde. Das war 1963. Heuer kam ein ordentlicher arbeitsmedizinischer Lehrstuhl an der Medizinischen Fakultät der Technischen Hochschule München dazu, der hoffentlich bald besetzt werden kann. In Forschung und Lehre ist das Gebiet der Arbeitsmedizin also fest angesiedelt. Der stete Fluß der Entwicklung in der Gütererzeugung, die von den verwendeten Stoffen und den verschiedenen Verfahren herrührenden Gefahren verlangen daneben aber eine ständige Fortbildung der Beteiligten.

In einem Brief des damaligen Prodekanen der medizinischen Fakultät der Universität München an den Bayerischen Ministerpräsidenten aus dem Jahre 1961 finde ich über die Errichtung einer Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin die folgenden Sätze: „Aus kleinen Anfängen sich stetig entwickelnd, würde die Einrichtung wahrscheinlich sehr bald florieren. Ein lautes Beginnen sollte man vermeiden. Gut Ding will Weile haben.“

Nun, es hat geraume Zeit gedauert, bis aus den ersten Überlegungen, eine solche Akademie zu schaffen, ein fester Plan wurde und bis dieser Plan soweit verwirklicht werden konnte, daß wir heute diese jüngste bayerische Akademie eröffnen. Unsere heutige Eröffnungsveranstaltung will kein lautes Beginnen sein. Wir stehen aber am Beginn des Wirkens einer Institution, deren Arbeitsfeld und Arbeitsmöglichkeiten uns recht unbeschränkt erscheinen und deren Segen nicht abzuschätzen ist.

Unsere neue Akademie wird auf eigene wissenschaftliche Forschung verzichten. Dieser Verzicht ist von den Menschen und Mitteln her zur Vermeidung der Gefahr einer Verzettelung von Personal und Mitteln gerechtfertigt. Die neue Akademie soll aber zur Fort- und Weiterbildung der Ärzte, Begegnungsstätte von Wissenschaft und Praxis im Zusammenwirken mit den Einrichtungen der Lehre und der Forschung, insbesondere mit den medizinischen Fakultäten der bayerischen Landesuniversitäten und der Technischen Hochschule München, auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin sein, wie es schon vor mehr als einem Jahrzehnt Wissenschaftler, Praktiker, Parlamentarier und Presse verlangten und wie es von der Entwicklung her immer notwendiger wurde. Man mußte nur eine geeignete Institution finden. Wir meinen, sie in der neuen Akademie gefunden zu haben, wo alle, welche die gemeinsame Aufgabe berührt, die ihnen gemäß Stellung finden. So gehören dem Spitzengremium der Akademie, dem Präsidium, je ein Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer, der Landesuniversitäten und der Technischen Hochschule München, des Deutschen Gewerkschaftsbundes und der Deutschen Angestelltengewerkschaft und schließlich der Vereinigung der Arbeitgeberverbände in Bayern neben einem im Geschäftsbereich des Arbeitsministeriums tätigen Arzt an. Ähnlich zusammengesetzt ist das Kuratorium. An ihnen wird es liegen, die Form, die der Staat für die Akademie im Wege einer Rechtsnorm geschaffen hat, mit Leben zu erfüllen und sie zu befähigen, segensreich im Interesse des arbeitenden Menschen zu wirken.

Bayern zählt heute annähernd zehneinhalb Millionen Einwohner. Etwa vier Millionen davon sind Arbeitnehmer. Unter Einschluß der miterfaßten Familienangehörigen sind etwa acht Millionen unserer bayerischen

Mitbürger sozialversichert. Vor allem ihnen dienen Ausbau und Vertiefung der Sozialmedizin — wozu beispielsweise noch die speziellen medizinischen Fragen der Kriegsopferversorgung kommen.

Aber nicht nur den Arbeitnehmern bzw. den Sozialversicherten gegenüber wurde mit Gründung dieser Akademie eine wesentliche Verpflichtung eingelöst, sondern auch der Ärzteschaft gegenüber. Wie sollen unsere Ärzte den besonderen Problemen der Arbeits- und Sozialmedizin gewachsen sein, wenn ihnen nicht entsprechende Fortbildungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Meine Freude über die gute Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer in all diesen Belangen bringe ich an dieser Stelle gern zum Ausdruck. Ich erblicke in dem heutigen Ereignis nicht nur die Fortsetzung einer guten bayerischen Tradition, nicht nur die Verwirklichung einer Verfassungsbestimmung, sondern eine der Gesellschaft und dem Staat obliegende Daseinsvorsorge, die ein greifbarer Beweis dafür ist, daß die Länder der Bundesrepublik durchaus modernen Entwicklungen Rechnung tragen können. Auf dem Gebiet der Medizin gilt dies ohnehin. Bei der Gründung dieser Akademie ging es aber in erster Linie um eine sozialpolitische Tat. Es ist ein Irrtum, zu glauben, daß Bereiche wie die Sozialpolitik, in denen die Gesetzgebungsbefugnis weithin auf den Bund übergegangen ist, etwa ganz aus dem politischen Eigenleben der Länder verschwunden sein müßten oder gar schon wären. Gerade die Errichtung der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin stellt ein beredtes Gegenbeispiel dar. Bayern ist nach seiner Verfassung (Artikel 3) ein Sozialstaat, und wir sind redlich bemüht, alle aus diesem Verfassungsgebot fließenden Verpflichtungen — ungeachtet gesetzgeberischer Kompetenzen des Bundes — voll und ganz zu erfüllen aus rechtlichen, aber vor allem aus menschlichen Gründen. Das geschieht am besten in den gewachsenen und überschaubaren Gebieten unserer Länder. Ich warne deshalb auch auf dem Gebiet der Sozialpolitik vor einer Aushöhlung des grundgesetzlichen Prinzips, nach dem die Ausübung der staatlichen Befugnisse und die Erfüllung der staatlichen Aufgaben Sache der Länder ist, soweit das Grundgesetz keine andere Regelung trifft oder zuläßt. Es ist eine Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, deren Gründung uns heute zusammengeführt hat. Ihre Wirksamkeit braucht deshalb — selbstverständlich — nicht auf unser Land beschränkt zu sein. Dies ist weder gewollt noch wäre es praktisch möglich. In diesem Sinne freue ich mich, daß dem Kuratorium der Akademie zwei namhafte Persönlichkeiten von außerhalb Bayerns angehören und auch zum heutigen Festakt zahlreiche Gäste aus anderen Ländern der Bundesrepublik nach München gekommen sind. Es wäre mir eine Genugtuung, wenn Sie die Überzeugung mitnähmen, daß die Arbeits- und Sozialmedizin auch künftig von Bayern aus wesentliche Impulse empfangen wird.

Alles in allem glaube ich, daß der Arbeits- und Sozialmedizin in Bayern — sowohl was die Theorie als auch, was die Praxis anbelangt — eine gute und zukunfts-trächtige Heimstatt geschaffen wurde. In diesem Sinne wünsche ich der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin ein intensives und fruchtbares Wirken zum Segen der arbeitenden Menschen, zum Nutzen aller Sozialversicherten, zur Förderung des sozialen Fortschritts in unserem Lande.“

Schlußwort

Von Professor Dr. med. Helmut Valentin, Erlangen

„Als gegenwärtig noch einziger ordentlicher Ordinarius für Arbeits- und Sozialmedizin in Bayern und Direktor des Institutes der Universität Erlangen-Nürnberg bin ich gebeten worden, das Schlußwort bei diesem Festakt zu übernehmen. Ich habe dieser Bitte gerne entsprochen, da mir hierdurch Gelegenheit gegeben wird, als Fachvertreter und im Namen des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin dem Bayerischen Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herrn Dr. F. PIRKL, den Dank für diese fortschrittliche und zukunftsweisende Gründung einer Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin auszusprechen. Auf Anregung des Bayerischen Landtages und des Senates ist mit der Verordnung vom 27. Mai 1968 diese Akademie institutionalisiert und damit eine Begegnungsstätte von Wissenschaft und Praxis geschaffen worden. Sie wird ganz sicher mannigfaltige und vielschichtige Auswirkungen auf die Bundesrepublik und darüber hinaus auf den EWG-Raum haben. Die Weiterbildung und Fortbildung der Ärzteschaft auf diesen beiden Fachgebieten soll zukünftig hier im Vordergrund stehen. Es ist darüber hinaus anzustreben, mit wissenschaftlichen Mitteln den politischen Entscheidungskern in zahlreichen sozial- und arbeitsmedizinischen Fragen vorzubereiten. Das Für und Wider kontroverser Fragen kann an dieser Stätte mit Sachverständnis, Souveränität, Distanz und Würde im Wege fairer Gegenüberstellung der Standpunkte zur Geltung gebracht werden. Wenn man als unabhängiger Sachverständiger häufig zu Beratungen bei der EWG in Brüssel, der Montan-Union in Luxemburg, dem Bundesarbeitsministerium oder den verschiedenen Ausschüssen des Bundestages geladen wird, ist zunächst festzustellen, daß auch heute noch die Autorität des sachkundigen Wissenschaftlers gilt. Man bemerkt jedoch recht bald auch eine Lücke zwischen Wissenschaft und Praxis. Sie sollte im Interesse der werktätigen Generationen, aber auch der sozial zu sichernden Bevölkerungsteile, in der Zukunft mehr als bisher beachtet und möglichst auch geschlossen werden, um die Wirklichkeit von Arbeitswelt und Gesellschaft humaner zu gestalten. Alle Bereiche unseres Lebens sind gegenwärtig durch Fortschritt, Wandel und Differenzierung in bisher unvorstellbarem Ausmaß gekennzeichnet. Das gleiche gilt für die medizinische Ausbildung an den Universitäten. Dabei sind Befürwortung und Förderung, aber auch Zurückhaltung und Besorgnis Attribute, die die strukturellen Änderungen in unseren medizinischen Disziplinen begleiten. Der rasche Zuwachs an Wissensgut mit seinen praktischen und wissenschaftlichen Konsequenzen konfrontiert uns jetzt permanent mit dem Trend zur Spezialisierung und Verselbständigung. Die Voraussetzungen zur Abtrennung sind erfüllt, wenn durch den qualitativen und quantitativen Erkenntnisgehalt der Sondergebiete und durch die Exklusivität der Methoden und Techniken die praktische Tragfähigkeit für die theoretische und klinische Arbeit erkennbar ist. Wir sind bei der Bedeutung von

Arbeitswelt und Gesellschaft für den Menschen unserer Tage der Auffassung, daß Arbeitsmedizin und Sozialmedizin den Status unabhängiger und selbständiger Fächer beanspruchen können und müssen.

In den letzten Jahren sind zahlreiche Ordinariate, Extraordinariate und selbständige Abteilungen in den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik geschaffen worden. Weiterhin wurde eine Reihe von Lehraufträgen vergeben. Bekanntlich hat die Fachvertreter-Kommission des Westdeutschen Medizinischen Fakultäten-Tages in den letzten Monaten einen Vorschlag für den zukünftigen Studiengang erarbeitet. Herr H. SCHAEFER, Heidelberg, und ich haben hierbei die Sozialmedizin und die Arbeitsmedizin vertreten. Beide Disziplinen sind in dem Fächer-Katalog während des zweiten klinischen Studienabschnittes als Lehr- und Prüfungs-Fächer angemessen berücksichtigt worden.

Für die Weiterbildung der Ärzte haben der Vorstand der Bundesärztekammer und der Deutsche Ärztetag die Zusatzbezeichnung ‚Arbeitsmedizin‘ zugelassen. Nach Absolvierung einer entsprechenden praktischen Tätigkeit und nach dem Besuch eines dreimonatigen Kurses in einer Akademie für Arbeitsmedizin wird sie durch die Landesärztekammer vergeben. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß die jährlichen Kosten für Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle in der Bundesrepublik fast in gleicher Höhe wie die Ausgaben für Universitäten und Hochschulen, also für Lehre, Forschung und Wissenschaft insgesamt, liegen.

Der Vorschlag zur Schaffung der Zusatzbezeichnung ‚Sozialmedizin‘ steht mit ähnlichen Vorschriften gegenwärtig zur Diskussion. In einem sachlichen Gespräch können die noch bestehenden Widerstände und Befürchtungen ganz sicher ausgeräumt werden. Man sollte hierbei nach meinen Erfahrungen nicht jeden niedergelassenen praktizierenden Arzt belasten und vielleicht überfordern, andererseits sollte jeder Kollege nach entsprechender Weiterbildung die Möglichkeit haben, auf diesem so bedeutsamen Fachgebiet tätig zu werden. Immerhin betragen die Nettoaufwendungen der Träger der öffentlichen Sozialleistungen in der Bundesrepublik im Jahre 1966 fast 70 Milliarden DM. Der Arzt nimmt hierbei in zahlreichen Sparten ohne Zweifel eine Schlüsselstellung ein.

Abschließend sei festgestellt, daß, wenn wir in der Welt als Industriestaat mit sozialer Sicherung konkurrenzfähig bleiben und unseren Lebensstandard halten und verbessern wollen, für Wissenschaft und Forschung, Ausbildung und Weiterbildung zukünftig noch mehr als bisher die großzügige Unterstützung des Staates unumgänglich notwendig ist. Mit der Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin hat der Freistaat Bayern einen neuen wichtigen Beitrag für den Menschen in Arbeitswelt und Gesellschaft geliefert.“

Heutige Notwendigkeiten und Grenzen chirurgischer Lehre*)

Von F. Holle

Die oberste Aufgabe des jungen Menschen ist die engagierte und unermüdlich betriebene Erlernung eines Berufes. Wir Chirurgen wissen besonders gut, wie hart die Realisation eines erfolgreichen Tagewerkes ist, und daß niemandem Erfolg ohne Leistung zufließt. Der Chirurg vermag daher etwas über erfüllte oder vernachlässigte Pflicht zu sagen. Ist für die uns hler angehende chirurgische Ausbildung stets alles so geschehen, daß die junge Generation zu Recht revoltiert oder die ältere Generation vor der Zukunft nicht bestehen könnte? Ich will versuchen, hierzu aus meiner Sicht, also aus der Erfahrung einer kleinen, aber mit einer wichtigen Lehraufgabe betrauten Institution, beizutragen.

Ein Rückblick in die Geschichte ist nie fehl am Platz, bevor man sich zukunftsweisenden Gedanken zuwendet. Wie viele ältere Krankenhäuser Europas ging die Poliklinik aus einem ordenseigenen sogenannten „Heiliggeistspital“ hervor. In den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts wurde eine allgemeine Poliklinik darin untergebracht. 1907 wurde die jetzige Poliklinik errichtet. Vater des Gedankens einer Poliklinik war Franz REISINGER, Lehrer für Chirurgie in Landshut, als die Universität noch nicht nach München verlegt war. Sein Lieblingsgedanke war die „wandelnde Klinik“. Zu ihrer Verwirklichung vermachte er der Universität München sein ganzes Vermögen, etwa 300 000 Gulden. Der regelmäßige Betrieb einer chirurgischen Poliklinik entwuchs erst der Initiative v. ANGERERS, des Gründers der Bayerischen Chirurgenvereinigung (1911), der die poliklinische Praxis ganz seinem Mitarbeiter Ferdinand KLAUSNER anvertraute. KLAUSNER war bis 1923 im Amt. Sein Nachfolger, Freiherr von REDWITZ, ein Schüler Eugen ENDERLENS, verfaßte hier während seiner bis 1928 dauernden Amtszeit seine ersten Arbeiten über Magen-Darm-Chirurgie. Mit v. REDWITZ verbindet mich persönlich mein chirurgischer Lehrer, WACHSMUTH, der der ENDERLEN-v.-REDWITZschen Schule entstammt. Es ist also kein Zufall, wenn sich die Chirurgische Poliklinik München heute wieder intensiv mit Fragen der Bauchchirurgie, speziell mit Pathophysiologie des Magens, befaßt. Von REDWITZ folgte Max LEBSCHKE, der als erster darauf drang, auch stationäre Patienten aufnehmen zu können. LEBSCHKE mußte die Klinikleitung 1936 an seinen Oberarzt ERNST übergeben. In Würdigung seiner kompromißlosen Haltung gegenüber dem NS und wegen seiner ärztlich-wissenschaftlichen Leistungen wurde LEBSCHKE nach dem Kriege ein Extraordinariat für Spezielle Chirurgie zuerkannt. Diese Lehrstuhlbezeichnung trägt die Chirurgische Poliklinik auch nach der Umwandlung in ein planmäßiges Ordinariat seit 1965. Dr. GENNEWEIN gebührt das Verdienst, in Zeiten höchster Not von 1946 bis 1947 die

kommissarische Leitung übernommen und einen behelfsmäßigen Unterricht fortgeführt zu haben. Erst Hans BRONNER konnte die Chirurgische Poliklinik aus dem unmittelbaren Nachkriegschaos herausführen. Seine Vorstellung war die Pflege einer speziellen Chirurgie mit Betonung der Bauchchirurgie. Hier konnte ich anknüpfen und meine Klinik dahin weiterentwickeln, daß die Säulen der Chirurgie, nämlich Allgemeine und Unfallchirurgie sowie spezielle gastroenterologische Chirurgie, in Lehre und Forschung betrieben werden können. Die Operationsmöglichkeiten wurden ausgebaut. Große Operationen unter allen aseptischen Kautelen sind jetzt möglich. Zur Intensivierung der Versorgung Unfallverletzter und der Ausbildung der Jungärzte wurde mit der Städtischen Berufsfeuerwehr ein Notarzdienst eingerichtet. Die Organisation hat sich infolge glänzender Zusammenarbeit hervorragend bewährt. Für die Risikopatienten ist eine Wachstation mit Intensivpflege und fachanästhesiologischer Betreuung vorhanden. Nach über sechsjährigen Bemühungen gelang es, den Bau einer zentralen Röntgenabteilung im Hof der Poliklinik zu beginnen. Die Bauarbeiten sind im Gang. Die geplante Bauzeit beträgt drei Jahre. Durch diese Abteilung werden Krankenversorgung, Lehre und Forschung erleichtert und die Poliklinik zu einem Poliklinikum erweitert. Seitdem eingesehen wurde, daß die Poliklinik als eine aus dem Zentrum Münchens nicht wegzudenkende Einrichtung für Therapie, Lehre und Forschung bestehen bleiben muß, konnten auch die Widerstände gegen Investitionen in diese Aitbauten überwunden werden. Freilich bleibt auch dann noch die Aufgabe, 350 bis 570 eingeschriebene Studenten pro Semester intensiv auszubilden, unbewältigt. Sie wird sich erst in Verbindung mit dem Großklinikum und der TH-Fakultät lösen lassen.

Das Beispiel der Poliklinik zeigt, daß Fakultät, Universität und Ministerien zu Unrecht vorgeworfen wird, sie hätten nichts unternommen, um die Kriegsfolgen zu beseitigen und den wachsenden Anforderungen der Wissenschaft und der Studentenzahlen gerecht zu werden. Die Beschleunigung dieses Prozesses überrollte aber oft das Leistungsvermögen des verantwortlichen einzelnen ebenso wie das der Staatskasse. Mangelnde Anpassungsfähigkeit der Professoren und ihr halsstarres Festhalten an verbrieften Vorrechten kommen zwar vor, sind aber doch nur in Einzelfällen der Grund, wenn es nicht zum Schritthalten mit der Akzeleration der Bedürfnisse kommt. Die Reformen werden von der fortschreitenden Spezialisierung diktiert. Das Problem ist, der fortschreitenden Differenzierung Raum zu schaffen und zugleich den Zusammenhang des Ganzen zu wahren. Die „Einheit der Medizin“ dem Kranken gegenüber kann nur bewahrt werden, wenn pragmatisch vorgegangen wird. Intensivierung und Reform der Organisations- und Unterrichtsmethoden sind das Entscheidende. Die materiellen Voraussetzungen haben lediglich zu garantieren, daß Erfindungen und Neue-

*) Vortrag anlässlich der Eröffnung der 45. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung am 19./20. Juli 1968 in München.

rungen überhaupt möglich werden und eine organische Koordinierung der Betriebe stattfinden kann.

Die Ausbildung unserer Jugend in allen Berufen, nicht nur in der Chirurgie, ist der Kulturfaktor Nr. 1. Alle Kulturstatistiken beweisen dies. Hieran schließt sich das Fortlernen der Erwachsenen und ihr Vertrautwerden mit den täglich sich mehrenden Errungenschaften der Technik und Wissenschaft an. Der Anteil der 20- bis 24jährigen an der Ausbildung beträgt in den Vereinigten Staaten 43%, in Westdeutschland 7,5%, eine sehr beunruhigende Zahl! Auch die technologische Lücke ist unbestreitbar riesig. Der Jugend ist klar geworden, wie schwach ihre Ausbildung hierzulande ist. Manches der heutigen Unruhe mag daher kommen. Hieran sind aber nicht die Universitäten schuld, sondern die Bildungsexplosion in den meisten Kulturländern. Es bleibt nur die Möglichkeit, durch Mobilisierung aller Reserven und unter Heranziehung von Improvisationen und Übergangslösungen die Ausbildungsstätten quantitativ und qualitativ rasch und entscheidend zu erweitern. Für die Zweifler an der Bedürftigkeit unserer Ausbildungsmittel sei als Beispiel nur das Computerwesen genannt. Praktisch können wir uns seiner nicht bedienen. Wir wissen aber, daß Computer bis 1980 das Weltschrifttum erfaßt haben werden und wir dann damit in „realer Zeit“ arbeiten könnten. Alle amerikanischen Schulen und Universitäten sollen bis 1980 abgeschlossen sein. Wir müssen dieses Ziel in der gleichen Zeit erreichen. Unsere Zukunft wird eine elektronische sein. Sie ist in ersten Umrissen schon erkennbar. MacLUHAN sagt in seinem lesenswerten Buch „Die magischen Kanäle“ voraus, daß die Menschen des Jahres 2000 „Informationssammler“ und ihre Arbeit „bezahltes Lernen“ sein wird, und zwar Lernen, um leben zu lernen. Das Organische soll überall das Mechanische ersetzen. An die Stelle von Vorlesungen und Vorträgen tritt die Dezentralisation auch an den Universitäten. Statt zentralistischer Hochschulfabriken treten zahlreiche Gruppen-Colleges.

Ohne politisieren zu wollen, möchte ich sagen: Reformen sind nur von einer Aktivität zu erwarten, welche alle Fatalität, Ohnmacht, Verzicht und Resignation zu überwinden vermag. Eine optimale Ausbildung muß am Anfang solcher Aktivität stehen. Die Zukunft liegt ausschließlich in der Fähigkeit der Menschen, zu denken und zu erfinden.

Zwar sagte J. BURKHARDT: „Um nur wenig zu erreichen, braucht die Geschichte ganz enorme Veranstaltungen und einen ganz unverhältnismäßigen Lärm“, und man fühlte sich an dies Wort erinnert bei dem Lärm, den unsere Studenten veranstalten. Dennoch möchte ich den jungen Kollegen raten, vom Lärmen abzulassen und sich dem Denken und Erfinden zuzuwenden. Wir, als die z. Z. mit der Verantwortung Betrauten, werden folgende Pläne weiterzuentwickeln haben: Struktur und Größe von Instituten und Kliniken zu überprüfen — Dezentralisation gegenüber weitgehender Zentralisation vorzuziehen —, erfolgversprechende Spezialgebiete besonders zu unterstützen. Studiert werden muß in kleinen Gruppen am Krankenbett und im Blocksystem. Im Idealfall sollen in einer Gruppe nicht mehr als 6—10 Studenten sein. Die Didaktik benütze alle Massenmedien, wie Fernsehübertragung, Computer, Band- und Sprechgeräte! Die bauliche Planung lasse

sich davon leiten, die Koordination von praktischer mit theoretischer Ausbildung zu erleichtern. An der Leitung von Instituten und Kliniken sind alle Leiter selbständiger Abteilungen gleichberechtigt zu beteiligen. Gewählte geschäftsführende Direktoren sind für die Gesamtleitung zu bestellen und im Turnus abzuwechseln. Überspezialisierung wird durch Integration von Krankenversorgung, Facharztausbildung und des Unterrichts verhindert. Jüngere Kräfte werden freigebig an den Forschungsvorhaben beteiligt. Praktische operative Verantwortung unter Anleitung eines älteren Kollegen wird ihnen frühzeitig anvertraut. Grundlagenforschung verlangt der Rentabilität wegen straffe Zentralisierung. Zusammenfassung der Arbeitsgebiete durch Verbundforschung mehrerer Institute und Kliniken ist unerlässlich. Der für die ärztliche Versorgung erforderliche Bedarf muß ständig überprüft werden. Studienbeschränkungen können entsprechend dem Bedarf und der Ausbildungskapazität der Hochschulen unvermeidlich werden. Fakultäten und Verwaltungsorgane sorgen fortlaufend für die Regulierung. Die Zahl der Studienanfänger sollte 75 pro Semester nur ausnahmsweise übersteigen. Die Ausbildungskapazität wird durch Heranziehung „akademischer Krankenanstalten“ gesteigert.

Diese und ähnliche Reformmaßnahmen können nur durch kleine, aber rasche Schritte erzielt werden. Himmelstürmende Reformpläne, welche allzu tief in die Bildungsstruktur eingreifen (Dahrendorf-Plan), werden überlebt sein, bevor auch nur ein Bruchteil davon realisiert wurde. Wir Professoren fühlen uns z. Z. von allen Seiten reichlich im Stich gelassen. Es wird uns plötzlich die Verantwortung für den „Großbetrieb Universität“ auferlegt. Dem können wir nicht gewachsen sein, weil unsere Aufgabe weniger die Organisation als die Unterrichtsmethodik und Auswahl des Unterrichtsstoffes ist. Hier liegt unsere Freiheit! Sie darf nicht beschränkt und keiner Kontrolle unterworfen werden. In Prüfungen und Berufungen ist nach wie vor nur das Leistungsprinzip maßgebend. Durch Änderung der Verfahren kann einiges beschleunigt werden; doch darf von Strukturänderungen allein keine Leistungssteigerung und kein echter Abbau der Spannungen erhofft werden. Wir alle wünschen, daß NIETZSCHE zu Unrecht sagte: „Der Mensch ist ein Versuch, den die Natur demnächst aufgeben wird.“ Wir teilen als Ärzte vielmehr die Hoffnungsfreudigkeit des Satzes von J.-P. SARTRE: „Der Mensch ist die Aufgabe der Zukunft!“ Wie lange noch werden sich Resignation und Optimismus, Verzweiflung und Hoffnung hierbei im Wege stehen?

Lassen Sie mich schließen mit einem der letzten Worte Robert KENNEDYS, kurz vor seiner Ermordung gesprochen:

„Ob es uns gefällt oder nicht, wir leben in interessanten Zeiten; in einer Zeit der Gefahr und Unsicherheit; aber sie steht offener für die schöpferische Energie des Menschen als jede andere vor ihr.“

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. F. Holle, Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität München, 8000 München 15, Pettenkoferstraße 8a

Fragwürdigkeiten des naturwissenschaftlichen Menschenbildes*)

Von Thomas Regau

Erlauben Sie, daß ich von dem üblichen Festvortrag, in dem wir meist die Erfolge der modernen Medizin feiern und, uns selbst überhöhend, von unserem humanitären Auftrag sprechen, abweiche. Die Erfolge der modernen Medizin, die zuweilen ans Wunderbare grenzen, liegen heute vor aller Augen, wir brauchen sie unter uns nicht zu bestätigen. Ich möchte vielmehr fragen, wie das Menschenbild der modernen Naturwissenschaft beschaffen ist, das hinter dieser glanzvollen Fassade der Tageserfolge steht.

Im avantgardistischen Lager moderner Experimentatoren ist diese Frage, wie ich weiß, unbeliebt. Aber gerade das muß für den Psychologen und Kulturkritiker zum Anlaß werden, diese Frage erst recht zu stellen.

Wahrscheinlich haben wir, die wir hier versammelt sind, kein einheitliches Menschenbild, mindestens nicht in den Einzelheiten, aber gewiß in den humanitären Grundzügen. Auch hat sich das Menschenbild der Naturwissenschaft im Laufe der Zeit immer wieder geändert; es spiegelt ja die Forschungsergebnisse der jeweiligen Epoche wider.

Wir können uns hier nicht mit der vollständigen Geschichte dieses Menschenbildes befassen, sondern nur einige Daten in unsere Erinnerung zurückrufen.

Als die ersten Dampfmaschinen gebaut worden waren, erschien das berühmte Buch von DELA METTRIE (1747), „l'homme machine“, in dem der Mensch als eine Verbrennungs- und Triebmaschine dargestellt wurde. Wir hatten es ja zeitweise bis auf 50 Triebe gebracht. Diese Vorstellungen hat dann der Russe Ivan Petrowich PAWLOW mit seiner Lehre von den angelernten Reflexen abgelöst. Gewiß erlaubte seine Theorie, etwa die Neurose als den Konflikt unvereinbarer Signale und Reflexe zu deuten, aber über dem Mosaik der Einzelheiten ging der Blick für den Menschen verloren. Zuletzt war in dieser Reflexmaschinerie auch die menschliche Freiheit zu einem Reflex atrophiert.

Im Darwinistischen Menschenbild aber, das ebenso genial wie simpel war, erschien der Mensch nur mehr als ein tierischer Spezialfall. In solchen Entwürfen wurde stets nur gezeigt, was wir mit dem Tier gemeinsam haben an somatischer Ausstattung und an organischen Werkzeugen. Aber es wurde darüber vergessen, was uns vom Tier unterscheidet. Nur so konnten Auswüchse entstehen, wie der Entwurf des Leipziger Arztes Hermann ROHLER, der eine Kreuzung von Mensch und Affe propagierte, um das Missing link unserer Ahnenreihe durch Rückzüchtung herzustellen. Er hatte alle Einzelheiten dieser Bastardierung in seinem Buche überprüft, die Affen- und Negerrassen, die dazu besonders geeignet seien, bis zur Bereitstellung sowohl menschlicher wie tierischer Nahrung für den voraussichtlich geschwänzten, aber sprachlosen Bastard. Selbst dessen rechtliche Stellung war ausführlich diskutiert

worden, während die moralischen Probleme fast vollkommen im Hintergrund blieben. Tierquälerei komme nicht in Betracht, da der Eingriff ja schmerzlos sei. Es wurde aber nicht allein die künstliche Befruchtung ins Auge gefaßt, sondern auch mit dem natürlichen Akt zwischen Mensch und Affe geliebäugelt. Der Versuch wurde eine „befreiende Tat“ genannt; die Wissenschaft sei nur einer „autonomen Vernunftmoral“ verantwortlich. Solche Gedanken sind offenbar nicht ausgestorben. Vor Jahren ging das Gerücht, daß solche Kreuzungen in Virginia vorgenommen worden seien. Aus einigen Bemerkungen in Memoiren ist zu erfahren, daß sie auch in russischen Instituten, wenn auch ohne Erfolg, versucht worden sind.

Ein anderes Menschenbild ist in der Zeit des Sozialdarwinismus entstanden, der eine verkappte politische Biologie enthielt. Sie war eingeleitet worden durch ein Preisausschreiben, dessen Urheber der Industrielle Alfred Friedrich KRUPP war, und das den verhängnisvollen Titel trug „Was lernen wir aus der Abstammungslehre für Innenpolitik und Gesetzgebung“? Es war die Geburtsstunde einer militanten Rassenhygiene. Aus dem Entwurf, den der große Strafrechtslehrer Karl BINDING und der berühmte Psychiater in Straßburg und Freiburg, Alfred HOCH, zur Vernichtung lebensunwerten Lebens 1920 vorgelegt haben, ging schon hervor, daß nur mehr der Nutzeffekt des Menschen kalkuliert wurde. Der Geisteskranke erscheint dort nicht als Bruder Mensch, sondern als eine „leere Menschenhülle“. Man sprach vom Eintritt in eine heroische Phase der Naturwissenschaft. Aber im Rückblick war es der Eintritt in die Insektenwelt, in der, um ein Wort Ernst JÜNGERS zu gebrauchen, der Mensch zu einer Laus wird, die man zertritt. Es war vor einigen Jahren Hugo STAUDINGER, der den entsetzlichen, aber berechtigten Verdacht äußerte: es hätten die Konzentrationslager in einmaliger Weise dem Experimentator Versuchsbedingungen geboten, die er sich vielleicht heimlich immer gewünscht habe, nämlich freil und ohne Rücksicht auf das Forschungsobjekt experimentieren zu können. Das Menschenbild der Naturwissenschaft war an dieser Entwicklung mitschuldig. Man kann die Verbrecher jener Zeit nicht so sehr als Einzeltäter sehen, wie Viktor von WEIZSÄCKER und Alexander MITSCHERLICH wiederholt dargelegt haben, sondern als Vollstrecker des Urteils, das die moderne Naturwissenschaft längst über den Menschen gefällt hatte.

Dieses Menschenbild ist nie gänzlich getilgt worden. In den Büchern mancher heutiger Bevölkerungsstrategen kann man lesen, daß angesichts unserer Übervölkerung christliche Ethik zur Unmoral und Barmherzigkeit zum Verbrechen an den Lebenden werde. Ich frage, wie das Menschenbild solcher wissenschaftlicher Autoren beschaffen sein muß?

Auch die Maschinenvorstellungen vom Menschen leben ja immer weiter. Selbst die Patienten sprechen bereits vom „Überholen“ oder „Motoraustauschen“. Wir haben es zu Ersatzteillagern von Organen, zu Blut- und Spermbanken gebracht. In mancher Vorstellung ist der

*) Nach einem Vortrag, der auf der Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V. am 18. 10. 1968 in Augsburg freil gehalten und auf Wunsch erst nachträglich anhand der Stichworte aufgezeichnet wurde.

Arzt bereits zum Monteur geworden, der wie dieser den Schaden lokalisieren und beheben soll. Als in Texas vor ganz kurzer Zeit einer jungen Frau, die ihr Leben verzweifelt durch einen Kopfschuß beendet hatte, das Herz, beide Nieren und eine Lunge entnommen und anderen Kranken eingepflanzt wurden, meinte ein durchaus gebildeter Mann: „Die haben das Mädchen ganz schön ausgeschlachtet.“

Das tertium comparationis brauchen wir wohl nicht zu nennen. Und wieder frage ich, wie das Menschenbild dieses Sprechers, der ja im Zeitalter der Transplantationen nicht allein steht, beschaffen sein muß.

Am deutlichsten werden die Konturen des Menschenbildes immer in unserem Verhältnis zum Tod. Er ist längst zum störenden Betriebsunfall geworden, den man im Laufe der Zeit zu vermeiden lernen wird und den man bis dahin auf jeden Fall in die anonyme Atmosphäre des Krankenhauses abschleibt. Sterben im Anblick und in den Armen der Nächsten wird immer unmoderner. So, wie man das Menschenbild des Darwinismus nur auf dem Hintergrund der Gründerzeit, des aufkommenden Rassebewußtseins in der Kolonialpolitik, des Manchestertums und des wirtschaftlichen Konkurrenzdenkens richtig nachzeichnen kann, so kann man das Menschenbild unseres Elektronenzeitalters nur auf dem Gesamthintergrund der Zeit sehen. Wir haben gelernt, Automaten mit menschlichen Intelligenzleistungen und einem künstlichen Nervensystem, die sich wie lebende Wesen verhalten, zu bauen. Einer dieser jungen Experimentatoren hat mir in einer Diskussion gesagt, er könne keinen Unterschied zwischen einem Menschen und seiner selbstgebauten Schildkröte sehen, die sich, wenn er jetzt heimkomme, genauso sichtbar freuen werde, wie seine Frau.

Der Mensch wird weithin als automatische Schalt- und Informationsmaschine betrachtet. Niemand wird bestreiten, daß sich einige elektronische Schaltungen etwa mit gewissen Ganglienschichten in unserer Sehrinde vergleichen lassen. Aber noch immer ist die Sprache als höchste menschliche Funktion mehr als ein Austausch mechanischer Informationen. Erschreckend, daß man schon von Computern spricht, denen man Verantwortung und ethische Haltungen einbauen werde. Selbst bekannte Kliniker rechnen damit, daß wir lernen werden, Bewußtseinsvorgänge elektronisch nachzubilden und beseelte Automaten zu erschaffen. Sie haben recht gehört: „beseelte Automaten“. Und wieder frage ich, wie das Menschenbild am Ende dieser Entwicklung aussehen wird?

Die elektronischen Zukunftsvisionen gipfeln derzeit in Gedankengängen des berühmten Mathematikers und Nobelpreisträgers Norbert WIENER. Er meint, daß wir eines Tages einen Menschen in Zeichen auflösen und an einen anderen Ort telegraphieren könnten, wo diese Zeichen Materie und Energie wieder informieren würden zu einer modernen Auferstehung im Fleische. Wir möchten mit Ewald WASMUTH gerne glauben, daß hier die Peripetie der Naturwissenschaft erreicht sei, weil an solchen Modellen sichtbar werde, was den Menschen und den Automaten für immer unterscheidet. Ich teile diesen Optimismus nicht, denn inzwischen wälzt der Mensch ja seine Verantwortung auf den Computer ab. Der Mensch ist nicht mehr gerechtfertigt, wenn er das Men-

schennögliche getan hat, er muß das Elektronenmögliche getan haben. Gewissen wird so zur Schnelligkeit der Kalkulation. In diesem Menschenbild sehen wir bestenfalls einen Grundriß, dem aber die Vertikale, die dritte, die menschliche Dimension überhaupt fehlt.

Die Zeit erlaubt uns nicht, auf die häufigen Grenzüberschreitungen der Verhaltensforschung einzugehen, deren Beobachtungsergebnisse uns alle angehen und oft genug frappieren.

Aber auch hier wird die Sonderstellung des Menschen, ohne die unsere Humanmedizin nicht denkbar ist, immer mehr angegagt. Greifen wir einen der elektrischen Versuche heraus, mit denen Professor HESS in Zürich schon vor einem Menschenalter diese neue Forschungsrichtung eingeleitet hat.

Wenn man eine feine Elektrode in den Thalamus, das Verwaltungszentrum unserer Sensibilität, einführt, so kann man dem Tier ein universelles Lustgefühl verschaffen. Lehrt man z. B. Ratten durch Schalldruck diese Reizung selbst in Gang zu setzen, so verschaffen sie sich dieses Lustgefühl bis zum völligen Zusammenbruch, selbst dann noch, wenn sie am Ende mit empfindlichen elektrischen Schlägen bestraft werden. — Soweit der Tierversuch.

In der Interpretation werden aber nun motorische Erregungen zu psychischen Haltungen umgefälscht, und das elementare Lustempfinden erscheint plötzlich als Glück — so, als hätten alte Begriffe ihren Sinn verloren. Es ist erstaunlich, daß auch ein so bedeutender Autor wie Sir Julian HUXLEY sich zu der Auffassung bekennt: es sei ganz gleichgültig, auf welche Weise Glück zustande kommt. Es komme doch nur auf das Glück an und elektrisches Glück sei auch Glück.

Daß man in gleicher Versuchsanordnung bei Reizung des Schläfenlappens alte Erinnerungen bis zur sinnlichen Deutlichkeit wieder aufwecken kann, wird keinen Kenner überraschen. Jetzt aber spielt man mit dem Gedanken, ob man dem Menschen nicht auf gleiche Weise Fremderinnerungen implantieren könne. Offenbar wird im Menschenbild solcher Forscher vergessen, daß das Gedächtnis ja die Kontinuität der Persönlichkeit ausmacht, und daß der Mensch ein geschichtliches Wesen ist. Werfen wir noch einen Blick auf die neuesten, wenn auch noch utopischen genetischen Entwürfe, hinter denen sogar einige Nobelpreisträger stehen.

Bereits ertönt der Ruf, daß das ganze menschliche Protoplasma umgeformt werden müsse. Seit es methodisch möglich ist, Fragmente eines Genoms von einer Fliegenart auf die andere zu übertragen, will man eines Tages auch wertvolle Eigenschaften anderer Lebewesen auf den Menschen übertragen, z. B. Affenkeime auf Menschengene. Auf diese Weise könne man den idealen Raumfahrer der Zukunft vielleicht affenähnlicher machen, da die menschlichen Becken- und Beinformen in den fliegenden Weltraumkörpern unzuweckmäßig seien.

Natürlich gibt es Gründe genug, die uns eine Aufbesserung menschlichen Erbgutes wünschenswert erscheinen lassen. Bisher sind aber doch von allen Mutationen 98—99% negative Veränderungen gewesen. So weiß niemand, ob wir mit solchen genetischen Experimenten nicht das genaue Gegenteil erreichen. Auf jeden Fall werden bei solchen Experimenten höchste Menschen-

opfer mit minotaurischer Selbstverständlichkeit einkalkuliert. Wir können uns nicht wundern, daß besonnene Forscher die Pläne der Genetiker für gefährlicher halten als die Existenz der Kernwaffen.

Abermals: welches Menschenbild müssen manche Vertreter der heutigen Genetik haben? Ich glaube, es ist nicht allzuschwer zu sagen, denn in seinem Buch „Schöne neue Welt“ hat schon vor 30 Jahren Aldous HUXLEY, der Bruder des Biologen, dieses Menschenbild mit sarkastischer Genauigkeit dargestellt. Vieles davon, was damals Utopie erschien, wird bereits zur Wirklichkeit.

Sie werden vielleicht einwenden, meine Betrachtungen seien ein verfrühter Kassandraruß. Ich glaube, daß er eher zu spät kommt, da sich nicht nur die wissenschaftliche Neugier als unaufhaltsam erwiesen hat, sondern weil wir auch durch Nikolai BERDJAJEW, den russischen Philosophen und Symbolisten, wissen, daß sich in der Geschichte nicht die gemäßigten und vernünftigen, sondern die brutalen und totalitären Utopien verwirklichen. Sie können auch darauf hinweisen, daß wir eine leistungsfähige Tiefenpsychologie haben, und daß eine neue vertiefte Anthropologie, die im Jahrhundertbeginn nicht viel mehr war als eine vergleichende Knochenlehre, auf dem Wege sei. Niemand kann beide mehr begrüßen, doch glaube ich nicht, daß sie schon wirksame Bestandteile der Arbeit der modernen Forscher und ihres Menschenbildes geworden sind. Eigene Erfahrungen aus den letzten Jahren haben mir das oft bestätigt. Als ich vor kurzem mit dem Bologneser Professor Daniele PETRUCCI diskutierte, sind meine moralischen Fragen zur Retortenschwangerschaft kaum in ihrem eigentlichen Gehalt aufgefaßt worden. Auch Fragen wie die, ob eine Mutter in den 9 Monaten der Schwangerschaft dem Kind vielleicht doch mehr zuführt als nur die Nahrung — gewiß eine Frage, die derzeit niemand beantworten kann, die aber bis in die Erblehre eingreifen könnte —, wurden von jüngeren Diskutanten eher belächelt als beantwortet.

Vor einigen Jahren wurde mir nach einem Vortrag über Albert SCHWEITZER und seine Ehrfurcht vor

dem Lebendigen von einem jungen Biochemiker, der etwas nach Nobelpreis riecht, eingewandt: Leben ist ein Eiweißproblem. Wir werden dieses Leben eines Tages synthetisieren. Wieso soll ich vor Eiweiß Ehrfurcht haben, gar wenn ich es selbst herstellen kann? Und wieder frage ich, kann aus solchen Grundeinstellungen ein der Humanmedizin dienliches Menschenbild hervorgehen? Wenn wir Leben in der Retorte — PETRUCCI nennt sie seine „biologische Wiege“ — zur Entfaltung bringen, und nach einigen Wochen oder Monaten nach Belieben wieder töten, dann werden wir die Ehrfurcht vor dem Lebendigen immer weiter zerstören und auch keine Hemmungen mehr empfinden, zu töten.

Gewiß, wir Älteren sind durch Erfahrung allergisch geworden gegen Experimente am Menschen. Wir haben erlebt, wie schnell die Achtung vor dem Leben des anderen ausgehöhlt und zerstört werden kann. Sehen Sie mir, bitte, solche Allergie nach. Schon sprechen Kliniker davon, daß man den Hippokratischen Eid abschaffen solle, denn in ihm würden antike Götter angerufen, die für uns nicht mehr verbindlich seien. Ich halte das, mit Verlaub, für pure Spiegelfechterei, denn hinter dieser Kritik am Arztgelohns stehen auch bereits wieder Pläne für eine, wenn auch begrenzte, Euthanasie auf.

Wir haben das Menschenbild der modernen Naturwissenschaft immer wieder zu überprüfen, um einem neuen Absinken in die Barbarei vorzubeugen. Wenn im Menschenbild des Arztes das Individuum nicht mehr unvertauschbar ist, wenn unser ärztliches Menschenbild nicht die Humanität und die Psyche des Menschen mit einschließt, dann wäre wohl das Ende des alten Arztums gekommen.

Vielleicht ist all das, was ich Ihnen vorgetragen habe, vergeblich gesagt. Aber es ist notwendig, in dieser Welt auch immer wieder das Vergebliche zu tun. Wer wüßte das besser als der Arzt! Und am Ende werden wir entdecken, daß im bewußten Tun des Vergeblichen das Humanum steckt, ohne das jedes Menschenbild nur ein Torso sein kann.

Spezialklinik zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken in Bad Trißl, Gemeinde Oberaudorf, für Kassen- und Privatpatienten

— In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung
in Bayern —

Chefarzt: Dr. med. A. Leonhardt, Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Anmeldung von Patienten auf vorgedrucktem ärztlichem Befundbericht **ausschließlich** über die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung, 8000 München 23, Königinstraße 85/IV, zu Händen des Geschäftsführenden Arztes.

Nach entsprechender Benachrichtigung durch die Arbeitsgemeinschaft Einweisung in die Klinik mit dem üblichen Krankenhaus-Einweisungsschein bzw. einfachem Arztbrief bei Verlegung aus einer anderen Klinik.

Die Formulare für den Befundbericht sind bei der Arbeitsgemeinschaft und bei den Formularausgabestellen der Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhältlich.

Bundeseinheitliche Abgabeverordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel

Die neue Abgabeverordnung ist am 14. 8. 1968 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und am darauffolgenden Tag in Kraft getreten.

Infolgedessen gilt jetzt bereits die neue Abgabeverordnung und die in Bayern bisher gültigen Bestimmungen sind in vollem Umfang außer Kraft getreten.

Im allgemeinen Text ergeben sich gegenüber der bisher in Bayern gültigen Regelung auch nach der neuen Abgabeverordnung keine grundsätzlichen Änderungen. Der Begriff „innerer Gebrauch“ ist gleichgeblieben. Der Katalog der verschreibungspflichtigen Stoffe ist um einige wenige ergänzt worden, darunter mit besonderer Betonung Methyprylon (Noludar) und männliche Geschlechtshormone.

Die neue Verordnung bringt eine begrüßenswerte einheitliche Regelung, die Unklarheiten in Apotheken, wie sie früher häufig vorgekommen sind, ausschließt.

Werden zum inneren Gebrauch bestimmte verschreibungspflichtige Arzneimittel in abgabefertigen Packungen mit verschieden großem Inhalt in Verkehr gebracht, so darf, wenn in der Verschreibung eine genaue Angabe über den Inhalt fehlt, das verschriebene Arzneimittel nur in einer Menge abgegeben werden, die unter Berücksichtigung der Gebrauchsanweisung höchstens für einen Zeitraum von drei Wochen zur Anwendung ausreicht.

Für den Bedarf einer Krankenanstalt, für den Praxisbedarf genügt anstelle der Gebrauchsanweisung ein Hinweis auf den allgemeinen Verwendungszweck.

Diese Freizügigkeit gilt natürlich nur für Privatrezepte. Bei Rezepten zu Lasten der RVO-Kassen, der Ersatzkassen, der Berufsgenossenschaften, der Sozialhilfeverwaltungen, der Knappschaften usw., finden die „Besonderen Bestimmungen der Deutschen Arzneitaxe“ Anwendung.

Gemäß Ziffer 29 der Deutschen Arzneitaxe darf bei Verschreibung 1 „O. P.“ nur die kleinste im Handel befindliche Packung abgegeben werden.

Auch bei Wiederholungen gibt es eine neue Regelung. Bisher haben die Ärzte sehr häufig den gesetzlich notwendigen, etwas komplizierten Vermerk, wie oft und bis zu welchem Zeitpunkt ein rezeptpflichtiges Mittel wiederholt werden darf, nicht angebracht.

Nach der neuen Verordnung genügt ein Vermerk „reiteretur“ oder „wiederholbar“, dann darf der Apotheker das verschreibungspflichtige Arzneimittel auch zum inneren Gebrauch wiederholen, jedoch nur innerhalb von 3 Monaten seit der Ausfertigung der Verschreibung und höchstens zweimal.

Insgesamt also ist eine dreimalige Abgabe gestattet, jedoch mit der Einschränkung, daß die aus der Gebrauchsanweisung für einen Zeitraum von drei Monaten zu errechnende Gesamtmenge nicht überschritten wird.

Die Wiederholungsbeschränkung bezieht sich nur auf den inneren Gebrauch. Was unter innerer Gebrauch zu verstehen ist, ist in der Verordnung festgelegt und unterscheidet sich nicht von der bisherigen Regelung. Die meisten verschreibungspflichtigen Arzneimittel dürfen zum äußeren Gebrauch wiederholt abgegeben werden, ohne daß ein Wiederholungsvermerk erforderlich ist. Ein ausdrücklicher Wiederholungsvermerk ist für einige Stoffgruppen, wie z. B. Antibiotika, Sulfonamide, Kortisone u. a., durch den Arzt notwendig, wobei jedoch Beschränkungen in der Zeit nicht festgelegt sind.

Unberührt bleibt auch die Generalbestimmung, daß eine Wiederholung nicht stattfinden darf, wenn der Arzt die Wiederholung ausdrücklich ablehnt.

Der Vollständigkeit halber sei noch darauf hingewiesen, daß in dem Katalog der verschreibungspflichtigen Stoffe 61 Positionen angeführt sind, die, wie bisher, mit einer Gewichtsangabe versehen sind, z. B. Atropin und seine Salze, Digitalis-Zubereitungen, Secale-Alkaloide und ihre Salze usw.

Wenn aus der Verschreibung die Einzeldosis ersichtlich ist und diese die in dem Verzeichnis angegebene Gewichtsmenge nicht überschreitet, dann darf das rezeptpflichtige Arzneimittel sechsmal innerhalb von 6 Monaten wiederholt, also insgesamt siebenmal abgegeben werden.

Ferner möchte ich noch bemerken, daß die Nomenklatur der verschreibungspflichtigen Stoffe in dieser Verordnung viele Mängel aufweist, die im Laufe der Zeit behoben werden müssen.

Nach der 1. Verordnung zur Änderung der Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel wurde die verwendete Nomenklatur bereits neu gefaßt.

Dr. Stollnreuther, München

Band 10 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 18. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

Therapie der Magen- und Darmkrankheiten Therapie der Herz- und Kreislaufkrankheiten Probleme der medikamentösen Geburtenregelung

steht unseren Kollegen **kostenlos** zur Verfügung.

Die Kassenärzte Bayerns erhalten ihn über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die anderen Kollegen, die diesen Band ebenfalls zu erhalten wünschen, bitten wir um eine kurze Mitteilung; die Broschüre geht ihnen dann durch die Post zu.

AUS DEM STANDESLEBEN

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

40. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. Dietrich Jahn, Nürnberg

2. Hauptthema: „Aktuelle Diagnostik“

Professor Dr. H. E. BOCK, Tübingen:

„Wandel in der Diagnostik“

Maß und Zahl haben innerhalb der letzten Jahrzehnte vorwiegend in der klinischen Medizin zunehmend Eingang in die moderne Diagnostik gefunden. Die Belastungsproben sind differenzierter geworden. Außerdem ist es ein Novum in der Diagnostik, die fließende Dynamik eines Krankheitsgeschehens zu erfassen und sich nicht mit einer einmal fixierten statischen Diagnose zu begnügen. Die Forschung gibt uns neue Kriterien in die Hand, das Zeitgeschehen einer Krankheit zu verfolgen und zu objektivieren. Am Beispiel der Hämolyse mit wiederholter Bestimmung von LDH, Kalium, Eisen, Haptoglobin, Retikulozyten u. a. ist dies deutlich zu zeigen. Neu in der Diagnostik ist weiterhin das Problem der Bilanzierung mit Registrierung von Einfuhr und Ausfuhr sowie Erkennung der Transportvorgänge und großer Bereiche des intermediären Stoffwechsels. Auf diese Weise wird dem Arzt eine wesentlich größere Sicherheit in der Führung des Kranken ermöglicht.

Die zunehmende Spezialisierung ist ebenfalls eine notwendige Zeiterscheinung, die sich aus der Tatsache sprunghafter Ausweitung des Wissens auf den verschiedenen medizinischen Teilgebieten zwangsläufig ergibt. Eine gute Zusammenarbeit wird im Interesse einer optimalen Patientenbetreuung gefordert. Bei der Vielzahl moderner Untersuchungsmethoden, die die einzelnen Organe oder Organgruppen betreffen, ist eine nach der ausführlichen Anamnese auszurichtende gezielte Untersuchungstaktik unerlässlich. Es kommt im Hinblick auf ein aussagekräftiges Resultat darauf an, die zeitliche Reihenfolge der verschiedenen Untersuchungsvorgänge so zu wählen, daß man sich den weiteren diagnostischen Weg nicht verbaut (z. B. macht ein i. v.-Cholezystogramm wegen des jodhaltigen Kontrastmittels eine geplante Schilddrüsendiagnostik mit Radiojodtest danach unmöglich).

Eine große Rolle in der modernen Diagnostik spielt die Beachtung von Interferenzen bei der Beurteilung eines Krankheitsgeschehens. Besonders wichtig ist hier die Kenntnis der Symptombeeinflussung durch Medikamente, sei es durch kompetitive Mechanismen, durch Ausscheidungsstörung und Retention oder durch Beeinflussung des metabolischen Geschehens, um nicht Fehldeutungen zum Opfer zu fallen (Auswirkung von z. B. Butazolidin auf Marcumartherapie, Verhalten des Harnsäure- und Blutzuckerspiegels nach längerer Saluretikagabe).

Der Wandel der Diagnostik ist wie der Wandel der Krankheitsbilder eines der erregendsten und fruchtbarsten Phänomene unserer modernen Medizin. Jeder Arzt sollte lebendig davon Gebrauch machen und seinen Methodenschatz ständig neu ausrichten. Nach wie vor gehören jedoch Blutdruckmessung, Blutbild, Blutsenkung und Harnstatus mit an den Anfang einer jeden Untersuchung, da sie trotz aller methodischer Neuerungen nichts an lapidarer Bedeutung verloren haben.

Professor Dr. H. NIETH, Tübingen:

„Moderne diagnostische Maßnahmen zur Erkennung von Nieren- und Urotraktkrankungen und ihre Bewertung“

Grundlage des gesamten diagnostischen Vorgehens bilden Anamnese, status praesens und Urinbefund. Der semiquantitative Eiweißnachweis im Urin gelingt mit Teststreifen bzw. der Sulfosalizylsäureprobe, quantitativ mit der Biuretprobe, die qualitative Auftrennung geschieht mit der Harnelktrophorese bzw. Immunelektrophorese. Man unterscheidet eine selektive Proteinurie (vorwiegend niedermolekulare Eiweißfraktionen, wie Albumine und α -1-Globuline bei der Nephrose) von der unselektiven Proteinurie (alle Serum-Eiweißfraktionen bei schweren glomerulären Schäden und der Amyloidose). Die mikroskopische Untersuchung des Harnsediments ist von großer Bedeutung. Zu beachten sind Blutbestandteile, wie Erythrozyten und Leukozyten, Zylinder, Salze und Epithelzellen, die, je nach mengenmäßigem Auftreten, diagnostische Rückschlüsse erlauben. Bei Harnwegsinfektionen, insbesondere der Pyelonephritis, ist die bakterielle Harn diagnostik für die Therapie und Verlaufsbeurteilung unumgänglich. Aus dem Mittelstrahlurin werden die Keime zur qualitativen und quantitativen Bestimmung gezüchtet und auf ihre antibiotische Empfindlichkeit ausgetestet. Eine signifikante Bakteriurie als Folge eines Harnwegsinfektes ist vorhanden bei Keimzahlen von über 1 Million/ml Harn. Bei weniger als 10 000 Keimen liegt eine Verunreinigung vor, Zwischenbefunde sind kontrollbedürftig. Schwer zu erfassen sind Fälle, bei denen der Entzündungsherd keine Kommunikation mit dem tubulären Apparat aufweist und somit der bakterielle Harnbefund im Stich läßt.

Enzymaktivitäten im Urin lassen noch keine einheitliche Interpretation zu. Normalerweise kommen LDH und alkalische Phosphatase im Harn vor, ihre Aktivität steigt bei Nierenerkrankungen allgemein an. In der polyurischen Phase nach akutem Nierenversagen finden sich zu Beginn die LDH-Isoenzyme IV und V erhöht, später kommen die Untergruppen I, II und III vermehrt zur Ausscheidung (Folge der Regeneration der Tubulusepithelien).

Zu den Nierenfunktionsproben zählt der Konzentrationsversuch (sehr global), der Phenolrottest (tubulosekretorische Funktion) und die Clearanceuntersuchungen, die eine Aussage über Gesamtdurchblutung und glomeruläres Filtratvolumen ermöglichen. Die röntgenologische Untersuchung bei Nierenerkrankungen erlaubt neben der Diagnostik von organischen Veränderungen über die Konzentrationsfähigkeit des intravenös gegebenen Kontrastmittels auch eine funktionelle Beurteilung. Liegt eine eingeschränkte Nierenfunktion vor, so kommt man mit der Infusionsurographie häufig noch zu einem brauchbaren Ergebnis mit ausreichender Darstellung des Nierenbeckenkelchsystems und des Nierenparenchyms. Einseitige Nierendurch-

blutungsstörungen (eventuell Arterienstenose) können bei Frühaufnahmen (1, 2 und 3 Min. p. i.) durch verzögerte Kontrastmittelausscheidung erkannt werden. Ihre Bestätigung finden Nierendurchblutungsstörungen schließlich durch die Nierenarteriographie, wobei über einen von der Arteria femoralis hochgeschobenen Gefäßkatheter Kontrastmittel in die Nierenarterien eingebracht wird. Nierentumoren und Zystenieren werden auf diese Weise ebenfalls optimal dargestellt.

Als Suchtest bei der Hypertonie hat die Isotopen-nephrographie Bedeutung. Nach i. v.-Gabe von radioaktivem Jod-Hippuran wird mit Szintillationszählern der zeitliche Ablauf der Aktivität über beiden Nieren, dem Herz und der Blase registriert, charakteristische Kurven geben Aufschluß über die Art der Erkrankung. Bei der Nierenszintigraphie wird eine im Nierenparenchym selektiv angereicherte radioaktive Substanz topographisch nachgewiesen, Ausparungen deuten auf Tumoren, Zysten usw. hin.

Die Nierenbiopsie zur Gewinnung eines Gewebszylinders steht wegen der Risikofaktoren am Ende aller diagnostischen Maßnahmen, wenn nach wie vor differentialdiagnostische Schwierigkeiten bestehen, z. B. in der Einordnung einer unklaren Proteinurie oder Mikro-hämaturie, woraus sich erhebliche therapeutische Konsequenzen ergeben. Die Nierenbiopsie ist nur bei entsprechenden Nachbeobachtungsmöglichkeiten von einem Erfahrenen, am besten bei gleichzeitiger Infusionspyelographie, vor dem Fernseh-Bildwandler unter Berücksichtigung folgender Kontraindikationen vorzunehmen: Zystenieren, Tumoren, Arterienaneurysma, Hydro- oder Pyonephrose, Fehlen einer Niere, hämorrhagische Diathese, Arteriosklerose, Hypertonie mit diastolischem Blutdruck über 110 mm Hg, Niereninsuffizienz. An Komplikationen kennt man Hämaturie, eventuell mit koilartigem Koagelabgang, perirenales Hämatom und lokalen Spannungsschmerz.

Privatdozent Dr. F. H. KREUTZ, Marburg:

„Fortschritte in der Funktionsdiagnostik des Magen-Darm-Traktes“

Zur Beurteilung der sekretorischen Leistungsfähigkeit des Magens genügt nach wie vor die Prüfung der Salzsäureverhältnisse. Die Art der Untersuchung jedoch sowie die Interpretation der Ergebnisse haben sich grundsätzlich gewandelt. Die Koffein- und Alkoholstimulation ist durch Histamin ersetzt worden, da man hierdurch eine maximale Sekretion erreicht, die reproduzierbare Werte ergibt. Außerdem erfolgt die Aziditätsangabe heute nicht mehr in irgendwelchen Titrationszahlen, sondern es wird die Gesamtmenge der Säureausscheidung pro Zeiteinheit in mval bestimmt. Das hat seinen Grund darin, daß die Belegzellen der Magenfundusdrüsen eine immer gleichbleibende Konzentration an Salzsäure (160 mval/l) herstellen und stets nur die Menge der produzierten Säure reguliert wird. Der Begriff „Hyperazidität“ entfällt somit. Die Unterscheidung zwischen gebundener und freier Säure wird nicht mehr vorgenommen, man titriert bis zum Neutralpunkt (PH 7) am besten mit Phenolrot als Indikator und erfaßt nur noch die Gesamtsäureproduktion. Die Stimulation erfolgt nicht mehr mit Histamin, sondern mit dem histaminanalogen Betazol (100 mg) wegen der geringeren Nebenwirkungen. Kontraindikationen sind

Allergien, fortgeschrittenes Lebensalter, Hypertonus und Herzkrankheiten. Vorweg injiziert wird ein Antihistaminikum zur Kouplierung der Nebenwirkungen, das jedoch keinen Einfluß auf die sekretionsstimulierende Wirkung hat. Unter den Bedingungen der maximalen Stimulation beträgt die Salzsäureproduktion 20—25 mval/Std. Geht es darum, nur eine Anazidität zu bestätigen oder auszuschließen, so genügt die einfache sondenlose, rein qualitative Methode mit der Desmoidkapsel, eventuell unter Koffeinstimulation. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings ein gewisser Prozentsatz falsch-negativer Resultate. Als Basalsekretion (ohne Stimulation) dürfen nur 4 mval/Std. an Säure produziert werden.

Eine weitere Aufgabe ist die Differenzierung des Malabsorptionssyndroms, dessen Ursache sowohl in ungenügender Verdauung (Maldigestion) als auch in schlechter Resorption (Malabsorption im engeren Sinne) zu suchen ist. Fehlerhafte Verdauung kann in ungenügender Sekretion von Magensaft begründet sein, andererseits aber auch in einer Übersekretion, z. B. beim ZOLLINGER-ELLISON-Syndrom, so daß in den oberen Dünndarmabschnitten kein genügend alkalisches Milieu entstehen kann, was zur Hemmung der dort wirksamen Enzyme führen muß. Bei mangelhafter Gallensekretion kommt es wegen unzureichender Fettemulgierung ebenfalls zu einer Maldigestion, jedoch die häufigste Ursache hierzu liefert eine Störung der Pankreassekretion als Folge- oder Endzustand einer Pankreatitis. Die primäre Resorptionsstörung kann bedingt sein durch Verminderung der Oberfläche (Darmresektion) oder durch beeinträchtigte Zelleistung bei Enteritiden. Daneben gibt es biochemische Defekte der Darmschleimhaut, z. B. bei der einheimischen Sprue oder den Disaccharid-Resorptionsstörungen. Bilanzuntersuchungen geben Aufschluß über das Ausmaß einer Verdauungsinsuffizienz. Es wird bei definierter peroraler Zufuhr quantitativ der im Stuhl unverdaut ausgeschiedene Anteil, z. B. an Fett, bestimmt. Bei einer Gabe von 1,5 g Fett pro kg Körpergewicht werden normalerweise nicht mehr als 7 g im Stuhl gefunden (80% freie Fettsäuren, 20% Neutralfett). Vom mikroskopischen Nachweis an Fetttropfen, Muskelbruchstücken und Stärkekörnern ist kein aussagekräftiges Ergebnis zu erwarten.

An indirekten Methoden stehen die Toleranzteste zur Verfügung, wobei die Konzentration eines peroral zugeführten Stoffes im Blut gemessen wird. Im Falle einer Fettresorptionsstörung fällt die Vitamin-A-Testkurve im Blut deutlich abgeflacht aus, nach einer Vitamin-A-Belastung mit 12 000 IE/kg Körpergewicht. Von den Ausscheidungstests haben sich besonders die Xyloseprobe und der Schilling-Test bewährt, wobei nach abgemessener peroraler Gabe von Xylose bzw. radioaktiv markiertem Vitamin B₁₂ deren Ausscheidungsmenge im Harn bestimmt wird, die in einem konstanten Verhältnis zur resorbierten Menge steht. Disaccharide betreffende selektive Resorptionsstörungen beruhen auf der Insuffizienz der Dünndarmschleimhaut, eine entsprechende Disaccharidase zu produzieren. Fehlt z. B. die Laktase, so gelangt Laktose ungespalten in den Dickdarm und es resultieren Durchfälle (Milchunverträglichkeit). Der diesbezügliche Test beruht auf einer Laktosebelastung mit anschließenden Blutzuckerbestimmungen. Sowohl Durchfälle als auch fehlender Blutzuckeranstieg sprechen für einen derartigen Defekt.

Klinisch bedeutsam ist die Unterscheidung zwischen Verdauungsstörung (meist pankreogen, selten gastrogen bzw. hepatogen) und Resorptionsstörung. Schilling' Test und Xylosetest charakterisieren die Resorption (für den Wert des Schilling' Tests ist eine normale Magenschleimhaut Voraussetzung). Die Sondenuntersuchung des Duodenalinhalts hilft bei der Erkennung einer Sekretionsminderung des Pankreas weiter (chronische Pankreatitis, Pankreastumor). Nach Stimulation mit Sekretin oder Pankreozymin mißt man Volumen, Bikarbonatkonzentration und Gehalt an Amylase, Lipase und verschiedenen Proteasen. Bei der akuten Pankreatitis hat die Bestimmung der Amylase nicht an Wert eingebüßt, wenn auch die Lipase diagnostisch wertvoller sein würde, jedoch wesentlich komplizierter nachzuweisen ist. Gefordert wird allerdings eine exakte photometrische Methode.

Professor Dr. W. GEROK, Mainz:

„Klinisch-chemische Funktionsdiagnostik bei Leberkrankheiten“

Die ausgewählten Tests sollen bei vertretbarem Aufwand ein Maximum an diagnostischer Information vermitteln. Im wesentlichen sind es vier Parameter der Leber, die durch entsprechende Funktionsproben erfaßt werden:

1. Permeabilitätsstörung der Leberzellmembran
 2. Exkretionsfunktion der Leberzelle
 3. Stoffwechsellistung der Leberzelle
 4. Mesenchymale Reaktion
1. Leberzellenzyme, wie Laktat-Dehydrogenase (LDH), Glutamat-Pyruvat-Transaminase (GPT), Glutamat-Oxalacetat-Transaminase (GOT), Sorbit-Dehydrogenase (SDH leberzellspezifisch) und Glutamat-Dehydrogenase (GLDH) treten aus und können im Plasma erhöht nachgewiesen werden:
 - a) schwere Leberzellnekrose zeigt sämtliche Enzyme gleichstark erhöht
 - b) diffuse Parenchymschädigung (Hepatitis), SGPT höher als GOT und geringer Anstieg von LDH und GLDH
 - c) Cholestase GPT, GOT und LDH mäßig erhöht, hingegen GLDH stark erhöht
 2. Störungen der Exkretionsfunktion sind durch Bestimmung der alkalischen Phosphatase (AP), der Leuzin-Amino-Peptidase (LAP) und der γ -Glutamyl-Transpeptidase (GGTP) zu erfassen, die durch die Galle ausgeschieden werden. Dabei spielt natürlich die intrazelluläre Bildung eine Rolle, d. h. reaktive Zellvorgänge führen zu vermehrter Produktion (z. B. bei chronischer Hepatitis stark erhöhte LAP und GGTP, nur gering erhöht bei akuter Hepatitis und Fettleber). In diese Gruppe gehört auch der Bromsulfophthalein-Test, der auch gleichzeitig die Stoffwechsellistung mit betrifft.

3. Eine verminderte Serum-Konzentration an Zöruoplasmin und Haptoglobin, Albumin, Gerinnungsfaktoren und Cholinesterase weist auf eine gestörte Stoffwechselfunktion hin. Bei einer Galleabflußstörung werden Haptoglobin und Zöruoplasmin vermehrt synthetisiert. Nicht zu vernachlässigen ist die Galaktoseprobe. Der Ammoniakspiegel ist ein empfindlicher Hinweis.
4. Die mesenchymale Reaktion wird deutlich durch Vermehrung der Immunglobuline γ -M, γ -G und γ -A. Bei der akuten und chronischen Hepatitis sind vor allem die γ -A-Globuline stark erhöht, mit Abklingen der Erkrankung gehen sie zurück. Die Zirrhose führt zur Vermehrung aller drei Immunglobuline (toxisch mehr γ -A-, posthepatitisch überwiegend γ -G-Globuline).

Eine Erweiterung erfährt die Leberfunktionsdiagnostik dadurch, daß die Resultate miteinander in Relation gesetzt werden: Eisen/Kupfer-Quotient bei Leberparenchymschädigung erhöht, bei Verschlußikterus erniedrigt. Der De-Ritis-Quotient GOT/GPT ist kleiner als 1 bei akuter und subchronischer Hepatitis, bei nekrotischen Formen und bei Zirrhosen größer als 1, ebenso bei Fettleber. Besondere Hinweise gibt der Quotient zwischen der Summe von GOT und GPT durch GLDH-Aktivität (akute Hepatitis 50—60, akuter Schub bei Zirrhose 30—40, Verschlußikterus 5—15, Metastasenleber 5—10, cholestatische Hepatose 40—50, Fettleber minimal). Für die Differentialdiagnose einer Cholestase hat der Quotient AP/LAP Bedeutung (intrahepatisch nicht über 1,5, extrahepatisch größer als 2, Ausnahme: Verschluß durch Pankreaskopf-Ca; kleiner als 2). Die addierten Prozentwerte der Gerinnungsfaktoren II, V und VII erlauben Rückschlüsse auf Schweregrad und Prognose einer Hepatitis (normal 250—300, mittelschwer 145—250, Komagefahr unter 70).

Eine Erweiterung der Leber-Funktionsdiagnostik ist durch quantitatives Studium des Histidin-Stoffwechsels, Bestimmung von Isoenzymen und immunologische Untersuchungsmethoden zu erwarten.

Privatdozent Dr. H. Frhr. v. OLDERSHAUSEN, Tübingen:

„Früherkennung und Klassifizierung diabetischer Stoffwechselstörungen“

Die Empfänglichkeit für Diabetes mellitus ist durch genetische Faktoren bestimmt, Risikofaktoren, wie z. B. Adipositas, Hyperkortizismus, Schwangerschaft, Akromegalie sowie das Alter per se, tragen zur Manifestation bei. Die Diabeteshäufigkeit wird zwischen 1 und 6% der Bevölkerung angegeben.

Folgende Diabetesformen werden unterschieden:

Der juvenile Typ mit frühzeitiger Insulinbedürftigkeit und Neigung zur Ketose, der insulinresistente Diabetes mit einem Insulinbedarf von täglich mehr als 200 Ein-

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG



Prof. Dr. H. Nieth
Tübingen



Prof. Dr. H. J. Dengler
Gießen



Priv.-Doz. Dr. H. Noelle
Gießen



Prof. Dr. M. Eggstein
Tübingen



Prof. Dr. Dr. S. Koller
Mainz

heiten, der Schwangerschaftsdiabetes, der selten manifest wird, der Pankreasdiabetes bei chronischer Pankreatitis, Pankreas-Tu. oder Häm siderose des Pankreas, der Diabetes bei anderen endokrinen Erkrankungen, wie Akromegalie, Cushing usw., und der iatrogene Diabetes durch Kortikoide, Diuretika, eventuell Antikonzeptiva.

Eine Stadieneinteilung sieht folgendermaßen aus:

1. Potentieller Diabetes oder Prädiabetes bedeuten noch normale Glukosetoleranz bei einer genetisch zum Diabetes mellitus prädisponierten Person;
2. verdächtiger Diabetes mellitus (früher latenter Diabetes mellitus) mit einer temporären Kohlehydratstoffwechselstörung unter bestimmten Bedingungen, wie Schwangerschaft, Fettsucht, Infektionen, Intoxikationen, Traumen, Gefäßerkrankungen, Ernährungsstörungen und schweren emotionalen Belastungen, auch ohne familiäre Disposition;
3. asymptomatischer oder chemischer Diabetes mit gelegentlich erhöhten Nüchtern- und postprandialen Blutzuckerwerten und pathologisch ausfallenden Glukosetoleranztesten;
4. klinischer Diabetes, häufig mit Hyperglykämie und Glykosurie und obligat erhöhtem Nüchternblutzuckerwert.

Unter den Methoden zur Früherkennung eines Diabetes ist der l. v.-Glukosebelastungstest dem peroralen vorzuziehen wegen der Ausschaltung von Resorptionsstörungen und der zuverlässigen Aussage über eine periphere Glukoseutilisation. Ermittelt wird die sogenannte Eliminationshalbwertszeit bzw. der Glukoseassimilationskoeffizient, der eine gewisse Altersabhängigkeit zeigt. Störanfälliger ist die orale Glukosebelastung mit 50 g Glukose, wobei Maximalblutzuckerwerte und 2-Stunden-Blutzuckerwerte zur Beurteilung dienen (pathologisch maximal über 225 mg% und nach 2 Stunden über 150 mg%, normal maximal unter 150 mg%, und nach 2 Stunden unter 100 mg%, Zwischenwerte gelten als verdächtig). Die Glukosedoppelbelastung nach STAUB-TRAUGOTT bietet demgegenüber keine Vorteile. Durch zweimalige vorherige Gaben kleiner Kortisondosen läßt sich der Glukosebelastungstest empfindlicher gestalten. Der intravenöse Tolbutamidtest zeigt beim Diabetiker einen verzögerten und geringeren Blutzuckerabfall gegenüber dem normalen. Weiterhin gibt das Verhalten des immunologisch meßbaren Insulins und der freien Fettsäuren nach Glukosebelastung Aufschluß bei der Diabetesfrüherkennung. Ein verzögerter Insulinstieg und ein längeres Verbleiben sprechen für eine gestörte Funktion. Dasselbe gilt für die erhöhten freien Fettsäuren. Eine Hyper-

lipidämie kann einer manifesten Glukosetoleranzstörung langfristig vorausgehen. Ultrastrukturelle Gefäßveränderungen lassen sich oft bereits im Stadium des Prädiabetes elektronenoptisch nachweisen in Form einer allerdings unspezifischen Verdickung der Basalmembran von Kapillaren. Von großer praktischer Bedeutung ist die Betrachtung des Augenhintergrunds mit Beurteilung der Retinagefäße. Die diabetische Mikro- und Makroangiopathie ist nicht nur ein Symptom des schweren Diabetes, Mikroaneurysmen sowie eine Glomerulosklerose, als auch angiographisch darstellbare Gefäßveränderungen mit Durchblutungsstörungen kennt man auch im Vor- und Frühstadium des Diabetes mellitus. Außerdem kann eine Spondylosis hyperostotica, insbesondere der BWS, auf einen Diabetes aufmerksam machen. Bezüglich der Nieren wären die diabetische Glomerulosklerose (KIMMELSTIEL-WILSON) sowie die Neigung zur chronischen Pyelonephritis zu nennen, an der Leber weist eine Verfettung mit Zeichen reaktiver chronischer Entzündung häufig auf einen Diabetes hin.

Auch anamnestische Angaben verdienen besondere Aufmerksamkeit. Zu erwähnen sind hier Gewichtszunahme, Pruritus, Durchfälle, Neuropathien, Früh- und Totgeburten, die jahrelang einer Diabetesmanifestation vorausgehen können. Da die Prognose des Diabetes gerade im Hinblick auf die folgenschweren Gefäßveränderungen durch rechtzeitige optimale Einstellung wesentlich zu verbessern ist, muß die Früherkennung mit allen Mitteln angestrebt werden.

Professor Dr. H. J. DENGLER, Gießen:

„Fortschritte in der Differentialdiagnose des Blutdruckes in Klinik und Praxis“

Von Hochdruck spricht man nach einer Festlegung der WHO bei Blutdruckwerten über 160/95 mm Hg. Man unterscheidet sekundäre Hochdruckformen (25%), deren Ursache man aufzuklären vermag, von der primären, essentiellen Hypertonie (75%), wo wir keine Ursachen finden können, also eine Ausschlußdiagnose. Die differentialdiagnostische Erkennung der Ursache eines sekundären Hochdrucks ist wegen der bestehenden Heilungschancen äußerst bedeutungsvoll. Hierzu gehört das Phäochromozytom, ein chromaffiner Tumor, meist im Gebiet der Nebenniere lokalisiert, der zweierlei Hochdruckformen auslösen kann: Die häufigere permanente Hypertonie ist klinisch kaum von der essentiellen Hypertonie zu unterscheiden, die Patienten schwitzen leicht bei normaler Außentemperatur, gelegentlich leichte Leukozytose und Blutzuckeranstieg. Die paroxysmale Hypertonie (nur 20%

der Phäochromozytome) ist charakterisiert durch krisenhaft maximale Blutdruckwerte bei normaler Ausgangssituation, wobei Kopfschmerzen, Angstgefühl, Tachykardie und retrosternaler Druck Begleitsymptome darstellen. Starke Blutdruckschwankungen kennt man der Häufigkeit nach auch bei der essentiellen Hypertonie, im Klimakterium, bei vegetativen Störungen (sympathikovasale Anfälle) und beim toxischen Schilddrüsenadenom mit ähnlichen Mißempfindungen. Einen differential-diagnostischen Hinweis liefert der Regitintest.

Die Entscheidung jedoch fällt durch den Nachweis des Sekretionsstoffes Noradrenalin, allgemein der Katecholamine oder deren Abbauprodukt Vanillinmandelsäure im Harn. Die Provokation eines Hochdruckanfalls geschieht durch Sekretionsstimulation des chromaffinen Tumors mit $\frac{1}{2}$ mg Tyramin, das nicht so drastisch wirkt wie das nicht ungefährliche Histamin. Die Lokalisationsdiagnostik geschieht mittels des Retro-Pneumoperitoneums.

Bei der renalen Ursache des sekundären Hochdrucks wird eine Unterteilung in renoparenchymale und renovaskuläre Formen vorgenommen. Innerhalb der renoparenchymalen Hypertonieformen geschieht die differentialdiagnostische Abklärung zwischen den beiden Hauptvertretern Glomerulonephritis und Pyelonephritis durch Clearanceverfahren und mikroskopische, chemische und bakteriologische Untersuchungen des Urins, serologische Methoden (Koli-Antikörper) stehen noch in der Erprobung. Der renovaskuläre Hochdruck wird durch Stenosen der großen Nierenarterien bzw. der Äste ausgeübt. Durchblutungsbehindernd wirken in 75% arteriosklerotisch bedingte Stenosen und in 20% fibromuskuläre Stenosen, ausgehend teils von Intima, Media und Adventitia. Diagnostisch hilft gelegentlich die Auskultation eines Stenosegeräusches weiter. Beim intravenösen Pyelogramm stellt sich in der etwas verspäteten Parenchymphase die betroffene Niere meist kleiner dar, die Kelchzeichnung im Frühpyelogramm erfolgt später, jedoch intensiver und länger gegenüber der gesunden Seite. Das Isotopennephrogramm zeigt einen vergleichsweise verspäteten und niedrigeren Gipfel. Der Kaplantest soll dadurch einen Hinweis geben, daß beim renovaskulären Hochdruck wesentlich höhere Hypertensindosen zur Anhebung des Blutdrucks nötig sind, als bei den übrigen Hypertonieformen. Mittel der Wahl zur Bestätigung und Lokalisation einer Nierenarterienstenose ist die Nierenarteriographie. Arteriosklerotische Stenosen sitzen aortennah, fibromuskuläre Stenosen mehr peripher.

Eine weitere sekundäre Hypertonieform wird durch einen Hyperaldosteronismus bedingt. Der primäre Aldosteronismus beruht meist auf einem Tumor oder bilateraler Hyperplasie der Nebennierenrinde mit überschießender Produktion von Mineralokortikoid (Conn-Syndrom). Folgen sind Hochdruck, fehlende Ödeme, Hypokaliämie mit Muskelschwäche, Neigung zur Alkalose. Durch Entfernung dieses Tumors ist eine Heilung möglich. Nicht so beim sekundären Hyperaldosteronismus, der wiederum zahlreiche Ursachen haben kann, die jedoch bezüglich ihres Krankheitswertes im Vordergrund stehen und kaum zu übersehen sind (z. B. chronische Nierenerkrankungen, bei denen eine Hypokaliämie wegen Ausscheidungsinsuffizienz fehlen kann).

Privatdozent Dr. H. NOELLE, Gießen:

„Diagnostische Maßnahmen bei der Bewußtlosigkeit“

Die Bewußtlosigkeit ist ein beunruhigendes Ereignis, das sofort nach Hilfe verlangt. Ist die Blutzufuhr zum Gehirn unterbrochen, so reagiert es nach 20 sec mit einem Ausfall der Funktion. Geht es, die Durchblutung innerhalb von 3 min wieder zu bessern, so ist eine Erholung möglich, nach mehr als 8 min nicht mehr.

Unter den primär zerebralen Ursachen der Bewußtlosigkeit ist beim großen epileptischen Anfall die Diagnose relativ einfach, rasches Eingreifen ist wegen der Gefahr der Aspiration, Hyperthermie, Hirnödem und Herzversagen bei länger dauerndem Anfall nötig. Bewußtlosigkeit auf dem Boden eines zerebralen Gefäßprozesses kann differentialdiagnostisch nicht immer sicher von einer Massenblutung unterschieden werden. Kriterien sind Schwere und Verlauf des Krankheitsbildes und Liquorbefund. Meist ist anamnestisch ein jahrelanger Hochdruck bekannt — gleich welcher Genese —, man kann dann mit Sicherheit degenerative Gefäßveränderungen annehmen. Ein Drittel der Fälle von Meningoenzephalitis gehen mit Bewußtlosigkeit einher. Raumfordernde zerebrale Prozesse münden über zunehmende Wesensveränderung und eventuell motorische oder sensible Ausfälle häufig in Bewußtlosigkeit (Diagnose durch Stauungspapille, EEG, Echoenzephalogramm, Ophthalmodynamogramm, Arteriographie). Schädeltraumen können zu Bewußtlosigkeit führen, kurzdauernd bei der Commotio, nach einem Intervall beginnend mit Kopfschmerzen beim chronischen Subduralhämatom. Das Epiduralhämatom nach Zerreißen eines Meningialgefäßes ist klinisch vom akuten Subduralhämatom nicht zu unterscheiden (Liquor, Pupillen, Arteriographie zum Zwecke alsbaldiger Entlastung).

Unter den extrazerebralen Faktoren, die zu Bewußtlosigkeit Anlaß geben können, wäre die schwere Herzinsuffizienz zu nennen mit reversibler zerebraler, hypoxischer Schädigung. Außerdem kennen wir ursächlich synkopale Anfälle bei Herzrhythmusstörungen, das MORGAGNI-ADAM-STOKES' Syndrom, das Karotissinus-Syndrom und den harmlosen, kurzfristigen orthostatischen Kollaps. Neben der Soforttherapie ist immer differentialdiagnostisch abzuklären, ob eine bakterielle oder toxisch-allergische Myokarditis bzw. ein entzündlicher oder degenerativer Koronargefäßschaden vorliegt. Die häufigste Ursache eines Schlaganfalls bei jungen Menschen ist die Hirnembolie, ausgehend von entzündlich veränderten Herzklappen bei Endokarditis.

Zu den hämatogenen Ursachen der Bewußtlosigkeit zählen extreme hypochrome Anämien, lymphatische und myeloische Leukämien (zerebrale Blutung, tumoröse Einengung). Bei den Erythroblastosen sind Blutung, Stase und Gefäßverschlüsse möglich. Thrombozytopenkrankungen leisten Gerinnungsstörungen mit Blutungen Vorschub. Auf diese Weise können auch Paraproteinämien und Koagulopathien eine Bewußtlosigkeit auslösen.

Die Bewußtlosigkeit bei Stoffwechselstörungen ist dem Kliniker als Coma uraemicum, hepaticum und diabeticum geläufig. Der Diabetiker ist in dieser Beziehung vielfach gefährdet: Abgesehen vom hyperglykämischen Koma mit Azidose, Ketose, Exsikkose, Hyperkaliämie stellt der hypoglykämische Schock eine gewisse Gefahr dar. Zudem kommt die Anfälligkeit für eine diabetische Nephropathie (Glomerulosklerose, chro-

nische Pyelonephritis), die nicht selten in der Urämie endet. Schließlich noch die diabetischen Gefäßveränderungen schlechthin, die zu Durchblutungsstörungen mit Schlaganfall und Herzinfarkt prädisponieren.

Der Vollständigkeit halber seien noch die Vergiftungen als Grund für eine Bewußtlosigkeit erwähnt, an die in unklaren Fällen immer gedacht werden sollte. Das EEG kann noch vor dem Ergebnis zeitraubender chemischer Analysen wertvolle Hinweise geben.

Therapeutisch spielen Kreislaufüberwachung sowie Kontrollen im Wasser-, Elektrolyt- und Säurebasenhaushalt eine entscheidende Rolle.

Professor Dr. M. EGGSTEIN, Tübingen:

„Die Bewertung klinisch-chemischer Daten in der Praxis“

Das Ergebnis klinisch-chemischer Messungen hängt entscheidend von Probenentnahme und Transport ab. Hinzu kommen Analysefehler, die im Meßverfahren begründet liegen, und schließlich die Datenübermittlung und -registrierung. Äußerste Präzision bei jedem Arbeitsgang und Kenntnis der Fehlermöglichkeiten sind unbedingte Voraussetzung, damit ohnehin unvermeidliche Fehler eventuell in Ihrer Summation nicht die Brauchbarkeit eines Resultats in Frage stellen. Serum-Kalium und LDH steigen z.B. bei fehlerhafter Blutabnahme infolge Hämolyse enorm an, transportiert werden sollte aus dem gleichen Grund nur abzentrifugiertes Serum. Gerinnungsuntersuchungen haben nur innerhalb von 4 Std. einen Sinn, desgleichen die CPK-Bestimmung. Die meisten übrigen Transaminasen zeigen nach 24stündiger Probenlagerung im Kühlschrank unveränderte Aktivität. Der Bromthaleintest wird verfälscht durch vorherige Kontrastmittelgaben zur Gallendarstellung, der Radiojodtest wird empfindlich gestört ebenfalls durch Anwendung von Kontrastmitteln oder jodhaltigen Medikamenten (wovon 80 bekannt sind). Bei Bilanzierungsfragen ist das Sammeln der Tagesurinportion durch den Patienten ein sehr fragwürdiges Problem. Der Transport bietet Fehlerquellen durch Hämolyse, zu lange Dauer, ungünstige Temperatur und bakterielle Einflüsse. Ein mehr oder weniger großer Analysefehler haftet trotz optimaler Genauigkeit jeder Methode an und ist statistisch prozentual bekannt. Man unterscheidet bei einem Ergebnis Wiederholbarkeit (z. B. 20 Bestimmungen der gleichen Probe nacheinander) und Reproduzierbarkeit (an verschiedenen Tagen durch verschiedene Personen vorge-

nommen) und muß mit einer entsprechenden Streubreite rechnen. Eine brauchbare Methode sollte eine maximale Abweichung von $\pm 10\%$ beim Reproduktionsversuch nicht überschreiten. Die geringste Streubreite findet man bei der Kalium-Bestimmung (ca. 2%), die größte etwa beim Cholesterin-Nachweis (bis zu 20%). Transaminasen streuen um 10% .

Hinsichtlich der Datenregistrierung und -übermittlung rechnet man mit 3–4% Fehler. Man fragt sich bei diesem Stand der Dinge, ob eine Quantifizierung von Labordaten überhaupt nützlich ist und wie eine Gewichtung von gewonnenen Resultaten möglich sein wird. Der Trend in der Praxis geht zum Schnelltest in Form der Teststreifen und Testtablettchen mit einem semiquantitativen, im allgemeinen spezifischen Ergebnis. In der Klinik erstrebt man hingegen eine weitgehende Selektion und Diskriminierung diagnostischer Kenngrößen. Man orientiert sich nach dem Normbereich und vertraut auf seine Labormethode. Bezüglich der Festlegung der oberen Normgrenze gehen die Meinungen schon etwas auseinander, und auf die Streubreite von Untersuchungsmethoden wurde bereits eingegangen. Um daraus entstehende diagnostische Fehlinterpretationen zu vermeiden, werden Wiederholungen und Testkombinationen nach gezielter Indikationsstellung vorgenommen. Der Forderung nach gezielter Indikation für jeden Test steht die indiskriminierte, routinemäßig durchgeführte Analyse gegenüber. Sicher ist, daß bei der indiskriminierten Analyse etwa doppelt so viele pathologische Kenngrößen erhalten werden als bei ärztlicher Indikationsstellung der Laboruntersuchungen, jedoch für den Preis eines unverhältnismäßig größeren Untersuchungsaufwandes, wobei diese pathologischen Befunde nicht in jedem Fall diagnostisch und therapeutisch bedeutungsvoll erscheinen.

Je nach klinischer Fragestellung haben klinisch-chemische, radiologische und biologische Verfahren den Vorrang. Die Effektivität von Laboruntersuchungen wird bestimmt durch das Wissen des Arztes, der diese Untersuchungen angibt und die Ergebnisse sinnvoll und kritisch in seinen diagnostischen Plan einzuordnen versteht.

Professor Dr. S. KOLLER, Mainz:

„Mathematisch-statistische Grundlagen der Diagnostik — Ja und Nein zur sogenannten Computer-Diagnose“

Die elektronischen Datenverarbeitungsanlagen ermöglichen Operationen, wie Lesen, Schreiben, Aufsuchen eines

mehrgleisige
ferment-
therapie eupeptum

Oberbauchstörungen
Meteorismus
Dyskinesien

C. P. 34 Dragées
C. P. 100 Dragées
an der oben Anstaltspkmpaa

IFAH GMBH HAMBURG 22 

Speicherplatzes, Vergleichen, Rechnen, Übertragen usw., in Bruchteilen von Sekunden zu erledigen (die Elementarzeit einer einzigen Operation liegt bei 10^{-9} sec), wobei die elementare Informationseinheit Ja/Nein technisch durch das Loch einer Lochkarte, eine magnetisierte Stelle oder durch einen Stromdurchfluß ausgelöst wird und registriert werden kann. Die Festlegung einer Folge von solchen Operationen ist das Programm, das in der Maschine gespeichert und Schritt für Schritt absolviert wird. Sind Vergleiche vorgesehen und ist der Programmablauf vom Ergebnis dieser Vergleiche abhängig gemacht, so sind logische Entscheidungen von der Maschine zu erwarten. Alles, was sich in eine Folge definierbarer Rechen-, Vergleichs- und Suchschritte mit Zahlen und Buchstaben zerlegen läßt, kann auf dem Computer bearbeitet werden.

Für den speziellen Fall der Diagnosestellung bei einem Patienten könnte man durch entsprechende Programmierung den Computer mit einem Symptomenkatalog für alle möglichen Krankheiten beschicken und nach Anbieten bestimmter Symptomenkombinationen die richtige Diagnose erwarten. Im allgemeinen wird jedoch keine vollständige Übereinstimmung der Symptomatik bei den recht individuellen Erscheinungsformen der Krankheiten zu erzielen sein, und man bleibt ohne brauchbares Ergebnis. Gewisse Toleranzen müßten eingepreist werden, allerdings mit dem Resultat mehr schematischer Diagnosen. Die Bedeutung der einzelnen Symptome für eine Krankheit wäre zu berücksichtigen, Kardinalsymptome werden gefordert, Begleitsymptome sind nicht obligatorisch. Umgekehrt muß bekannt sein, wie häufig ein Symptom auch bei anderen Erkrankungen vorkommt. Unter diesem Ansatz wird ein Wahrscheinlichkeitsergebnis (Bayes) erhalten, das eine um so größere Treffsicherheit beinhaltet, je mehr voneinander unabhängige Symptome angeboten werden. Der nächste wichtige mathematisch-statistische Ansatz ist die sogenannte Diskriminanzanalyse (Trennverfahren), die eine differentialdiagnostische Trennung der in Frage kommenden Diagnosen nach besonderen Gesichtspunkten (quantitative Beobachtungswerte, Laborwerte) erlaubt.

Die Faktorenanalyse geht grundsätzlich insofern noch einen Schritt weiter, als sie noch Beiträge zur Überprüfung der Krankheitsdefinition selbst leisten kann. Schließlich kann man noch die Risiken der Therapie mit einbeziehen, d. h. in der Konsequenz, daß man die Wahrscheinlichkeit für den maximalen thera-

peutischen Schaden durch ein anderes Behandlungsprinzip minimal gestaltet (Minimax-Prinzip).

Für die breite Anwendbarkeit dieser Ideen fehlt zur Zeit noch ein ausgedehntes statistisches Material über die Symptomenhäufigkeit bei den verschiedenen Krankheiten und bei Vergleichsgruppen. Aussagekräftige Ergebnisse besonders indizierter Untersuchungen (Biopsie, Kontrastdarstellungen) können nicht serienmäßig gewonnen werden und stehen somit für den Vergleich nicht zur Verfügung. Ein weiteres zu berücksichtigendes Problem wäre die relative Häufigkeit der Krankheiten, die jedoch besonders bei Infektionskrankheiten gelegentlich starken epidemischen Schwankungen unterliegt.

Die größte praktische Bedeutung hat die Computerhilfe heute in den USA beim Ekg, wobei aus der maschinellen Analyse der Amplituden, Winkel und zeitlichen Koordination von P, Q, R und ST das Ekg seine Zuordnung zur klinischen Diagnose mit befriedigendem Resultat erfährt.

In der Spezialdiagnostik begegnet die Anwendung des Computers zwar einem komplizierten technischen, jedoch keinem grundsätzlichen Problem. Bezüglich der Allgemeindiagnostik ist zu sagen, daß der Computer keine Diagnose stellt, sondern dem Arzt nur Vorarbeiten zur Diagnose abnehmen kann. Er gibt nur eine Diagnostikhilfe, die ärztlichen Überlegungen sind durch keine Maschine zu ersetzen. (Schluß folgt)

Arbeitsminister besucht Tumorklinik Bad Trißl

Der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herr Dr. Fritz PIRKL, stattete am 21. November 1968 in Begleitung von Herrn Ministerialrat STRÖER, Leiter der Unterabteilung „Sozialversicherung“, und Herrn Oberregierungsmedizinalrat Dr. ECKNIGK, Referent für Sozialmedizin, der Tumorklinik Bad Trißl einen Besuch ab. An die eingehende Besichtigung schloß sich eine Unterhaltung mit dem Träger und den Ärzten des Hauses an, in welcher insbesondere Probleme der Sozialversicherung im Zusammenhang mit der Behandlung der Kranken und die Erörterung weiterer Tumorkliniken erörtert wurde.

Am 25. November 1968 besuchten die Geschäftsführer der in der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Krankenkassenverbände zusammengeschlossenen Krankenkassen sowie der Geschäftsführer der Bezirksstelle Oberbayern der Kassenärztlichen Vereinigung die Klinik.

Neurovegetalin®

VERLA-PHARM
TUTZING/OBB.

das klassische Sedativum

25 Dragées 50 Dragées

25 50 100 Dragées

verstärkt mit psychotroper Komponente

Neurovegetalin® forte

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Gaimersheim, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinpraktiker

Langengeisling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Nandlstadt, Lkr. Freising: 1 Allgemeinpraktiker

Bisheriger Alleinarzt ist am 15. November 1968 verstorben

Tittmoning, Lkr. Laufen: 1 Allgemeinpraktiker

Töging, Lkr. Altötting: 1 Allgemeinpraktiker

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

Oberfranken

Bad Steben, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker

Enchenreuth, Lkr. Stadtsteinach: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Marktreudwitz: 1 Allgemeinpraktiker

Schauenstein, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Untersiemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker

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

Oberpfalz

Amberg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker

Habnbach: 1 Allgemeinpraktiker

Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Pressath: 1 Allgemeinpraktiker

Regensburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Schwandorf: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vohenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker

Waldtburn: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

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

Mittelfranken

Dürrwangen: 1 Allgemeinpraktiker

Emskirchen: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um die Errichtung einer zusätzlichen dritten Kassenarztstelle für einen Praktischen Arzt. Einer der bisher in Emskirchen tätigen Ärzte ist derzeit für längere Zeit aus Gesundheitsgründen an der Ausübung seiner Kassenpraxis verhindert und wird auch

nach Wiederherstellung der Gesundheit seine große Kassenpraxis nicht mehr im seitherigen Umfang weiterführen können. Der noch in Emskirchen tätige zweite Praktische Arzt ist allein durch seine eigene große Kassenpraxis schon überlastet.

Hersbruck: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

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

Markt Erlbach, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemeinpraktiker

Taubertzell, Lkr. Rotenburg o. d. T.: 1 Allgemeinpraktiker

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

Weidenbach-Triesdorf, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemeinpraktiker

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

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Allgemeinpraktiker

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

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

Niederbayern

Mengkofen, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemeinpraktiker

Mengkofen hat ein Einzugsgebiet von ca. 4000 Einwohnern. Durch den Tod von 2 Allgemeinpraktikern ist der Ort derzeit ohne Kassenarzt. Das Haus des im Juli 1968 verstorbenen Kollegen kann gemietet oder eventuell käuflich erworben werden.

Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

In den Krankenhäusern Regen und Zwiesel besteht die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.

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

Schwaben

Asbach-Bäumenbeim, Lkr. Donauwörth: 1 Allgemeinpraktiker

Praxisaufgabe steht bevor.

Augsburg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Der Praxisvorgänger ist am 26. 4. 1968 verstorben.

Günzburg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Markt Wald, Lkr. Mindelheim: 1 Allgemeinpraktiker

Praxisaufgabe steht bevor.

Mering, Lkr. Friedberg: 1 Allgemeinpraktiker

Praxisvorgänger ist verstorben.

Wallerstein, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinpraktiker

Der Praxisvorgänger ist am 23. 9. 1968 verstorben.

Praxisräume stehen zur Verfügung.

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

Unterfranken**Aidhausen, Lkr. Hofheim:** 1 Allgemeinpraktiker

Praxisaufgabe steht bevor.

Bastheim, Lkr. Meilrichstadt: 1 Allgemeinpraktiker**Hambach, Lkr. Schweinfurt:** 1 Allgemeinpraktiker**Heigenbrücken, Lkr. Aschaffenburg:** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine große Kassenpraxis, die seit 1. 10. 1968 wegen Todesfall unbesetzt ist.

Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker**Wildflecken/Rhön:** 1 Allgemeinpraktiker

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

Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche und Soziale Medizin hat bei der Mitgliederversammlung anlässlich ihrer diesjährigen Tagung in Innsbruck am 4. Oktober 1968 beschlossen, sich in „Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin“ umzubenennen. Die Namensänderung erfolgte aus sachlichen und sprachlichen Gründen und in Angleichung an die Bezeichnung des Faches in zahlreichen anderen europäischen Staaten (eine ausführliche Begründung erfolgt im „Deutschen Ärzteblatt“). Zugleich wurde im Rahmen weiterer Maßnahmen mit dem Ziele, die Gesellschaft den Erfordernissen der Zeit anzupassen, der Vorstand unter Einbeziehung des Nachwuchses und stärkerer Beteiligung der praktisch tätigen Gerichtsärzte strukturell verändert und erweitert. Der für eine Zeitspanne von drei Jahren gewählte Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:

Vorsitzender:

Professor Dr. Wolfgang Sch w e r d, Würzburg

stellv. Vorsitzender:

Professor Dr. med., Dr. med. h. c., Dr. jur. h. c. Wilhelm H a l l e r m a n n, Kiel

Tagungspräsident für 1969:

Professor Dr. Walter K r a u l a n d, Berlin

Schriftführer:

Professor Dr. Horst L e i t h o f f, Mainz

stellv. Schriftführer:

Professor Dr. Friedrich B s c h o r, Berlin

Schatzmeister:

Professor Dr. Hans-Joachim W a g n e r, Homburg (Saar)

Regierungsmedizinalkdirektor Dr. Gerhard D a h s e, München

Frau Dr. Jutta D i t t, Göttingen

Stadtmedizinalkdirektor Privatdozent Dr. Hermann

G r e i n e r, Duisburg

Professor Dr. Johann J u n g w i r t h, München

Unversitätsdozent Dr. phil. Gottfried M a c h a t a, Wien

Große Freude für kleine Leute

Zusätzlich DM 10 000,— zur Fortbildung

Ein Jubiläum besonderer Art erlebten die 140 Jungen und Mädchen aus dem Spastiker-Zentrum München des Vereins zur Förderung spastisch gelähmter Kinder e. V.: Helmuth REHE, Direktor der Margarine-Union, übergab ihnen am 13. 11. 1968 den 25. Rama-Lehrkaufladen.

Spielen — Kaufen — Lernen

Seit 1964 befindet sich das Rama-Mädchen im Bundesgebiet und West-Berlin auf einer „Reise durch das Kinderland“. Dabei macht es in verschiedenen Kinderheimen und Sonderschulen Station, um auch dort einen gleichen Lehrkaufladen als Geschenk zu hinterlassen.

Man hatte sich bei der Margarine-Union Gedanken darüber gemacht, wie den Kindern, die als Voll- oder Sozialwaisen in Heimen leben oder aufgrund ihrer geistigen oder körperlichen Leiden auf einen Heimaufenthalt angewiesen sind und deshalb eine Sonderschule besuchen, eine Freude bereitet werden könne. Da sie kaum Gelegenheit haben, einzukaufen und damit den Umgang mit Geld und das Auswählen zwischen verschiedenen Angeboten zu lernen, fiel die Wahl schließlich auf Lehrkaufläden. Diese komplett eingerichteten Läden sollen den Heim- und Sonderschul-Kindern den täglichen Einkauf zum Lernen im Spiel ermöglichen. Sie haben eine Größe, die es Kindern in allen Altersstufen erlaubt, „spielen, kaufen, lernen“ zu können. Solides Material, unfallsichere Bauweise und ein entsprechendes Äußeres — diese Kriterien fanden gebührende Berücksichtigung.

Entscheidend: die Ausstattung

Entscheidend für den pädagogischen Wert der Lehrkaufläden ist jedoch deren Ausstattung. Vergeblich wird man nach einer automatisch arbeitenden Waage suchen. Wie in alten Zeiten muß die verkaufte Ware mit Gewichten abgewogen und eingetütet werden. Und auch eine Registrierkasse wird man nicht finden. Ihre Funktion übernimmt eine einfache Kassenschublade. Die Beträge müssen von den kleinen Verkäufern also im Kopf oder auf einem Zettel addiert werden. Da aber zum Bezahlen Geld nötig ist, enthält die Kassenschublade Spielgeld, in Form und Aussehen dem echten ähnlich. Sortiment und Preise im Lehrkaufladen können überdies nach Bedarf geändert werden. Auswechselbare Preisschilder, verbunden mit einer Änderung des Sortiments, sorgen dafür, daß die kleinen Ein- und Verkäufer vor wechselnde Situationen gestellt werden können. In den Schubladen des Regals befinden sich Erbsen, Bohnen, Linsen, Bonbons und Kekse, damit der Umgang mit Waage, Schaufel und Tüten vertrauter wird. Das übrige Sortiment setzt sich aus Attrappen verschiedener Markenartikel zusammen, die nach dem Spiel dem Laden zurückgegeben werden. Gestaltung, Ware und Zubehör vermitteln der Spiel- und Lehratmosphäre bei aller Wahrung pädagogischer Interessen den Eindruck des Wirklichen.

Durch Spiel zum Ziel

Das Spiel mit diesen Läden hat den Zweck, Kindern das Einkaufen praktisch nahezubringen. Der Umgang mit den Rama-Lehrkaufläden soll sie zu größerer Selbständigkeit führen und sie zur Genauigkeit, zum



kritischen Vergleichen und zum Nachdenken und schließlich zur Sorgfalt anleiten. Als Verkäufer machen sie zugleich Bekanntschaft mit Begriffen wie Toleranz, Höflichkeit und Anstand. Durch das Aufstellen der Lehrkaufäden in Sonderschulen machen sich die

Schüler darüber hinaus „spielend“ mit den Grundrechenarten vertraut. Sie verlieren die Scheu vor dem freien Sprechen und schulen sich im logischen Denken.

DM 10 000,— für die Fortbildung

Mit der Übergabe des Jubiläums-Lehrkaufäden wurde dem Spastiker-Zentrum ein weiterer Wunsch zum Wohle der Kinder erfüllt. Die Margarine-Union stellte DM 10 000,— für die Anschaffung von neuentwickelten Lehrspielen sowie audiovisuellen Lehrmaschinen zum Lesenlernen zur Verfügung. Mit dem Ausdruck aufrichtiger Hoffnung, daß durch diese Lehrhilfen ein entscheidender Schritt zur Fortbildung der im Spastiker-Zentrum betreuten Kinder getan wird, händigte Direktor Rehe die Geräte der Heimleitung aus.

Nahezu dreitausend Kinder haben bis jetzt mit den Rama-Lehrkaufäden Bekanntschaft geschlossen. In den bisher bedachten 25 Einrichtungen unterstützen die Lehrkaufäden die Verantwortlichen in dem Bemühen, ihre Schützlinge so umfassend wie möglich auf das Leben außerhalb von Heim und Schule vorzubereiten.

Erste Wörishofener Vortragsreihe

„Praxisnahe Kardiologie“ lautete die Überschrift auf der Einladung zu einer Reihe von Vorträgen, die im vergangenen Herbst in der Kurklinik von Bad Wörishofen gehalten wurde. Initiator und Organisator Chefarzt Dr. W. TEICHMANN hatte prominente und sachverständige Redner zu gut aufeinander abgestimmten Themen gebeten. Bei der technischen Ausgestaltung, sowie bei der Betreuung der Teilnehmer hatten ihm die Farbenfabriken BAYER zur Seite gestanden.

Professor Dr. med. W. MÜLLER-LIMMROTH, Direktor des Institutes für Arbeitsphysiologie der Technischen Hochschule München, führte die Hörer, die in erstaunlicher Anzahl aus näherer und weiterer Umgebung gekommen waren, in einem Senkrechtstart zum Höhenflug in Erkenntnisse der „Pathophysiologie des kranken Herzens“. Er stellte als wichtigste Vorgänge für die Koronardurchblutung die Elektrophysiologie des Herzens, den Herzstoffwechsel und die Herzdynamik heraus. Elektrophysiologisch verhält sich das Innere einer Zelle mit höherer Kaliumkonzentration elektropositiv, extrazellulär besteht ein elektropositiver Raum mit höherer Natriumkonzentration. Dem Ruhepotential, das ein Kaliumdiffusionspotential darstellt, steht bei Erregung durch Porenbildung in der Zellwand ein Natriumstrom, ein sogenanntes Aktionspotential gegenüber. Ausgleich schafft nach Abklingen der Erregung ein gewisser Pumpmechanismus, damit werden Ruhespannung und neuere Erregbarkeit wieder hergestellt. In der mit der Elektrophysiologie gekoppelten Herzdynamik bzw.

-mechanik nimmt das Kalziumion eine Art Schlüsselstellung ein. Die bei der Muskelzellkontraktion notwendige Ineinanderschiebung von Aktin und Myosin zu Aktomyosin geschieht unter Freisetzung von Kalzium einerseits und Magnesium andererseits. Diese Magnesiumionen sind zur Überführung von ATP in ADP notwendig, ihre Fixierung wiederum ermöglicht erst in ATP, als das ursprüngliche energiereiche Material. ATP wird also zur Kontraktion wie auch (in umgekehrter Richtung zur Erschlaffung) des Muskels (in der Skelettmuskulatur sind es die gleichen Vorgänge) benötigt (Weichmacherefunktion).

Die pharmakologische Wirkung des Digitalls erklärt Müller-Limmroth mit einer Tonisierung des Muskels, einer Zusammenziehung des Z-Streifens in der Myokardfaser, in dem das Kalzium stationiert ist. Thyrosin wirkt erschlaffend auf den Z-Streifen. Die eigentlichen Energielieferanten aber für die Auslösung einer Kontraktion sind die zahlreich vorhandenen Mitochondrien. Voraussetzung ist das schon erwähnte ATP Lager, das durch den Kohlehydratstoffwechsel bereitgestellt wird. Wenn Glykogen zu Milchsäure anaerob abgebaut wird, entstehen dabei zwei Moleküle ATP. Unter aeroben Bedingungen allerdings können aus der Milchsäure 32—34 Moleküle ATP gewonnen werden.

Diese hier nur kurz angedeuteten Vorgänge faßte der Redner in vier einprägsame Formeln zusammen und verglich sie mit vertrauten Begriffen des täglichen Lebens

RECORSAN[®] - HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

O.P. Tube zu 30 g

Recorsan-Gesellschaften Gräfelting und Lüneburg

1. $ATP \xrightarrow[Mg^{++}]{ATP-ASE} ADP + Kcal.$
2. Kreatinphosphat \rightarrow Kreatin + Phosphorsäure
 $\xleftarrow{+ Kcal.} Resynthese$
3. KH-Stoffwechsel
 $\xrightarrow{anaerob} 2 \text{ Milchsäure (oder BTS)} + 2 ATP$
4. 2 Milchsäure + O₂
 (Herz, Leber)
 $\xrightarrow{aerob} CO_2 + H_2O + Kcal. + 32-34 ATP$

Pathologisch unterschied er bei der Herzinsuffizienz eine bei allen Stoffwechselstörungen vorhandene ATP-Verarmung, somit einen Verlust der Kontraktionsfähigkeit und eine Abnahme der Katecholamine Noradrenalin und Adrenalin. Durch Mangel dieser Transmittersubstanzen läßt die Sympathikuswirkung am Herzen nach, die Systole verliert an Kraft. Zur Herzdynamik meinte Professor Müller-Limmroth, die Umstellung des Körpers auf Leistung sei stets mit Zunahme des Minutenvolumens, also der Frequenz verbunden. Diese Beschleunigung geschieht allerdings nur auf Kosten der Diastole. Es kann ein O₂ Defizit entstehen, das bei insuffizienten Koronarien bedeutend sein kann (Cave! plötzliche Anstrengung Untrainierter, Infarkt im Urlaub). Nach Erreichung einer gewissen Trainingsbradykardie erst kann ein Konditionstraining angestrebt werden. Die Durchführung derartiger Trainingsübungen wurde später in andere Referate und in die Diskussion einbezogen.

Da mit zunehmender Lebenserwartung die Altersveränderungen des Herzens immer mehr zur Diskussion stehen und breiten Raum in der Praxis einnehmen, wurde ein weiteres Hauptreferat hierüber von Professor Dr. med. H. VALENTIN, Direktor des Institutes für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen, mit großem Interesse aufgenommen. Er führte aus, daß das Altersherz zunächst kein krankes Herz sei, vielmehr nur in seiner Leistungsbreite eingeengt und in seiner Anpassungsfähigkeit vermindert sei. Außerdem könne man eine gewisse Störanfälligkeit und Versagensbereitschaft bei erhöhten Anforderungen verzeichnen. Im Laufe des Lebens komme es durch Elastizitätsverlust der Gefäße zu vermehrter Druckbelastung des linken, später auch des rechten Herzens. Sklerosierungsprozesse der peripheren Gefäße, der Koronarien, sowie eine morphologische Veränderung des Myokards seien individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die hierdurch entstehenden Beschwerden seien hauptsächlich Rhythmusstörungen und in weiterer Folge Dekompensationserscheinungen.

Zwei Wege führen zu genaueren Feststellungen: Empiriker bemühen sich, an einer größeren Gruppe älterer Probanden mittels Ekg und physikalischer Untersuchungsmethoden Altersveränderungen des Herzens und hieraus wieder die Alterscharakteristika zu erfassen. Die Pathophysiologen versuchen mit modernen Untersuchungsmethoden die Parameter von Herz und Kreislauf festzulegen, wozu Langzeitstudien oder Querschnittuntersuchungen eines größeren Kreises notwendig sind.

Auch Dr. G. DIETZE, II. Medizinische Universitätsklinik München, ging auf die diagnostischen Möglich-

RABRO

Magentabletten



Herausragende Wirkung-
ambulant und klinisch.

Niedrige Dosierung durch
hohen Wismutgehalt mit
Succus Liquiritiae

RABRO[®]

Magentabletten

H. TROMMSDORFF - Aachen



Klinischer Fortbildungskurs

In der Chirurgischen Klinik und Poliklinik r. d. Isar der Technischen Hochschule München findet unter der Leitung von Herrn Direktor Professor Dr. Maurer

vom 17.—21. Februar 1969

ein Fortbildungskurs statt.

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21 (App. 26)

keiten der Herzinsuffizienz, speziell in der Sprechstunde des Praktikers, ein. Er meinte, neben sorgfältiger Anamneseerhebung sei anfangs eine genaue Inspektion das Wichtigste, wobei Art der Atmung (Orthopnoe, Dyspnoe), Gesichtsausdruck (ängstlich) und andere Beobachtungen (Zyanose) festgehalten werden müssen. Die häufigere Linkstauung zeigte sich in einer Rückstauung in der Lunge mit Atemnot bis CHEYNE-STOKEScher Atmung. Sekundäre Rechtstauung zeigte sich dann in Wasserretention. Blutdruckmessungen, sowie palpatorische und perkutorische, gegebenenfalls röntgenologische Größenfeststellung des Herzens geben weitere Hinweise. Messungen der Vitalkapazität, der Kreislaufzeit, des Venendrucks u. a. m. seien anfangs nicht notwendig, da sie vor Auftreten der klinischen Symptome keine Aussage haben. Aufwendigere Untersuchungen, wie z. B. Messungen der intrakardialen Volumina, sollten der Klinik vorbehalten bleiben. Sämtliche Untersuchungsergebnisse müssen stets im Zusammenhang mit dem jeweiligen klinischen Bild des Patienten beurteilt werden.

Die Behandlung der Herzinsuffizienz wurde vorwiegend medikamentös von Privatdozent Dr. H. JAHRMÄRKER, I. Medizinische Universitätsklinik München, und von übungstherapeutischer Seite durch Privatdozent Dr. H. W. KIRCHHOFF, Flugmedizinisches Institut Fürstfeldbruck, besprochen. In der Praxis habe — gegebenenfalls unterstützt durch Diuretika — die Glykosidtherapie im Vordergrund zu stehen, meinte Dr. Jahrmärker, ja, sie sei sogar probatorisch angezeigt und werde heute auch prophylaktisch bei voraussehbaren Anforderungen durchgeführt. Mit der Glykosidtherapie werden in erster Linie Inotropie und Senkung der Frequenz angestrebt. Beim Vergleich der verschiedenen Herzglykoside wurde ein signifikanter Unterschied in der Wirkung nicht festgestellt. Latenz und Wirkungsdauer jedoch seien unterschiedlich und müßten besonders bei Beginn der Behandlung (Lungenödem erfordert schnelle Digitalisierung) und bei Wechsel des Medikaments beachtet werden. Eine wirklich individuelle Dosierung gemäß dem klinischen Bild und der Ansprechbarkeit des Patienten sei gerade bei den Herzglykosiden sehr wesentlich.

Die von Privatdozent Dr. Kirchhoff besprochene Bewegungs- und Übungstherapie hat das Ziel, durch dosierte, kontinuierlich ansteigende Übungs- und Train-

ningsmethoden größere Leistungsbereiche und dadurch Mobilisierung der Leistungsreserven zu erschließen. Meist müßten hierzu erst Folgen eines Bewegungsmangels überwunden werden. Er wies auf mehrere Methoden der Aktivierung der Patienten hin, war sich bei seinen Ausführungen jedoch der Schwierigkeiten bewußt, die sich dem Arzt in der Klinik, mehr aber noch dem Arzt in der freien Praxis entgegenstellen.

In seinem Abschlußreferat zog Chefarzt Dr. W. Teichmann das Fazit aus all dem Gehörten und Diskutierten und gab dem Praktischen Arzt sehr wesentliche Anhaltspunkte für seinen Therapieplan und dessen Erfolgchancen. Unter objektiver Einbeziehung sämtlicher Imponderabilien, der positiven wie der negativen, seitens des Arztes, seitens der Patienten, sei ein Plan aufzustellen. Psychologisch solle im Laufe der Rehabilitation weniger von „Erziehung“ zur Gesundheit, was für den Patienten einen fatalen Beigeschmack habe, dafür mehr von Gewöhnung zur Gesundheit gesprochen werden. Die anzustrebenden Punkte in Klinik wie in Praxis seien: Diät, vor allem Na-arme Kost- und Flüssigkeitsbeschränkung, medikamentöse Therapie, Überwachung der Diurese und Übungsbehandlung.

Für die Glykosidtherapie wurden die Charakteristika von Strophanthin-, Digitoxin- und Digitalis-lanata-Präparate eindeutig herausgearbeitet. Für die Dosierung sei jeweils der Wirkungseffekt ausschlaggebend. Unterdosierung sei häufiger und schädlicher als gelegentliche, rasch zu erkennende Überdosierung. Vor allem müsse sich der Arzt, speziell bei verschiedenen Medikamenten, über seine verordnete Tagesdosis Rechenschaft ablegen. Neben Beachtung eines eventuellen Elektrolytmangels und entsprechender Substituierung müsse auch die Diurese dauernd überwacht oder auch unterstützt werden. Der Übungsbehandlung und dem fitness-Programm wurden, wie man es sich in Bad Wörishofen erwartete, die ihnen zukommende Bedeutung beigemessen. Das Fazit der hierüber entstandenen Diskussion bestand in der Erkenntnis: vorsichtige Dosierung mit ausreichenden Erholungspausen unter Vermeidung jeglicher Leistungsspitzen seien einzuhalten.

Alles in allem, war es ein Samstag reich an praktisch verwertbaren Informationen über Diagnose, Therapie und Verlaufsmöglichkeiten der Herzinsuffizienz. Ambulante und klinische Behandlung, wie auch Rehabilitationskur haben jede ihren eigenen Indikationsbereich und ihre Berechtigung, deren Möglichkeiten und Grenzen aufgezeigt wurden.

M-K-s

PERSONALIA

Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Richard Wagner 75 Jahre

Am 23. 10. 1968 vollendete Herr Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Richard WAGNER sein 75. Lebensjahr. Der in Augsburg geborene Jubilar war Ordinarius für Physiologie in Graz, Erlangen, Breslau, Innsbruck und München. Er ist seit 1940 Mitglied der Leopoldinischen Akademie der Naturforscher in Halle, seit 1948 Mitglied der Bayerischen Akademie der Wissenschaften.

Eine ausführliche Würdigung brachte das „Bayerische Ärzteblatt“ anlässlich des 70. Geburtstages von Herrn Professor Wagner in Heft 1/1964.

FAKULTÄT**Erlangen-Nürnberg**

Zum Rektor der Friedrich-Alexander-Universität wurde für das Amtsjahr 1968/69 zum dritten Mal Professor Dr. jur. Johannes HERRMANN, Vorstand des Institutes für Antike und Rechtsgeschichte, Mitvorstand des Juristischen Seminars (Römisches und Deutsches Bürgerliches Recht) gewählt.

Zum Dekan der Medizinischen Fakultät wurde Professor Dr. med. dent. Adolf KRÖNCKE, Vorstand der Abteilung für Zahnerhaltung an der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkranke, gewählt.

Zum Prodekan wurde Professor Dr. med. Erik WETTERER, Vorstand des II. Physiologischen Institutes, gewählt.

Universitätsdozent Dr. phil. nat. Hans-Joachim HORSTMANN wurde mit der vertretungsweisen Wahrnehmung des ordentlichen Lehrstuhls für „Physiologische Chemie“ beauftragt.

Umhabilitiert wurden:

Apl. Professor Dr. med. Ullrich GESSLER, Vorstand der 4. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenhäuser Nürnberg, für das Fach „Innere Medizin“;

Apl. Professor Dr. med. Günther PLIESS, Vorstand des Pathologischen Institutes der Stadt Nürnberg, für das Fach „Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie“;

Apl. Professor Dr. med. Kurt SCHREIER, Vorstand der Städtischen Kinderklinik Nürnberg, für das Fach „Kinderheilkunde“;

Apl. Professor Dr. med. Gerhard WEBER, Vorstand der Hautklinik der Städtischen Krankenhäuser Nürnberg, für das Fach „Haut- und Geschlechtskrankheiten“.

Die „venia legendi“ erhielten:

Wiss. Ass. Dr. med. Jürgen GELDMACHER für das Fach „Handchirurgie“;

Dr. med. Helmut WARNATZ für das Fach „Innere Medizin“.

Die Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie hat den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Professor Dr. med. René SCHUBERT, Direktor der II. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenhäuser Nürnberg, und den Generalsekretär, Chefarzt Dr. med. H. KAISER, II. Medizinische Klinik der Städtischen Krankenhäuser Augsburg, zu korrespondierenden Mitgliedern ernannt.

Professor Dr. med. Adolf WINDORFER wurde auf dem Kongreß der Kinderärzte in Bonn mit der Ehrenplakette der ältesten finnischen Universität Turku für eine 15-jährige fruchtbare wissenschaftliche Zusammenarbeit ausgezeichnet.

München**Medizinische Fakultät der Universität**

Apl. Professor Dr. med. Axel GEORGII, Abteilungsvorsteher beim Pathologischen Institut, wurde zum ordentlichen Professor für das Fach „Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Helmuth GASTPAR für das Fach „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“;

Privatdozent Dr. med. Johann Josef KARL für das Fach „Innere Medizin“.

Privatdozent Dr. Dr. Hermann HAGER wurde zum Ordentlichen Professor für das Fach „Neurobiologie“ an der Justus-Liebig-Universität Gießen ernannt.

Privatdozent Dr. med. Rolf BURKHARDT, Wissenschaftlicher Assistent an der I. Medizinischen Klinik, wurde zum Universitätsdozenten ernannt.

Privatdozent Dr. med. Wolf MEINHOF, Wissenschaftlicher Assistent an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, wurde zum Oberarzt ernannt.

Privatdozent Dr. med. Helmut SCHIEVELBEIN, Oberassistent an der Chirurgischen Klinik, wurde zum Abteilungsvorsteher ernannt.

Dr. med. Heinrich RUDERT wurde die Lehrbefugnis für das Fach „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“ erteilt.

Zum „Konservator“ wurden ernannt:

Dr. med. Hans Walter HELDT, Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Physiologische Chemie;

Dr. med. Gerhard MASCHINSKI, Wissenschaftlicher Assistent an der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

Professor Dr. med. Werner BICKENBACH, Direktor der I. Frauenklinik, ist von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistungen zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Würzburg

Apl. Professor Dr. med. Hans Georg MERTENS, bisher Universität Hamburg, wurde zum ordentlichen Professor für das Fach „Neurologie“ ernannt.

Universitätsdozent Dr. med. Dr. rer. nat. Hugo FASOLD wurde zum Abteilungsvorsteher ernannt.

Privatdozent Dr. med. Friedrich SCHRÖPL, Oberassistent an der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, wurde zum Leitenden Oberarzt ernannt.

Professor Dr. med. Heribert BRAUN, Abteilungsvorsteher an der Medizinischen Klinik, wurde im Oktober 1968 in Aachen zum 1. Vorsitzenden der Vereinigung der deutschen Strahlenschutzärzte gewählt.

Professor Dr. med. T. H. SCHIEBLER, Vorstand des Anatomischen Institutes, wurde während des III. Internationalen Kongresses für Histochemie im August 1968 in New York für die Dauer von 4 Jahren zum Generalsekretär des Internationalen Komitees für Histo- und Zytochemie wiedergewählt.

Professor Dr. med. Werner WACHSMUTH wurde zum Ehrenmitglied der Mittelrheinischen Chirurgen-Vereinigung gewählt.

Professor Dr. med. Ernst WOLLHEIM, Direktor der Medizinischen Klinik, wurde anlässlich des diesjährigen Europäischen Kardiologen-Kongresses zum Ehrenpräsidenten der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie auf Lebenszeit gewählt.

Contramutan®

Sichere Abwehr

bei
Fieber
Grippe
Infekten



ArzneiMüller
Bielefeld

AUS DER BUNDESPOLITIK

Zum Stand der Strafrechtsreform

Von Peter Mandt

Strafrecht ist lebendiges Recht und muß in seinen Normen an die jeweilige politische und weltanschauliche Entwicklung angepaßt werden. Wenn heute festgestellt werden kann, daß das geltende Strafgesetzbuch aus dem Jahre 1871 veraltet ist, so sagt das trotz seiner vielen Änderungen, die es zwischenzettlich über sich hat ergehen lassen müssen, nichts über die großen Leistungen aus, die diesem Gesetzeswerk vorausgegangen waren.

Zwischenzeitlich sind trotz Eliminierung nazistischen Gedankengutes aus diesem Gesetz, diesem die politischen und weltanschaulichen Grundlagen entzogen. Abgesehen von technischen Mängeln gab und gibt es eine Reihe von Gründen, die Voraussetzung waren, eine Reform des Strafrechts zu betreiben.

Die ersten Reformbewegungen wurden durch den ersten Weltkrieg unterbrochen. Die nach diesem Krieg fortgesetzten Reformbestrebungen wurden 1933 unterbrochen.

Unter Verwendung der früheren Erkenntnis setzte alsbald nach dem zweiten Weltkrieg eine erneute Reformbestrebung ein.

Aufgrund ausgezeichneter Vorarbeiten von Sachverständigen aus allen Bereichen der Wissenschaft wurde im Jahre 1960 der erste Entwurf zur Änderung eines Strafgesetzbuches dem Deutschen Bundestag zugeleitet; er konnte jedoch nicht mehr beraten werden, da die Wahlperiode zu Ende ging.

Im Jahre 1962 wurde ein neuer Entwurf eingebracht, der das Beratungsergebnis einer Länderkommission zur Frage der Strafrechtsreform berücksichtigte.

Der Deutsche Bundestag setzte, nachdem dieser Entwurf zunächst dem Rechtsausschuß zur Beratung überwiesen worden war, im Dezember 1963 einen Sonderausschuß „Strafrechtsreform“ ein, um den Rechtsausschuß nicht zu blockieren, andererseits zu garantieren, daß die Reform des Strafrechts zügig vorangetrieben werden könnte.

In der IV. Wahlperiode befaßte sich der Strafrechtsausschuß im wesentlichen mit rechts-dogmatischen Fragen.

Das Ende der Wahlperiode unterbrach die begonnenen Diskussionen.

Im 5. Deutschen Bundestag wurde ein Initiativantrag zum Entwurf eines Strafgesetzbuches eingebracht, der auf den früheren Entwurf zurückgeht und einige, vom Strafrechtssonderausschuß bereits beratene Bestimmungen berücksichtigt.

Die in der IV. Wahlperiode begonnenen Auseinandersetzungen über die Grundsatzfrage nach Schuld und Verwerfbarkeit bzw. Schuldunfähigkeit wurde im Strafrechtssonderausschuß der 5. Wahlperiode fortgesetzt. Es liegt auf der Hand, daß hier nicht nur der Psychologe zu Wort kommen muß, sondern auch der Mediziner, da die Frage, was krankhafte Störungen der Geistestätigkeit oder krankhafte seelische Störungen sind, einer medizinischen Durchleuchtung bedarf.

Diese Fragen sind für unser gesamtes Strafrecht von nicht zu unterschätzender Bedeutung, denn wo die Schuld fehlt, kann nicht bestraft werden.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß damit mehr und mehr der Mediziner bzw. der gerichtsmedizinische Sachverständige bei fast allen Urteilen Pate steht. Man mag diese Tatsache begrüßen oder als „Knochenerweichung der Justiz“ bzw. falsche „Humanitätsduselei“ abtun, man wird aber an der Tatsache nicht vorbeikommen, daß ein rein präventives bzw. auf Vergeltung ausgerichtetes Strafrecht nicht mehr in die moderne Staats- und Rechtsauffassung paßt. Dem Mediziner wird damit eine Verantwortung übertragen, deren er sich stets bewußt sein muß; denn der Richter wird kaum ohne entsprechende Vorbildung in der Lage sein, festzustellen, ob der Täter ohne Schuld gehandelt hat, weil er z. Z. der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung oder einer ihr gleichwertigen seelischen Abartigkeit oder einer Bewußtseinsstörung von Krankheitswert unfähig war, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder nach dieser Ansicht zu handeln.

In logischem Zusammenhang mit der Frage der Verwerfbarkeit bzw. der Schuldunfähigkeit stehen die Maßnahmen zur Besserung und Sicherung des Täters. Wenn aufgrund sachverständiger Gutachter das Gericht zu der Feststellung der Schuldunfähigkeit kommt, so muß zum Schutz der Allgemeinheit und sozialpädagogischen Behandlung die Möglichkeit bestehen, den Täter bestimmten Maßregeln zu unterwerfen.

Nach längeren Diskussionen in der vorangegangenen Wahlperiode hat der Strafrechts-Sonderausschuß beschlossen, die Formulierung „die Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt oder in einer Bewahrungsanstalt“ durch die Fassung „die Unterbringung in einer psychiatrischen Krankenanstalt oder in einer psychiatrischen Fürsorgeanstalt“ zu ersetzen. Außerdem sollten die Worte „vorbeugende Verwahrung“ durch „Erziehungsverwahrung“ ersetzt werden.

Gegen den Begriff „psychiatrische Fürsorgeanstalt“ sind nicht zuletzt von den Psychiatern Bedenken erhoben worden. Der Ausschuß war jedoch der Auffassung, daß mit dem Adjektiv psychiatrisch der innere Zusammenhang zwischen der Unterbringung in einer psychiatrischen Krankenanstalt und einer psychiatrischen Fürsorgeanstalt ausgedrückt werden sollte.

Es scheint logisch, daß mit dem vom Ausschuß vorgeschlagenen Begriff gleichzeitig impliziert wird, daß nach Möglichkeit die Leitung einer derartigen Anstalt einem Psychiater übertragen wird. Auch die Ersetzung des Wortes „Verwahrungsanstalt“ durch „Bewahrungsanstalt“ erscheint sinnvoll, weil dadurch eindeutig zum Ausdruck gebracht werden soll, welchen Sinn die Unterbringung in einer derartigen Anstalt hat. Es muß nämlich darum gehen, den straffällig gewordenen Täter wieder in die Gesellschaft einzugliedern.

Die in § 81 des Entwurfs aufgezeichneten Möglichkeiten der Besserung und Sicherung zeigen, daß dem medizinischen Gutachter nicht nur bei der Frage der Schuld, sondern auch bei den vom Gericht festzustellenden Maßregeln der Besserung und Sicherung eine entscheidende Bedeutung zukommt.

Die medizinische Wissenschaft hat damit erneut ihre Bedeutung bestätigt bekommen, wie sie bereits zum Teil im geltenden Strafgesetzbuch zum Ausdruck ge-

Vegetative Fehl- reaktionen!

funktionelle
Beschwerden
im Herz-, Kreislauf-
und Verdauungssystem,
Hyperhidrosis,
prämenstruelle-,
klimakterische- und
postoperative
neurozirkulatorische
Störungen

Cesra- dyston[®]



JULIUS REDEL
CESRA- Arzneimittelfabrik

Haueneberstein bei Baden-Baden

kommen ist. Die besondere Bedeutung dieser Bestimmung kann jedoch erst im Zusammenhang mit der philosophisch-weltanschaulichen Frage nach Schuld und Sühne richtig gesehen werden und sie hat aufgrund der Unlösbarkeit einer Strafrechtsreform von weltanschaulichen Vorstellungen ihre Bedeutung erhalten. Neben diesem allgemeinen, in seiner Bedeutung nicht zu unterschätzenden Problem, bringt die Strafrechtsreform eine Reihe von Neuerungen, die für die Heilberufe, insbesondere für die Ärzte, von nicht geringerer Bedeutung sind.

So bringt auch der Initiativ-Antrag in § 161 eine Bestimmung über die Heilbehandlung, wonach Eingriffe und andere Behandlungen, die nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der Heilkunde und den Grundsätzen eines gewissenhaften Arztes zu dem Zweck angezeigt sind und vorgenommen werden, Krankheiten, Leiden, körperliche Schäden oder seelische Störungen zu verhüten, zu heilen oder zu lindern, nicht als Körperverletzung strafbar sind. Diese Bestimmung ist das Gegenstück zu § 157, in dem ärztliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Gefährdung der Schwangeren geregelt ist. Die Regelung der Heilbehandlung gilt aber nicht nur für Ärzte. Sie soll die Strafbarkeit wegen Körperverletzung für den Fall derjenigen körperlichen Einwirkung auf einen anderen ausschließen, die Heilbehandlung im Sinne des Gesetzes ist.

Der Gedanke, daß bestimmte Eingriffe und andere Behandlungen, die den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechen, strafrechtlich besonders geregelt werden müssen, hat bereits in früheren Entwürfen ihren Niederschlag gefunden, aber nicht in so konkreter und zusammenfassender Form wie in dem nunmehr vorliegenden Entwurf.

Hinter diesem Vorschlag steht der in der Öffentlichkeit, besonders aber auch aus Kreisen der Ärzteschaft immer wieder geltend gemachte Wunsch, für die strafrechtliche Beurteilung der kunstgerecht durchgeführten Behandlung eine sichere und den ärztlichen Aufgaben gerecht werdende Rechtsgrundlage zu schaffen. Es hat sich nun einmal herausgestellt, daß die Lehre vom

übergesetzlichen Notstand nicht in der Lage war, die für die ärztliche Tätigkeit erforderliche Rechtsklarheit und damit verbundene Rechtssicherheit zu schaffen.

Die Bedeutung des neuen Strafgesetzentwurfs wird u. a. auch dadurch deutlich, daß im vierten Titel (§§ 157 bis 162) mit der Überschrift „ärztliche Eingriffe und Heilbehandlung“ geregelt werden. Dabei spielt die Frage nach der ärztlichen Unterbrechung der Schwangerschaft die entscheidende Rolle. In dem genannten Titel werden nämlich Normen für die ärztliche Behandlung aufgestellt, die sich im Grunde auch als Schutzbestimmungen für den Arzt erweisen können. Diese Bestimmungen sind im Strafrechtssonderausschuß bisher noch nicht abschließend beraten worden. Es ist jedoch zu erwarten, daß es gerade hier zu längeren Auseinandersetzungen kommen wird, weil die Frage der medizinischen und ethischen Indikation letztlich auch einer religiösen und sittlichen Beurteilung unterliegt.

Der Gesetzgeber wird jedoch nicht daran vorbeikommen, hier allgemeine Normen aufzustellen, um auch in diesem Bereich die erforderliche Rechtssicherheit zu schaffen.

Es wäre wünschenswert, wenn gerade dieser Bereich alsbald vom Bundestag verabschiedet werden könnte, da die bisherige Rechtsunsicherheit auf diesem Gebiet auch in der Rechtsprechung zu unerfreulichen Ergebnissen geführt hat.

Es ist jedoch nicht zu erwarten, daß in dieser Wahlperiode hier eine abschließende Beratung vorgenommen werden kann. Der nächste Deutsche Bundestag wird sich erneut mit diesem Fragenkomplex befassen müssen.

Es wäre aber verfehlt, den Mitgliedern des Strafrechtssonderausschusses oder dem Bundestag vorzuwerfen, die Strafrechtsreform nicht zügig behandelt zu haben. Ein Blick auf frühere Reformbestrebungen zeigt, daß sie sich auf Jahrzehnte erstreckt haben, wobei festgestellt werden darf, daß die Dauer der Beratungen sich nicht zum Nachteil ausgewirkt haben.

Anschr. d. Verf.: Peter Mandt, 5300 Bonn, Wolkenburgstraße 1

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Neue Quarantänevorschriften für den internationalen Reiseverkehr

Von Adolf von Lippmann

Ein neues internationales Sanitätsreglement für den Reiseverkehr ist durch den Internationalen Quarantäneausschuß bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf vorbereitet worden. Der Ausschuß hatte zu diesem Zweck vom 28. 11. bis 7. 12. 1967 getagt. Der Entwurf der neuen Vorschriften ist der Weltgesundheitskonferenz im Mai 1968 zur Beratung vorgelegt worden. Nach der Annahme werden sie automatisch für die 129 Mitgliedsländer und die assoziierten Mitglieder der WHO verbindlich sein, mit Ausnahme für die eine oder andere Bestimmung, für die die einzelne Regierung berechtigt ist, bestimmte Ausnahmeregelungen für sich in Anspruch zu nehmen. Das neue Reglement umfaßt den gesamten internationalen Reise- und Transportverkehr, zu Wasser, in der Luft, auf den Eisenbahnen und Straßen. Es wird die Internationalen

Vorschriften ersetzen, die nun bereits seit 15 Jahren Gültigkeit haben. Es ist versucht worden, die aktuellen Anordnungen zu vereinfachen und zu verbessern, indem den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung getragen worden ist. Des weiteren ist die außerordentliche Ausbreitung des Luftverkehrs und die voraussichtliche künftige Entwicklung berücksichtigt worden. In den Lufthäfen sind die entsprechenden Einrichtungen für die Gesundheitsüberwachung bereits weitgehend unzureichend geworden. Diese Lage wird sich noch verschlechtern und wird die durch die sanitären Formalitäten gestellten Probleme noch verschärfen, wenn die bereits geplanten Riesenflugzeuge in Dienst gestellt werden, die mehrere hundert Passagiere befördern können.

Das aktuelle Reglement faßt im besonderen die soge-

nannten sechs Quarantänekrankheiten oder, wie sie auch genannt werden, die traditionellen pestartigen Krankheiten zusammen, das sind: Pest, Cholera, Pocken, Gelbfieber, Flecktyphus und Rückfallfieber. In den Vorschriften werden ausdrücklich die Fälle bestimmt, in denen bei einem Eintritt in ein Land die Schutzimpfung gefordert werden kann. Ferner sind die notwendigen Voraussetzungen umrissen, unter denen die Reisenden einer Desinfektion unterworfen werden können, für ihre Isolierung und Überwachung im gegebenen Fall, ebenso wie für die zu ergreifenden Maßnahmen im Hinblick auf infizierte oder verdächtige Schiffe und Luftfahrzeuge.

Die vorgesehenen Bestimmungen, die zum Gegenstand der sanitären Maßnahmen und Formalitäten durch das neue Reglement gutgeheißen werden sollen, bilden das Maximum dessen, was ein Staat im Hinblick auf den internationalen Verkehr verlangen kann, um sein Gebiet gegen die Einschleppung übertragbarer Krankheiten zu schützen. In den nun vorgeschlagenen Vorschriften ist praktisch versucht worden, das Maximum möglicher Sicherheit gegen die internationale Verbreitung von Krankheiten mit einem Minimum von Behinderungen des internationalen Verkehrs zu kombinieren. Der Internationale Quarantäneausschuß hat nun Empfehlungen von großer Tragweite formuliert, nachdem er von den Kommentaren der interessierten Regierungen, der Internationalen Organisation der Zivilluftfahrt (OACI), der Internationalen Vereinigung für den Lufttransport (IATA) und der Zwischenstaatlichen beratenden Seeschiffahrtsorganisation (IMCO) Kenntnis genommen hatte. Die Empfehlungen des Ausschusses erstrecken sich besonders auf folgende Punkte:

1. Nur vier von den sechs bisher als Quarantänekrankheiten bezeichneten, die im gegenwärtig noch geltenden Reglement aufgezählt sind, bleiben so gefährlich, daß sie in die neuen Sanitätsbestimmungen aufgenommen werden müssen. Das sind: Cholera, Gelbfieber, Pocken und Pest.
2. Flecktyphus und Rückfallfieber bilden kein Risiko der Verbreitung durch den internationalen Reiseverkehr mehr; man kann sie daher in der Aufzählung der Quarantänekrankheiten streichen.
3. Alle internationalen Seeschiffahrts- und Lufthäfen sollen mit einem ausreichenden medizinischen Personal ausgestattet werden, das in gleicher Weise für die Hygiene und die Sanierung verantwortlich ist.
4. Es wird als erforderlich angesehen, Quarantänedienste nicht nur in den Seeschiffahrts- und Lufthäfen einzurichten, sondern ebenso an Grenzübergangsstellen zu Lande, in den Bahnhöfen, auf den Straßen, an Flüssen und Kanälen, d. h. überall dort, wo sich ein Ortswechsel größerer Gruppen von Personen vollzieht.

5. Container, das sind Behälter größerer Dimensionen, die dem internationalen Warenverkehr dienen, müssen vor ihrem Verschließen in einer Weise kontrolliert werden, die sicherstellt, daß keine Art von Infektionsmaterial, weder Ratten noch Insekten, mittransportiert werden.

Die WHO ist gebeten worden, Untersuchungen anzustellen über sanitäre Formalitäten, die es gestatten, auf dem schnellsten Weg diejenigen Reisenden festzustellen, die einer besonderen medizinischen Überwachung bedürfen. Ferner, Ausbildungskurse für Quarantänepersonal zu organisieren, um den einzelnen Ländern zu helfen, genügendes Sanitätspersonal für die Verwendung in den Seeschiffahrts- und Lufthäfen zu bekommen. Ferner wurde die WHO gebeten, für die Einheitlichkeit der im internationalen Reiseverkehr anzuwendenden Bestimmungen und Formalitäten zu sorgen. Die Empfehlungen für die neue Quarantäneordnung sind unter Berücksichtigung einer Zusammenfassung aus einem Bericht abgefaßt worden, der im Lauf der letzten Jahre über die Quarantänekrankheiten zusammengestellt worden ist. Auszugsweise waren in diesem Bericht folgende Angaben enthalten:

Pest

Das Auftreten der Pest hat sich bis ungefähr 1962 vermindert. Die Zahl der gemeldeten Fälle hielt sich im Mittel bei etwa 700 im Jahr. Im Verlauf der letzten fünf Jahre ist aber ein klarer Anstieg festzustellen. Die Zahl der gemeldeten Fälle hat sich während dieses Zeitraumes auf etwa 2000 im Jahresmittel erhöht. Epidemien und Einzelfälle der Pest sind in den letzten 15 Jahren aus folgenden Ländern gemeldet worden: In Afrika aus dem Kongo (Dem. Rep.), Kenya, Madagaskar und Tansania; in Asien aus Burma, Indien, Iran und Vietnam; aus Amerika aus Bolivien, Brasilien, Peru und Ecuador. Am härtesten von allen Ländern ist Vietnam betroffen worden. Von dort wurden allein im Jahre 1966 mehr als 3000 Pestfälle gemeldet.

Seit das gegenwärtige Internationale Sanitätsreglement in Kraft ist, hat es keine Pestübertragung mehr durch Personen im internationalen Reiseverkehr gegeben. Aber ein Risiko bleibt immer im Zusammenhang mit den neuen Modellen der Seeschiffe und den großen Lufttransportern, über deren Verladerampen den Ratten, die ja die Pestverbreiter sind, ein direkter und leichter Zugang zu den Fahrzeugen offensteht. Es ist gefordert worden, daß sich künftig auch die Konstrukteure von See- und Luftfahrzeugen Gedanken darüber machen sollten, durch welche technischen Mittel man die Fahrzeuge leichter im Hinblick auf die Anwesenheit von Nagetieren überprüfbar machen könnte.

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse liegen nach den Angaben der Experten der WHO für die Behandlung der Pestfälle nicht vor. Auch sei man mit der Schutz-

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

impfung nicht weitergekommen. Sie habe keinen präventiven Wert gezeigt. Die wirksamsten Waffen gegen die Pest seien immer noch der Kampf gegen die Nagetiere, die Ratten- und Insektenvernichtung.

Cholera

Die Cholera war 1957 offensichtlich im Abstieg begriffen. Sie war im wesentlichen auf die Gebiete beschränkt, in denen sie noch endemisch war, nämlich Indien und Pakistan. Aber im gleichen Jahr trat überraschend die Cholera „El Tor“ in ganz bedeutendem Umfang in Indonesien in Erscheinung. Zu Anfang 1959 konnte sie sich über die Grenzen von Indonesien ausbreiten und griff auf mehr als 20 Länder über, im Weg von den Philippinen schließlich bis zum Iran und Irak. Die Länder, die sich durch diese Ausbreitung der Cholera bedroht fühlten, griffen schließlich zu Maßnahmen, die weit über die geltenden Bestimmungen des Internationalen Sanitätsabkommens hinausgingen. Daraus hatten sich dann schwere wirtschaftliche Verluste und Handelseinbußen für die Länder ergeben, in die die Cholera eingeschleppt worden war. Die WHO weist darauf hin, daß unsere Erkenntnisse über die Epidemiologie und die Kontrolle der Cholera immer noch ungenügend sind. Aber die jüngsten Forschungen haben immerhin erlaubt, drei neue wichtige Fakten herauszustellen:

1. Die moderne Behandlung der Krankheit mit den Techniken für die Wiederherstellung der Hydrolyse bei den Kranken sind außerordentlich wirksam. Infolgedessen hat die Cholera nicht mehr die verheerenden Wirkungen, die sie ehemals gehabt hat. Bei einer rasch einsetzenden Pflege und ärztlichen Behandlung verläuft sie in der Regel nicht mehr schwerer als andere intestinale Infektionen, wie typhöse Fieber, mit Diarrhoen einhergehende Erkrankungen und Dysenterie.
2. Die Cholerainfektion, insbesondere bei der Cholera „El Tor“, hat eine sehr viel rapidere Streuwirkung als andere intestinale Affektionen und nimmt sehr schnell einen epidemischen Charakter an. Das Auffinden und die Überwachung von Trägern mit asymptomatischen Erscheinungen ist schwierig.
3. Manche im Gebrauch befindlichen Impfstoffe haben sich als unwirksam erwiesen. Was die meisten Impfstoffe anbelangt, so verschaffen sie alle nur einen begrenzten und nicht lange andauernden Schutz; man rechnet bei den einer Ansteckung ausgesetzten und vorher geimpften Personen mit einem Schutz in der Proportion von etwa 50%. Zur Zeit der letzten Epidemien hat sich die Cholera oft auf dem Weg über kleinere Fischereifahrzeuge, durch den Straßen- und Eisenbahnverkehr und allerdings höchst selten im Weg über die großen Seeschiffe und internationalen Luftfahrzeuge verbreitet.

Gelbfieber

Diese Krankheit herrscht immer noch anhaltend und streng in den tropischen Zonen von Afrika und Amerika. Im Jahre 1961 war in Äthiopien eine heftige Epidemie, die 3000 Todesfälle hinterlassen hat. 1965 hat es in Senegal eine Gelbfieberepidemie gegeben, bei der von etwa 236 gemeldeten Krankheitsfällen 216 Todesfälle gezählt worden sind. Im Jahre 1967 griff die Krankheit über ihre normale endemische Zone hinaus

und trat im Nordwesten von Liberia in der Nähe der Grenze von Guinea auf. Gleichfalls außerhalb seiner endemischen Zone wurde Gelbfieber in Amerika im Jahre 1966 in Argentinien entlang den Grenzen von Brasilien beobachtet. Fast jedes Jahr treten sporadisch Fälle in Bolivien, Kolumbien, Peru und Venezuela auf. Die Lage in Afrika bleibt unvermindert ernst, und die Gefahr der Verbreitung wächst hier mit dem Zustrom der Bevölkerung in die Städte. Asien ist im Hinblick auf das Gelbfieber seuchenfrei geblieben.

Im übrigen hat sich der Impfstoff gegen Gelbfieber als absolut wirksam gegen diese tödliche Krankheit erwiesen.

Pocken

Von allen Quarantänekrankheiten sind die Pocken diejenigen, die am häufigsten von einem Land zum anderen durch den internationalen Verkehr in der Luft und auch zu Lande, in Asien auch durch den Seeverkehr, verschleppt wird. Die Häufigkeit des Auftretens ist in den endemischen Zonen in den Tropen Afrikas und Asiens während der letzten 15 Jahre etwa auf dem gleichen Niveau geblieben, jedoch mit Spitzen in den Jahren 1958 und 1963. Nach den bisher vorliegenden Nachrichten wird auch das abgelaufene Jahr 1967 ein Rekordjahr in dieser Beziehung werden.

Die Pocken sind die gefährlichste unter allen übertragbaren Krankheiten mit erhöhter Mortalitätsrate, weil etwa 35 bis 40% aller nicht schutzgeimpften Befallenen trotz bester ärztlicher Behandlung und Pflege umkommen. Die Schutzimpfung gegen die Pocken hat sich als außerordentlich wirksam erwiesen. Aber die Lücken in der administrativen Kontrolle bilden Elemente einer ständigen Gefährdung für alle seuchenfreien Länder. Die WHO hat einen Zehnjahresplan für die Ausrottung dieser Krankheit entwickelt und die Anfänge dieser Bemühungen sind bis jetzt erfolgversprechend. Die Heimstätte der Pocken in Amerika umfaßt jetzt im Grundsatz allein Brasilien und den angrenzenden Teil von Kolumbien. Das Ausrottungsprogramm in Indien erstreckt sich auf die beiden am stärksten befallenen Zonen, d. h. auf die Staaten Indien und Pakistan. Wegen des Fehlens von Gesundheitsdiensten schon in den Grundzügen geht der Fortschritt bei der Pockenbekämpfung in Afrika nur sehr langsam voran. Der lyophilisierte Impfstoff ist der einzige, der von der WHO für die Durchführung des Ausrottungsprogramms und für die Schutzimpfungen im internationalen Reiseverkehr anerkannt ist.

Fiecktyphus und Rückfallfieber

Diese beiden durch Ungeziefer übertragenen Krankheiten sind im gegenwärtig gültigen Sanitätsreglement noch enthalten. Aber beide sind in Europa fast vollständig verschwunden. In den übrigen Teilen der Welt treten sie nur noch selten auf. Immerhin kennt man noch zwei oder drei kleinere Heimstätten des Flecktyphus in Burundi, Äthiopien, Bolivien und Ecuador und von Rückfallfieber hauptsächlich in Äthiopien. Innerhalb von 15 Jahren ist keine dieser beiden Krankheiten über den internationalen Verkehr verschleppt worden. Die aufgetretenen Epidemien konnten mit Hilfe einfachster Hygienemaßnahmen schnellstens unterdrückt werden. Deshalb hat der Internationale Quarantäneausschuß der WHO vorgeschlagen, diese beiden Krankheiten aus der Liste der Quarantänekrankheiten zu streichen.

AMTLICHES**Überleitungsabkommen****zwischen der Ärztekammer Nordrhein – Ärzteversorgung – Düsseldorf, und der Bayerischen Ärzteversorgung, München**

1. Mitglieder einer der oben angeführten Versorgungseinrichtungen, die bei Beginn ihrer Mitgliedschaft nicht älter als 40½ Jahre waren und vor Vollendung des 45. Lebensjahres im Geltungsbereich der anderen Versorgungseinrichtung berufstätig werden, können die bei der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge, soweit sie der Rückgewähr unterliegen, an die neu zuständige Versorgungseinrichtung überleiten lassen.
Die überzuleitenden Beiträge dürfen, bezogen auf das Jahr, für welches sie ursprünglich geleistet wurden, nicht höher sein als der nach der Satzung der übernehmenden Versorgungseinrichtung für den jeweiligen Beitragszeitraum zulässige Höchstbetrag.
Die neu zuständige Versorgungseinrichtung gewährt diesen Mitgliedern das Recht auf alle von ihr zu erbringenden satzungsmäßigen Leistungen in der Höhe, als wären die von der bisherigen Versorgungseinrichtung übergeleiteten Beiträge zu denselben Zeiten bei ihr entrichtet worden.
2. Beiträge von Mitgliedern, die im Zeitpunkt des Überwechselns bei Ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt haben oder zu diesem Zeitpunkt bereits berufs unfähig sind, können in die neu zuständige Versorgungseinrichtung nicht übergeleitet werden.
3. Der Antrag auf Beitragsüberleitung ist vom Mitglied innerhalb von sechs Monaten nach Wechsel des Arbeitsplatzes bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen.
Bleiben nicht niedergelassene Ärzte zunächst freiwillige Mitglieder der bisherigen Versorgungseinrichtung, so können sie nach Niederlassung in eigener Praxis innerhalb von 3 Monaten den Antrag auf Beitragsüberleitung stellen, sofern sie inzwischen nicht das 45. Lebensjahr vollendet haben.
4. Die bisherige Versorgungseinrichtung überträgt sämtliche zugunsten des antragstellenden Arztes geleisteten Beiträge, sofern sie die Höchstbeträge nach Ziffer 1 Absatz 2 nicht überschreiten, unter Beifügung einer Aufstellung, aus der Höhe und Zeitpunkt der Leistung in jährlichen Teilbeträgen zu ersehen sind (Überleitungsabrechnung), an die neu zuständige Versorgungseinrichtung.
Etwaige Beitragsrückstände werden von der bisherigen Versorgungseinrichtung beigetragen und nach Eingang unverzüglich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die hierbei ggf. Amtshilfe leistet.
5. Der geldliche Ausgleich zwischen den Versorgungseinrichtungen wird gleichzeitig mit Erstellung der Überleitungsabrechnung vorgenommen.
Der Risikoübergang erfolgt am 3. Kalendertag 00 Uhr nach Absendung der Überleitungsabrechnung. Maßgebend für den Absendetag ist der Stempel des Postamtes.
6. Dieses Überleitungsabkommen tritt, sofern dafür bei einer oder bei beiden Beteiligten die Genehmigung der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde erforderlich ist, mit Erteilung der Genehmigung(en), im übrigen mit der Unterzeichnung in Kraft. Es ist in den Ärzteblättern der Vertragschließenden zu veröffentlichen.
Dieses Abkommen kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Vor Ablauf der Kündigungsfrist beantragte Überleitungen sind durchzuführen.
7. Das am 11.6./1.8.1963 zwischen den Beteiligten abgeschlossene Überleitungsabkommen tritt mit Wirksamwerden dieses Abkommens außer Kraft.

zwischen der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster, und der Bayerischen Ärzteversorgung, München

1. Mitglieder einer der oben angeführten Versorgungseinrichtungen, die bei Beginn ihrer Mitgliedschaft nicht älter als 40½ Jahre waren und vor Vollendung des 45. Lebensjahres im Geltungsbereich der anderen Versorgungseinrichtung berufstätig werden, können die bei der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge, soweit sie der Rückgewähr unterliegen, an die neu zuständige Versorgungseinrichtung überleiten lassen.
Die überzuleitenden Beiträge dürfen, bezogen auf das Jahr, für welches sie ursprünglich geleistet wurden, nicht höher sein als der nach der Satzung der übernehmenden Versorgungseinrichtung für den jeweiligen Beitragszeitraum zulässige Höchstbetrag.
Die neu zuständige Versorgungseinrichtung gewährt diesen Mitgliedern das Recht auf alle von ihr zu erbringenden satzungsmäßigen Leistungen in der Höhe, als wären die von der bisherigen Versorgungseinrichtung übergeleiteten Beiträge zu denselben Zeiten bei ihr entrichtet worden.
2. Beiträge von Mitgliedern, die im Zeitpunkt des Überwechselns bei ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt haben oder zu diesem Zeitpunkt bereits berufs unfähig sind, können in die neu zuständige Versorgungseinrichtung nicht übergeleitet werden.
3. Der Antrag auf Beitragsüberleitung ist vom Mitglied innerhalb von sechs Monaten nach Wechsel des Arbeitsplatzes bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen.
Bleiben nicht niedergelassene Ärzte zunächst freiwillige Mitglieder der bisherigen Versorgungseinrichtung, so können sie nach Niederlassung in eigener Praxis innerhalb von 3 Monaten den Antrag

auf Beitragsüberleitung stellen, sofern sie inzwischen nicht das 45. Lebensjahr vollendet haben.

4. Die bisherige Versorgungseinrichtung überträgt sämtliche zugunsten des antragstellenden Arztes geleisteten Beiträge, sofern sie die Höchstbeträge nach Ziffer 1 Absatz 2 nicht überschreiten, unter Beifügung einer Aufstellung, aus der Höhe und Zeitpunkt der Leistung in jährlichen Teilbeträgen zu ersehen sind (Überleitungsabrechnung), an die neu zuständige Versorgungseinrichtung.

Etwaige Beitragsrückstände werden von der bisherigen Versorgungseinrichtung beigetrieben und nach Eingang unverzüglich der neuzuständigen Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die hierbei ggf. Amtshilfe leistet.

5. Der geldliche Ausgleich zwischen den Versorgungseinrichtungen wird gleichzeitig mit Erstellung der Überleitungsabrechnung vorgenommen.

Der Risikoübergang erfolgt am 3. Kalendertag 00 Uhr nach Absendung der Überleitungsabrechnung. Maßgebend für den Absendetag ist der Stempel des Postamtes.

6. Dieses Überleitungsabkommen tritt, sofern dafür bei einer oder bei beiden Beteiligten die Genehmigung der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde erforderlich ist, mit Erteilung der Genehmigung(en), im übrigen mit der Unterzeichnung in Kraft. Es ist in den Ärzteblättern der Vertragschließenden zu veröffentlichen.

Dieses Abkommen kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Vor Ablauf der Kündigungsfrist beantragte Überleitungen sind durchzuführen.

7. Das am 1. August 1962 zwischen den Beteiligten abgeschlossene Überleitungsabkommen tritt mit Wirksamwerden dieses Abkommens außer Kraft.

Achtung!

Ab 1. Januar 1969 nur noch neue Vordrucke verwenden!

Bekanntmachung über die Auswertung der Ergebnisse der ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Vom 22. November 1968

Mit der Verordnung zur Änderung der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 5. September 1968 (BGBl. I S. 1013) hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung den ab 1. Januar 1969 gültigen Untersuchungsbogen veröffentlicht. Die Änderung des Untersuchungsbogens war erforderlich, um den Untersuchungsumfang festzulegen, die Untersuchung selbst zu erleichtern und die Schreibarbeit zu vereinfachen. Dabei wurden auch die Voraussetzungen für eine wissenschaftliche Auswertung der Untersuchungsergebnisse geschaffen, wie sie vom Bayerischen Landtag, vom Bayerischen Senat, vom Landesgesundheitsrat und von den Arbeitsministern der Länder seit längerer Zeit gefordert wird. Damit sollen die durch die Untersuchungen gewonnenen Erkenntnisse der Förderung der Jugendgesundheit nutzbar gemacht werden.

Gemäß § 3 Abs. 1 der Verordnung vom 5. September 1968 hat der Arzt ab 1. Januar 1969 für die Erst- und Nachuntersuchungen in der Farbe und im Inhalt unterschiedliche Vordrucke zu verwenden. Außerdem schreibt § 3 Abs. 2 aaO vor, daß der Arzt je ein Zweitstück des Untersuchungsbogens, den Auswertungsbogen, herzustellen hat. Dieser Auswertungsbogen enthält zur Wahrung der ärztlichen Geheimhaltungspflicht keine Angaben zur Person des Jugendlichen, der Eltern oder des Arbeitgebers. Die Formulare können, wie bisher,

von den Formularausgabestellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bezogen und im Durchschreibeverfahren ausgefüllt werden. Erläuterungen, Hinweise und Anmerkungen zur Verordnung vom 5. September 1968 und zu den neuen Untersuchungsbögen können dem Aufsatz „Ärztliche Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz“ (Bundesarbeitsblatt — Fachteil „Arbeitsschutz“ Nr. 10/1968, Seite 284) entnommen werden.

Die Ärzte, die Untersuchungen nach den Vorschriften des Gesetzes zum Schutze der arbeitenden Jugend — Jugendarbeitsschutzgesetz — vom 9. August 1960 (BGBl. I S. 665) durchführen, werden gebeten, mit ihrer Honorarforderung den ausgefüllten Auswertungsbogen der Abrechnungsstelle — der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in München — einzusenden. Die Abrechnungsstelle sammelt die Auswertungsbogen und übermittelt sie monatlich der Auswertungsstelle.

Im Interesse einer umfassenden Erhebung werden die Ärzte gebeten, bei den Untersuchungen Jugendlicher nach dem 1. Januar 1969 die vorgesehene Auswertung zu unterstützen.

München, den 22. November 1968

Bayerisches Staatsministerium
für Arbeit und soziale Fürsorge

Bewährt bei
Rheuma
chron. Adnexitis
Erkältungskrankheiten

HUMOPIN®

Salicyl-Humin-Bad

Richard Schöning · Berlin



NEUE THERAPEUTIKA

Amphodyn® retard

Zusammensetzung: Je Retardkapsel: 20 mg 1-(3'-Hydroxyphenyl)-2-aethylaminoethanol • HCL, 150 mg Roßkastanien-Extrakt (Trockensubstanz, enthaltend 25 mg Aescin).

Indikationen: Orthostatisch-hypotone Beschwerden bei Asthenie, vegetativer Fehlregulation, Akzeleration Jugendlicher, in der Rekonvaleszenz nach längerer Bettlägerigkeit, bei Wettereinfüssen, anstrengender Arbeitsweise und Überlastung.

Wirkungsweise: Orthostatisch-hypotone Beschwerden treten auf, wenn Infolge Tonusschwäche der Beinvenen Blut über ein gewisses Maß hinaus in der Peripherie versackt. Dieses Blut muß dem Kreislauf wieder zugeführt werden, damit blutdruckstabilisierende Sympathikomimetika besser wirken können. Amphodyn „retard“ begnügt sich deshalb nicht nur mit der kompensatorischen Steigerung des arteriellen Widerstandes, sondern zielt durch seine venotonisierende Komponente auch auf die kausale Mobilisierung des venös versackten Blutes ab.

Der den Venentonus steigernde Roßkastanien-Extrakt ist mit dem oral zuverlässig wirksamen Sympathikomimetikum Etilerfrin*) in Amphodyn „retard“ vereint. Vergrößerung der aktiven Blutmenge und Regulierung des arteriellen Strömungswiderstandes ergänzen sich sinnvoll und erleichtern die Anpassung des Kreislaufes an orthostatische Belastung.

Amphodyn „retard“ macht die Anwendung dieser Arzneikombination noch einfacher, denn ein modernes, fortschrittliches Retardprinzip verlängert seine Wirksamkeit beträchtlich. In den meisten Fällen genügt 1 Retardkapsel morgens eingenommen, um die kritische Phase des „Orthostatikers“ zu überwinden. Die wenigsten brauchen mittags eine zweite.

Dosierung: Morgens 1 Retardkapsel vor dem Essen, falls erforderlich am frühen Nachmittag nochmals 1 Retardkapsel.

Handelsformen: Packung mit 20 Amphodyn-Retardkapseln DM 7,90.
Hersteller: Klinge, 8000 München 23.

*) generic name für 1-(3'-Hydroxyphenyl)-2-aethylaminoethanol • HCL

baxacor®

Neues Koronartherapeutikum in Form einer Injektionslösung sowie von Dragées zweier verschiedener Stärken zur Verbesserung der Ernährungslage des Herzens.

Alleiniger Wirkstoff: o-(β-Diäthylaminoäthoxy)-phenylpropionphenon • HCl (= Etafenon). Es sind in: baxacor® 25 mg, baxacor®-forte 75 mg, baxacor®-Ampullen zu 2 ml 10 mg enthalten.

Etafenon wirkt muskuiotrop-spasmytisch auf die Herzkranzgefäßmuskulatur, was zu einer Erhöhung des Blutdurchflusses und damit zur verbesserten Sauerstoffversorgung des Herzens führt. Ferner bewirkt es die partielle und selektive Blockierung der adrenergen Beta-Rezeptoren, dadurch Hemmung der Katecholaminausschüttung, so daß bei erhöhtem Sympathikotonus die mechanische Hyperaktivität des Herzens mit unökonomischer Steigerung des Sauerstoffverbrauches verhindert bzw. beseitigt wird.

Indikationen: Organische und funktionelle Störungen der Kranzgefäßzirkulation, wie Angina pectoris, kardiovaskuläre Beschwerden sowie Therapie des Herzinfarktes und seiner Folgezustände, ferner Tachyarrhythmien sowie Manager-Syndrom.

Kontraindikationen: Schockzustände und manifeste hypotone Kreislaufregulationsstörungen, ausgeprägte kardiale Dekompensation sowie schwere atrioventrikuläre und intraventrikuläre Reizleitungsstörungen.

Dosierung:
Bei baxacor®: 1–2 Dragées tgl. 1–3× unzerkaut vor dem Essen.

Bei baxacor® forte: 1 Dragée tgl. 2–4× unzerkaut vor dem Essen.

2–3× tgl. 1–2 Amp. zur langsamen iv. oder im. Injektion.

Handelsformen und Preise: baxacor®: OP mit 30 Dragées DM 3,91 o. MWSt., OP mit 75 Dragées DM 8,65 o. MWSt. baxacor®-forte: OP mit 20 Dragées DM 5,09 o. MWSt., OP mit 60 Dragées DM 14,37 o. MWSt.

baxacor®: 5 Amp. à 2 ml. DM 5,01 o. MWSt.

Hersteller: Helopharm KG, Arzneimittelabrik, 1000 Berlin.



ArzneiMüller
Bielefeld

Monapax

bei Husten
Keuchhusten
Bronchialkatarrh

Bayolin®

Zusammensetzung: 100 g Salbe enthalten 0,5 g Natriumsalz einer Polysaccharid-Sulfosäure (Heparinoid Bayer 5000 HDB-E.), 10 g Monosallylsäureester des Äthylenglykols, 2,5 g Nikotinsäurebenzylester.

Indikationen: Zur perkutanen tiefenwirksamen Einreibung bei rheumatischen Erkrankungen der Muskeln und Gelenke; bei Arthrose, Arthritis, Ischias, Muskel- und Gelenk- und Nervenschmerzen, Prellungen, Zerrungen, Stauchungen.

Wirkungsweise: Bayolin ist gekennzeichnet durch schnelle und nachhaltige Schmerzbeseitigung, tiefes Einschleusen der Wirkstoffe, heilende Wärme ohne lästiges Brennen, ausgeprägte antiphlogistische Wirkung, geruchfreie, nicht fettende Salbengrundlage, gute Verträglichkeit.

Dosierung: Mehrmals täglich einen 5–10 cm langen Salbenstrang mit dem beiliegenden Verreiber oder mit der Hand in die Haut über dem erkrankten Gebiet einreiben.

Handelsformen: Tube zu 35 g DM 3,95; Anstaltspackung zu 175 g.

Hersteller: Bayropharm, 5000 Köln.

Conjugen®

Zusammensetzung: Je Dragée: 1,25 mg natürliche, konjugierte Östrogene (75–87% Östron, 8–12% Equilin, 1–3% Equilenin; 4–7% 17 α -Östradiol, Δ^7 -17 α -Östradiol, $\Delta^6,8$ -17 α -Östradiol).

Indikationen: Klimakterische Ausfallserscheinungen (vasovegetative Sensationen, Kreuz- und Unterbauchschmerzen, Reizblase, Schlafstörungen, entzündlich-atrophische Veränderungen am äußeren Genitale, Fluor, Durchblutungsstörungen, degenerativ-atrophische Veränderungen des Stützapparates).

Wirkungsweise: Die Vorzüge der natürlichen konjugierten Östrogene sind allgemein anerkannt, ihre beherrschende Stellung kommt nicht von ungefähr. Sie liegt in der ebenso umfassenden wie harmonischen Wirkung auf die vielfältige Symptomatologie des klimakterischen Syndroms begründet. Denn die natürlichen konjugierten Östrogene beheben nicht nur die organischen Manifestationen und die neurovegetativen Sensationen, sie beeindrucken erst recht durch ihren stimmungshebenden, vitalitätssteigernden Einfluß. Die Patientinnen fühlen es deutlich, wenn sie vom Schwinden der gedrückten Stimmung sprechen, vom wiedergewonnenen Lebensmut, vom neuen Schwung, mit dem man die Arbeit anpackt. Eine Kombination mit Psychopharmaka ist entbehrlich.

Dosierung: Tgl. 1 Dragée, nach 20 Tagen eine Woche Pause; bei der Langzeitbehandlung Dosis später reduzieren (z. B. 1 Dragée jeden 2. Tag).

Handelsformen: Packung mit 20 Dragées DM 7,60, Packung mit 40 Dragées DM 14,50, Anstaltspackung mit 400 Dragées.

Hersteller: Klinge, 8000 München 23.

Gluko-50-Probetrunk

Indikationen: Zur oralen Glukosebelastung in der Diagnostik des manifesten und latenten Diabetes mellitus.

1. Orale Glukosekurzbelastung: Blutzuckerbestimmung und Harnzuckerkontrolle 2 Stunden nach dem Einnehmen von Gluko-50-Probetrunk.

2. Vollständiger oraler Glukosetoleranztest: Blutzuckerbestimmung nüchtern sowie 1 und 2 Stunden nach dem Einnehmen von Gluko-50-Probetrunk, abschließend Harn auf Glukose prüfen.

Die Glukosebelastung kann mit 50 g = 1 Flasche Gluko-50-Probetrunk, 100 g = 2 Flaschen Gluko-50-Probetrunk oder 1 g/kg Körpergewicht erfolgen (1 g Glukose entspricht ca. 2 ml Gluko-50-Probetrunk).

Zusammensetzung: 1 Flasche mit 130 g (= 110 ml) Saft enthält 50 g Glukose in wohlschmeckender Zubereitung.

Handelsformen und Preise:

OP mit 1 Flasche Gluko-50-Probetrunk DM 2,45 m. U.
AP mit 10 Flaschen Gluko-50-Probetrunk DM 20,75 m. U.

Hersteller: Boehringer Mannheim GmbH.

NEDA®-Dragées

Zusammensetzung: 1 Dragée: Fol. Sennae piv. 150 mg, Diphesatin 5 mg.

Wirkungsweise: NEDA-Dragées stellen neben den bekannten NEDA-Würfeln eine moderne und besonders preiswerte Darreichungsform dar.

Auch NEDA-Dragées enthalten Folla Sennae, jedoch verstärkt durch Diphesatin. Dies ist ein Ester, der im Dünndarm gespalten wird. Dabei entsteht eine phenolische Verbindung (Oxyphenisatin), die als Bestandteil der Pflaume für deren laxierenden Effekt wesentlich verantwortlich ist. Beide Inhaltsstoffe wirken in der gewählten niederen Dosierung vor allem sekretionsfördernd und resorptionshemmend, erweichen also den Koloninhalt. Die Motorik wird direkt (durch Reizung) kaum beeinflusst. Daher sind NEDA-Dragées besonders geeignet für den Dauergebrauch und für empfindliche Patienten, auch in der Gravidität.

Indikationen: Prophylaxe der verschiedenen Obstipationsformen: habituelle Obstipation, auch in der Gravidität und Stillperiode, Obstipation bei bettlägerigen Patienten und Rekonvaleszenten, Obstipation bei Milieuveränderungen, vor und nach Operationen, Erleichterung der Stuhlentleerung bei Anal- und Hämorrhoidaliden.

Anwendung: 1m allgemeinen abends 1 Dragée vor dem Schlafengehen. Die Dosis kann unbedenklich auf 2 Dragées erhöht werden. Die Wirkung tritt nach 8–10 Stunden ein.

Handelsformen und Preise:

O. P. mit 30 Dragées DM 2,15 m. MwSt.

O. P. mit 60 Dragées DM 3,40 m. MwSt.

Hersteller: NEDA-Werk Dr. Otto Palm, 8000 München 13.

Reparil®-Gel

Zusammensetzung: 100 g enthalten Aescin 1,0 g, aescinpolyschwefelsaures Natrium (Heparinoid) 1,0 g, Diethylaminsalicylat 5,0 g.

Indikationen: Bei allen lokalisierten Schwellungen im Gefolge von entzündlichen oder degenerativen Veränderungen und traumatischen Schädigungen. Bei Schmerzsyndromen der Wirbelsäule (Zervikalsyndrom, Lumbago, Ischialgie usw.). Bei Prellungen, Quetschungen, Verstauchungen, Hämatomen, Tendovaginitiden. Bei oberflächlicher Thrombophlebitis, Varikosis, Ulcus cruris und prävarikösen Zuständen. Außerdem zur Venenpflege nach Injektionen bzw. Infusionen.

Anwendung: Ein- bis mehrmals täglich auf die Haut über dem erkrankten Bereich in dünner Schicht auftragen und einreiben. Einmassieren ist nicht erforderlich, wenn erwünscht, jedoch möglich. Bei Geschwüren empfiehlt es sich, nur die umgebenden Hautpartien mit Reparil-Gel zu versorgen.

Handelsformen: O. P. mit ca. 40 g DM 5,55 o. MwSt.

Hersteller: Dr. Madaus & Co., 5000 Köln.

Spasmo-Urgenin®

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: Extr. Sabal serr. 25 mg, Extr. Echinaceae 30 mg, Azoniaspiro-(3 α -benzilyloxy-nortropan-8,1'-pyrrolidin)-chlorid 2 mg.

Indikationen: Zur raschen Beseitigung schmerzhafter Miktionsstörungen und Tenesmen bei akuter und chronischer Prostatitis, Prostataadenom (sog. Prostatahypertrophie) im 1. und beginnenden 2. Stadium, Prostatismus, Reizblase, Zystitis (auch infolge Bestrahlung), Urethritis, Sphinktersklerose, nach Instillationen und Bouglerung sowie diagnostischen und operativen Eingriffen.

Als Zusatzmedikation bei hormoneller und antibakterieller Behandlung.

Kontraindikationen: Prostatageschwülste mit primärer Operationsindikation (hoher Restharn); Glaukom.

Dosierung: Im allgemeinen 3 \times tgl. 2 Dragées nach den Mahlzeiten einnehmen. In leichten Fällen kann 3 \times tgl. 1 Dragée ausreichen.

Handelsformen:

O. P. mit 40 Dragées DM 8,12 o. MwSt.

O. P. mit 100 Dragées DM 17,30 o. MwSt.

Großpackungen mit 500 und 1000 Dragées.

Hersteller: Dr. Madaus & Co., 5000 Köln.

(Fortsetzung Seite 922)

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Oktober 1968*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Mit Beginn der kühleren Jahreszeit stieg im Oktober die Häufigkeit von Scharlacherkrankungen gegenüber dem Vormonat merklich an, nämlich von 40 Fällen auf 69, jeweils auf 100 000 Einwohner (auf ein Jahr umgerechnet). Durch Meningokokken erregte Hirnhautentzündung trat im Oktober unverändert selten auf, durch andere Erreger verursachte Hirnhautentzündung befiel weniger Personen als im Vormonat.

Die Erkrankungsziffer an Typhus, Ruhr und Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) ging im Berichtsmonat zurück, letztere von 23 Fällen im September auf 16, jeweils auf 100 000 Einwohner. Geringfügig sank auch die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung), und zwar von 39 auf 36 je 100 000 Einwohner.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. September bis 2. November 1968 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare										Enteritis infectiosa				Botulismus					
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Typhus ob-dominans		Para-typhus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Salmonellose		Übrige Forme							
	f ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	251	—	—	—	6	2	17	—	1	—	2	—	1	—	4	—	76	—	1	—	—	—
Niederbayern	—	—	29	—	—	—	3	—	6	—	1	1	—	—	—	—	—	—	6	—	1	—	—	—
Oberpfalz	1	—	44	—	—	—	4	—	2	—	1	—	—	—	—	—	3	—	17	—	—	—	—	—
Oberfranken	1	1	118	—	—	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	1	—	—	—
Mittelfranken	1	—	126	—	—	—	3	—	8	—	—	—	2	—	—	—	2	—	10	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	42	—	—	—	—	—	6	—	—	—	1	—	1	—	—	—	33	—	2	—	4	—
Schwaben	—	—	71	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	1	—	1	—	5	—	—	—	—	—
Bayern	3	1	681	—	—	—	17	2	49	—	3	1	7	—	3	—	10	—	161	—	5	—	4	—
München	—	—	145	—	—	—	3	1	8	—	—	—	1	—	1	—	1	—	34	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	38	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	1	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25	
	Hepatitis infectiosa		Mikrosporie		Milzbrand		Ornithose (Übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Leptospirose						Toxoplasmose		Trachom		Wundstarrkrampf			
													Weiß'sche Krankheit		Feldfieber		Canicolfieber								Übrige Forme	
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	113	—	—	—	—	—	2	—	64	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	2	1
Niederbayern	69	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—
Oberpfalz	41	—	—	—	1	—	1	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	27	—	1	—	—	—	1	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Mittelfranken	21	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Unterfranken	47	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Schwaben	38	—	—	—	—	—	2	—	40	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	2	—	2	—
Bayern	356	—	1	—	1	—	9	—	143	—	1	—	2	—	1	—	2	—	2	—	11	—	2	—	5	1
München	54	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Nürnberg	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
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.

Die Deutsche Universität in Prag

Die letzten 100 Jahre ihrer Medizinischen Fakultät
von Dr. Waither Koerting

— erschienen im „Bayerischen Ärzteblatt“ —
wird gebunden in der von der Bayerischen
Landesärztekammer herausgegebenen Schriften-
reihe, ergänzt mit Namens-, Orts- und Sachver-
zeichnis, veröffentlicht werden.

Bestellungen können bereits jetzt an die Schrift-
leitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 Mün-
chen 23, Königinstraße 85, gerichtet werden.

Nymix®-amid

Zusammensetzung:

Nymix®-amid Saft — 100 ml enthalten: 1-(o-Methoxyphen-
oxy)-propan-2,3-diol (Guaiphenesin) 1,0 g, 2-Sulfanilamido-
pyrimidin (Sulfadiazin) 7,0 g, 1 Meßlöffel (= 5 ml) enthält
350 mg Sulfadiazin. Verschreibungspflichtig.

Nymix®-amid Tabletten — 1 Tablette enthält: 1-(o-Meth-
oxyphenoxy)-propan-2,3-diol (Guaiphenesin) 50 mg, 2-Sul-
fanilamido-pyrimidin (Sulfadiazin) 350 mg.

Wirkungsweise: Durch das Zusammenwirken zweier sich
sinnvoll ergänzender Wirkstoffe im Nymix®-amid wird
ein chemotherapeutischer und expektorationsfördernder
Effekt erzielt. Während das Spitzensulfonamid Sulfadiazin
den bakteriellen Bronchialinfekt in niedrigster und aus-
gezeichnet verträglicher Dosierung wirksam bekämpft,
fördert Guaiphenesin jene Funktionen der Bronchial-
schleimhaut, die ihrem Schutz dienen und das Abhusten
des zähflüssigen, meist eitrigen und bakteriell durchsetzten
Auswurfes erleichtern. Außerdem wird durch Guaiphenesin
der meist zu Anfang einer akuten Bronchitis bestehende
hartnäckige trockene Husten zentral (Herabsetzung der
Reflexerregbarkeit) und peripher (dünnflüssiger Sekret-
Überzug der Bronchialschleimhaut-Oberfläche) gedämpft,
ohne daß der produktive, d. h. der der Expektoration die-
nende Husten oder das Atemzentrum negativ beeinflusst
werden.

Indikationen: Nymix®-amid ist besonders zur antibak-
teriellen Therapie der mit sulfonamidempfindlichen Erre-
gern infizierten akuten und chronischen Bronchitiden ge-
eignet und daher angezeigt zur Behandlung und Vorbeugung
bakterieller Infekte bei akuten Bronchitiden, zur Langzeit-
behandlung der chronischen Bronchitis nach antibiotisch
durchgeführter Stoßtherapie, zur Vorbeugung von Rezidi-
ven, vor allem während der bronchiale Infekte begünsti-
genden Frühjahrs- und Herbstmonate.

Kontraindikation: Sulfonamid-Überempfindlichkeit.

Dosierung: 1—2 Jahre 2× tgl. 1/2 Meßlöffel voll oder 2×
tgl. 1/2 Tablette; 2—7 Jahre 3× tgl. 1/2 Meßlöffel voll oder
3× tgl. 1/2 Tablette; 7—14 Jahre 4× tgl. 1/2 Meßlöffel voll
oder 4× tgl. 1/2 Tablette; Erwachsene 3× tgl. 1 Meßlöffel
voll oder 3× tgl. 1 Tablette.

Kindern können die Tabletten in Wasser gelöst oder zer-
bröckelt mit dem Brei gegeben werden.

Sollte der jeder Packung Nymix®-amid Saft beiliegende
Meßlöffel verlorengehen, kann statt dessen ein Teelöffel
normaler Größe (5 ml) benutzt werden.

Wichtige Hinweise: Wenn sich bei akuten bronchialen In-
fekten die Krankheitserscheinungen (Fieber, Husten, Aus-
wurf usw.) wieder normalisiert haben, soll Nymix®-amid
dennoch weitere 2 Tage lang eingenommen werden.

Nymix®-amid Saft und Tabletten sind auch für Diabetiker
geeignet.

Handelsformen: Nymix®-amid Saft: Packung mit 90 ml,
Anstaltspackung mit 4500 ml. Nymix®-amid Tabletten:
Packungen mit 20 und 40 Stück, Anstaltspackungen mit
200 und 1000 Stück (alle in der modernen Durchdrück-
packung in Streifen zu je 10 Stück — fortschrittlich, hand-
lich, tropfenfest, taschengerecht).

Hersteller: Dolorgiet Arzneimittelfabrik, 5320 Bad Godes-
berg.

Tussiva®-Dragées

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: 2,6-Di-tert-butyl-
naphthalin-4-sulfonsaures Na 20 mg; Oxeladincitrat 5 mg;
Diphenylpyralin HCl 0,5 mg; Diphenhydramin HCl 10 mg;
Ephedrin HCl 5 mg; Guajakolglyzerinäther 100 mg.

Wirkungsweise: Tussiva-Dragees greifen hauptsächlich in
der Peripherie an und beseitigen den Hustenreiz, bevor
er zum Hustenzentrum weitergeleitet wird. Durch die
fehlende zentrale Wirkung besteht keine Suchtgefahr.
Trotz Antihistamingehaltes treten keine Ermüdungserschel-
nungen auf (Kombination mit Ephedrin). Neben dem
verlässlichen hustendämpfenden Effekt hat Tussiva ausge-
prägte sekretolytische und broncholytische Eigenschaften.
Nebenwirkungen sind auch bei empfindlichen Patienten
nicht zu erwarten.

Indikationen: Husten, besonders auch trockener Reizhusten,
mit akuten und chronischen Entzündungen der oberen
und tiefen Luftwege, Husten bei Bronchitis, Laryngitis,
Tracheobronchitis, Bronchopneumonie, Pleuritis, Krampf-
husten, Raucherhusten, Keuchhusten, allergischer Husten.

Anwendung: Je nach Schwere des Falles: Erwachsene 3×
tgl. 1—2 Dragées; Kinder von 8—14 Jahren 3× tgl. 1, even-
tuell auch 2 Dragées; Kinder von 4—8 Jahren 2—3× tgl.
1 Dragée.

Bei besonders starkem Hustenreiz ist zur Erreichung einer
möglichst ungestörten Nachtruhe die zusätzliche Verord-
nung von 1—2 Dragées abends kurz vor dem Schlafen-
gehen empfehlenswert. Die Dragées sollen unzerkaut mit
etwas Flüssigkeit geschluckt werden.

Handelsform: O. P. mit 20 Dragées DM 3,95 m. MwSt.
Hersteller: NEDA-Werk Dr. Otto Palm, 8 München 13.



beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Dragées

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

BUCHBESPRECHUNGEN

W. PSCHYREMBL: „Praktische Gynäkologie“. 560 S., 431 Abb., zahlreiche Tabellen, Kunststoffband, DM 53,80. Verlag W. de Gruyter & Co., Berlin.

Das Buch von Pschyrembl, nunmehr bereits in der 4. Auflage erschienen, ist als Standardwerk unter den deutschen Lehrbüchern für Gynäkologie bereits so bekannt, daß es keiner besonderen Empfehlungen mehr bedarf. Wenn es insbesondere unter den Studenten so schnelle Verbreitung gefunden hat, so dürfte dies vor allem darauf zurückzuführen sein, daß der Autor sich auf das Wesentliche beschränkt und dieses in sehr klarer einprägsamer Formulierung bringt, ohne daß unter dieser Vereinfachung die sachliche Darstellung leidet. In richtiger Einschätzung der Probleme der vorsorglichen Medizin für unsere künftige Ärztegeneration hat der Autor besonderen Wert auf eine ausführliche Darstellung der Fragen der Krebsfrüherkennung in der Gynäkologie gelegt. Einige Änderungen und Ergänzungen, die in diesen Abschnitten gegenüber früheren Auflagen gemacht wurden, sind sehr zu begrüßen. Auch sonst hat der Autor es verstanden, das Buch in jeder Hinsicht auf den modernsten Stand des Wissens zu halten. Neue medizinische Erkenntnisse wurden in mehreren Kapiteln eingefügt, alte Behandlungsmethoden fortgelassen. Man kann das Buch jedem Studenten und auch dem Arzt ohne Einschränkung empfehlen. Privatdozent Dr. H.-J. Soost, München

K. M. BAUER: „Zystoskopische Diagnostik“. 154 S., 102 Abb., Ganzleinen, DM 55,—. Verlag F. K. Schattauer, Stuttgart.

Die Urologie ragt in viele Fachgebiete der Medizin hinein, nirgends wird sie aber dem Studenten während des Studiums umfassend vermittelt. So ist der junge Assistenzarzt, sei es in der Inneren Medizin, der Chirurgie oder der Gynäkologie genötigt, sich die für sein jeweiliges Fachgebiet unerläßlichen Kenntnisse in der Urologie später zu erwerben. Hierfür ein kurzgefaßtes, mit gutem Bildmaterial ausgestattetes Lehrbuch geschaffen zu haben, ist der Verdienst des Autors.

Das Buch ist ausschließlich der Diagnostik gewidmet. Dem entspricht die Gliederung seines Inhalts. Der Autor gibt zunächst eine Einführung in die Technik der urologischen Endoskopie mit zahlreichen praktischen Anregungen bei der Wahl der Instrumente, bei ihrer Handhabung und Wartung. Der spezielle Teil des Buches enthält dann eine systematische Darstellung der typischen endoskopischen Befunde aus dem Bereich der Blase, der Blasenhalregion und der Harnröhre bei Mann und Frau. Auf ausführliche Erörterungen über Ätiologie und Pathogenese der Erkrankungen wird zugunsten der praktischen Gesichtspunkte verzichtet. Für den Gynäkologen ist es von besonderem Interesse, daß auch die Methoden der Funktionsprüfung des Blasenverschlussesapparates, die z. T. vom Autor selbst entwickelt wurden, ausführlich dargestellt sind.

Das reichliche diagnostische und differentialdiagnostisch geschickt ausgewählte Bildmaterial besteht aus sehr guten, fast ausschließlich farbigen, vom Autor selbst hergestellten Fotos. Es handelt sich also um ein in sich abgeschlossenes Werk, das man mit Gewinn liest und immer wieder als Nachschlagewerk benutzen kann.

Privatdozent Dr. H.-J. Soost, München

Heinz SCHAUWECKER: „Hexentanz in Linderberg“ — Roman aus unseren Tagen. 267 Seiten, Ganzleinen. Pallotti-Verlag, Friedberg bei Augsburg.

Ein dem Anschein nach längst gelöstes Problem wird hier plötzlich in der bestürzenden Aktualität vor Augen gestellt, die es auch heute noch hat: Unsere Welt ist trotz Technisierung und Überzivilisation nicht frei vom lächerlichsten Aberglauben. Man glaubt noch an Hexen, ja man verfolgt sie. Gericht und Polizei müssen jährlich in unglaublich vielen Fällen eingreifen, um harmlose Menschen vor Schaden an Leib und Leben zu bewahren, der ihnen von wahnbefangenen Menschen droht, von Menschen die Auto fahren, fernsehen, telefonieren wie wir — und doch im finstersten Mittelalter leben. Es sind das aber nicht seltene Ausnahmen: in jeder Stadt und in jedem Dorf lebt noch der alte Wahn.

Ein menschlich nahegehendes Schicksal ersteht in diesem Roman des bekannten Erzählers. Was wir hier tief miterleben, ist ein starker Aufruf zur Vernunft, Menschlichkeit und wahrer christlicher Liebe.

Siegfried SOMMER: „Meine 99 Stories“. 324 Seiten mit 23 Zeichnungen von Ernst HÜRLIMANN, Leinen, DM 16,80. Süddeutscher Verlag, München.

Seit Karl Valentin tot ist, gibt es keinen Münchner, der so echt und originell, so skurril und widerborstig wäre wie Sigl Sommer, alias Blasius. Sein Name ist ein Programm, seine Handschrift unverkennbar; seinen grimmig-pointierten, urwüchsig saloppen Stil hat noch niemand zu kopieren vermocht.

Nach „Das große Blasius-Buch“, „Blasius in allen Gasen“ und „Das letzte von Blasius“ erscheint nun eine neue Sammlung seiner Geschichten — die 99 originellsten und amüsantesten Artikel, die in den letzten Jahren seiner Feder entsprungen sind. Thematisch hat dieser neue Sammelband eine große Spannweite, da es kaum ein Thema gibt, das der Autor nicht satirisch oder dichterisch behandelt. Er erzählt von Hunden und erster Liebe, vom Ärger im Großstadtverkehr und von Bikini-Schönheiten im Familienbad — vor allem setzt er sich aber immer wieder kritisch mit jener „High society“ auseinander, die das Weltbild der modernen Wohlstandsgesellschaft geprägt hat. Die Giftpfeile, die er dabei abschießt, treffen stets ins Schwarze, und ob seiner waghalsigen respektlosen Formulierungen treten dem Leser buchstäblich die Lachtränen in die Augen.

So scharf und unerbittlich Sigl Sommer als Satiriker ist, so zart, leise und einfühlsam kann er sein, wenn er sich, wie in manchen seiner Geschichten, als Dichter der Idylle zuwendet — ein Romantiker des Realismus. Die Süddeutsche Zeitung schrieb über ihn und seine Erzählungen: „Keiner weiß so viel um diese und von dieser Stadt, keiner vermag das, was er sieht, fühlt und miterlebt, so auszudrücken, wie dieser große Raunzer, der ein wahrhafter Poet ist!“

Wer den treffenden, aktuellen Witz ebenso liebt wie die echte, zu Herzen gehende Besinnlichkeit, wird an diesem Buch seine helle Freude haben!

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

B-Kurs für Arbeitsmedizin

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“

veranstaltet von der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer vom 3. bis 28. Februar 1969 im Hause des Arbeitsschutzes, München 22, Pfarrstraße 3

Montag, 3. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. H. Eyer, Direktor des Max-von-Pettenkofer-Institutes für Hygiene und Mikrobiologie der Universität München

„Allgemeine Betriebshygiene“

10.00—10.45 Uhr:

Ministerialrat a. D. Dr. med. habil. E. Lederer, München

„Rückblick auf überwundene und gewandelte Berufskrankheiten“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Valentin, Direktor des Institutes für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg

„Rehabilitation nach Herzinfarkt“

14.00 Uhr:

Filmvorführung:

„Der Elektraunfall — Pathophysiologie und Sofortmaßnahmen“

Dienstag, 4. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Chr. von Ferber, Sozialwissenschaftliches Seminar der Technischen Hochschule Hannover

„Ergebnisse arbeits- und betriebssoziologischer Untersuchungen am Krankenstand“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. med. H. Wittgens, Arbeitsschutzarzt der Deutschen Bundesbahn, Frankfurt — Bundesbahnsozialamt

„Gesundheitliche Gefährdung bei Schweißarbeiten“

11.00—11.45 Uhr:

Gewerbemedizinaloberrätin Dr. med. J. Reinhardt, Niedersächsisches Landesverwaltungsamt — Arbeitsmedizin und Gewerbehygiene — Hannover

„Ärztliche Erfahrungen bei der Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes“

13.15 Uhr, Abfahrt:

Süddeutsche Asbest- und Packungsfabrik W. E. Huth, Percha b. Starnberg

Mittwoch, 5. Februar 1969

8.00 Uhr:

Kaufbeuren-Neugablonz, Südbayerische Sudetenglashütten GmbH, Johann Schöffel & Sohn, Schmucksteinfabrikation

Beginn 14.00 Uhr:

Gustav Elstner, Lusterbehang, Glas- und Schmuckwaren

Rudolf Müller, Feuerpolierer

R. Reber & Sohn, Glassteinschleiferei

Donnerstag, 6. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. S. Borelli, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Hochschule München

„Akzentverschiebungen dermatologischer Berufsnoxen“

10.00—10.45 Uhr:

11.00—11.45 Uhr:

Regierungsmedizinalrat Dr. W. Brenner, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München
„Arbeitsmedizinische Probleme in der Kunststofftechnik“

13.00 Uhr, Abfahrt:

H. F. & PH. F. Reemtsma, München 25, Fallstraße 40

Freitag, 7. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Lückert, Pädagogische Hochschule München-Pasing

„Umgang mit Jugendlichen“ (Wege zur Leistungssteigerung)

10.00—10.45 Uhr:

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. H. Schober, Vorstand des Institutes für Medizinische Optik der Universität München

„Beleuchtungsfragen am Arbeitsplatz“

Montag, 10. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Dr. A. Thiess, Leitender Werksarzt der BASF Ludwigshafen

„Reizgase in der chemischen Industrie“

10.00—10.45 Uhr:

Regierungsgewerbebedirektor Dipl.-Ing. L. Kreher, Leiter des Gewerbeaufsichtsamtes Augsburg

„Aus der Praxis der Gewerbeaufsicht“

11.00—11.45 Uhr:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. G. Bühlmeier, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

„Erkrankungen der Caissonarbeiter und Taucher durch Druckfall“

12.00 Uhr, Abfahrt:

Esso AG, Raffinerie Ingolstadt

Dienstag, 11. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. H.-G. Schmidt, Betriebsarzt der Siemens AG, Berlin

„Arbeitsbewertung“

11.00—11.45 Uhr:

Dr. H. J. Florian, Betriebsarzt der Siemens AG, München

„Werksärztliche Gesichtspunkte bei der Entsendung von Mitarbeitern in das Ausland“

13.30 Uhr, Abfahrt:

Linde AG, Technische Gase — Schweißtechnik, Lohhof

Mittwoch, 12. Februar 1969

8.00 Uhr, Abfahrt:

Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe Fürstenfeldbruck

„Arbeitsmedizinische Probleme der Luft- und Raumfahrt“

Begrüßung: Generalarzt Prof. Dr. E. A. Lauschner, Leiter des Flugmedizinischen Institutes der Luftwaffe, o. V. i. A.

8.50—9.35 Uhr:

Oberfeldarzt Dr. J. Garbe

„Probleme des Fliegens aus luftfahrtmedizinischer Sicht“

9.40—10.25 Uhr:

Regierungsdirektor Dr. K. Burkhart

„Physik der Atmosphäre und ihr Einfluß auf den menschlichen Organismus“

10.40—11.25 Uhr:

Oberfeldarzt Dr. J. Garbe

„Vibrationen und ihre Wirkung auf den Menschen“

11.30—12.15 Uhr:

Oberfeldarzt Dr. J. von Daacke

„Arbeitsmedizinische Aufgaben auf Fliegerhorsten“

13.45 Uhr:

Demonstrationen

Donnerstag, 13. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. M. Acker, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

„Berufsdermatosen: Physikalische Schäden“

10.00—10.45 Uhr:

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. F. Fürstenberg, I. Institut für Soziologie der Hochschule für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, Linz/Do.

„Betriebssoziologische Fragen“

13.30 Uhr, Abfahrt:

Louisoder AG, Münchener Spezial-Mantelfabrik, München 90, Deisenhofener Straße 28

Freitag, 14. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

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

„Lärm und Leistung“

10.00—10.45 Uhr:

Privatdozent Dr. H. Mehnert, Chefarzt der III. Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing

„Diabetes-Probleme am Arbeitsplatz“

11.00—11.45 Uhr:

Regierungsgewerbemedizinaldirektor Dr. W. Reinl, Der Staatliche Gewerbearzt für den Aufsichtsbezirk Nordrhein, Düsseldorf

„Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstaub bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen“

Montag, 17. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Schmidtke, Direktor des Institutes für Ergonomie der Technischen Hochschule München

„Klima und Leistung“

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Schmidtke, München

„Methodik der eignungsdiagnostischen Normenfindung“

11.00—11.45 Uhr:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. G. Hall, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

„Gesundheitsschäden durch Benzol und seine Homologe“

13.30 Uhr, Abfahrt:

Alkor-Werk, Karl Lissmann KG, Plastikfolien, München-Solln, Morgensternstraße 9

Dienstag, 18. Februar 1969

Fasching — keine Veranstaltung

Mittwoch, 19. Februar 1969

Vormittags keine Veranstaltung

12 Uhr, Abfahrt:

August Wessels Schuhfabrik GmbH, Augsburg

Donnerstag, 20. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Medizinaldirektor Dr. J. F. Scholz, Leitender Arzt des Landesamtes Baden-Württemberg, Stuttgart

„Die Wandlung typischer Berufsbilder und ihre arbeitsmedizinische Bedeutung“

10.00—10.45 Uhr:

Medizinaldirektor Dr. J. F. Scholz, Stuttgart

„Arbeitsmedizinische Gesichtspunkte bei Betriebsbegehungen und Arbeitsplatzanalysen“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. A. Kirn, Werksärztlicher Dienst und arbeitsphysiologische Forschungsstelle der Robert Bosch GmbH, Stuttgart

„Arbeitsplatz und Konstitution“

13.30 Uhr, Abfahrt:

München Dachauer Papierfabriken, Heinrich Nicolaus GmbH, Dachau

Freitag, 21. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, München

„Ermüdung in arbeitsphysiologischer Sicht“

10.00—10.45 Uhr:

Medizinaloberarzt Dr. J. F. Kurz, Arbeitsamt München

„Die Beurteilung des Leistungsvermögens für die Arbeitsvermittlung“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Oettel, vormals Leiter des Gewerbehygienisch-Pharmakologischen Institutes der BASF Ludwigshafen

„Die arbeitsmedizinische Bedeutung von Genußmitteln und Medikamenten“

Montag, 24. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Regierungsmedizinaldirektor Dr. H. Schneider, Leiter des Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsmedizin München

„Ungewöhnliche Staublungenerkrankungen“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. H. Wehrheim, Leitender Werksarzt der DEGUSSA, Frankfurt/Main

„Erkrankungen durch Fluor und seine Verbindungen und durch Beryllium und seine Verbindungen“

11.00—11.45 Uhr:

Physikalische Messungen am Arbeitsplatz
Konservator Dipl.-Ing. J. Gabelmann, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsschutz München
„Grundprinzipien der Lärmmessung“
Dipl.-Physiker Dr. Ing. R. Prochazka, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsschutz München
„Grundprinzipien der Staubmessung“

13.30 Uhr, Abfahrt:

Druckgußwerk A. Mössner, Leicht- und Schwermetall, München 56, Unterbiburger Straße 37

Dienstag, 25. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. D. Janz, Nervenklinik der Universität Heidelberg
„Anfall-Leiden und Berufsarbeit“

10.00—10.45 Uhr:

Regierungsmedizinalkommissar Dr. G. Scheid, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge München
„Der ärztliche Sachverständige im Rentenverfahren“

11.00—11.45 Uhr:

Dr. H. Petry, Werksarzt der Städtischen Werke Nürnberg
„Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchungen in der werksärztlichen Praxis“

13.30 Uhr, Abfahrt:

Eisenwerk Gebr. Frisch KG, Kissing b. Augsburg

Mittwoch, 26. Februar 1969

8.00 Uhr, Abfahrt:

Vereinigte Aluminium Werke Aktiengesellschaft, Werk Töging

Beginn 14.30 Uhr:

Süddeutsche Kalkstickstoffwerke Aktiengesellschaft, Trostberg/Oberbayern

Donnerstag, 27. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Dr. H. J. Florian, München
„Arbeitsmedizinische Erfahrungen beim Einsatz von Arbeitskräften in Übersee“

10.00—10.45 Uhr:

Bundesbahnberrät Dr. phil. E. Henkel, Bundesbahnsozialamt, Dienstsitz München
„Psychologische Eignungsuntersuchungen bei der Deutschen Bundesbahn“

11.00—11.45 Uhr:

Flotillenarzt Dr. J. Franz, Bundesministerium der Verteidigung, Bonn
„Arbeitsmedizinische Aufgaben der Truppenärzte in der Bundeswehr“

13.30 Uhr, Abfahrt:

Löwenbrauerei AG, München, Nymphenburger Straße 4

Freitag, 28. Februar 1969

9.00—9.45 Uhr:

Dozent Dr. med. habil. A. von der Heydt, Kassel
„Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff und Schwefelwasserstoff“

10.00—10.45 Uhr:

Regierungsgewerbeinspektor Dipl.-Chem. Dr. phil. O. Lang, Leiter des Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsschutz München
„Lüftung und Absaugung in Industriebetrieben“

11.00—11.45 Uhr:

Oberregierungsmedizinalkommissar Dr. G. Hall, München
„Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe“

Der Kurs berücksichtigt die Beschlüsse des 68. Deutschen Ärztetages und des 18. Bayerischen Ärztetages über die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“

Kursgebühr wird nicht erhoben.

Vortragsveranstaltungen können auch einzeln besucht werden. Eine Bescheinigung über die Teilnahme am Kurs wird nur bei Teilnahme am Gesamtprogramm ausgehändigt.

Für die Betriebsbesichtigungen können in der Regel nur Teilnehmer am Gesamtprogramm zugelassen werden.

Bei den Veranstaltungen wird eine Haftung der besichtigten Betriebe oder der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin ausdrücklich ausgeschlossen.

Es empfiehlt sich, frühzeitige Quartierbestellung beim Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Bahnhofplatz 2, Telefon 55 58 81, vorzunehmen.

Auskunft durch die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon 08 11 / 2 18 41



Zur gezielten Therapie der Dysmenorrhoe durch Spasmolyse im Genitaltrakt und zuverlässige Analgesie

Dismenol

(Parasulfamidobenzoessäure 0,05 g, Dimethylamino-phenyldimethyl-pyrazolon 0,25 g)

AGPHARM LUZERN — Hersteller für Deutschland SIMONS CNEMISCHE FABRIK, Gauting bei München

Physikalische Therapie im Krankenhaus

am 24./25. Januar 1969 in Nürnberg

Die Arbeitsgemeinschaft der Ärzte für Physikalische Medizin veranstaltet in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer am 24./25. Januar 1969 in Nürnberg eine Fortbildungstagung unter der Leitung von Dr. D. v. Arnim.

Programm:

Physikalische Medizin im Krankenhaus — historische Entwicklung (Prof. Dr. W. Kohlrausch)
Planung und Betrieb der Physikalischen Therapie im Krankenhaus (Priv.-Doz. Dr. H. Drexel)
Personalprobleme in der Physikalischen Medizin (Prof. Dr. Schmidt-Kessen)
Statistische Angaben zu Organisation und Betrieb der Physikalischen Therapie in der Klinik (Dr. W. Rulffs)
Physikalische Therapie in der Inneren Medizin (Priv.-Doz. Dr. M. Franke)
Physikalische Therapie in der Chirurgie (Priv.-Doz. Dr. H. Beck)
Physikalische Therapie in der Neurologie (Dr. A. Kohlrausch)
Physikalische Therapie in der Orthopädie (Priv.-Doz. Dr. H. Thom)

Begrenzte Teilnehmerzahl.

Anmeldungen sind bis 15. Januar 1969 an das Sekretariat des Institutes für Physikalische Therapie der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, 8500 Nürnberg, Flurstraße 17, Telefon 09 11 / 3 99 31, App. 22 06, zu richten.

III. Einführungskurs in die Wiederherstellungschirurgie der Nase und der Nasenscheidewand

vom 3. bis 8. März 1969 in Erlangen

Die Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Erlangen veranstaltet in der Zeit vom 3.—8. März 1969 den III. Einführungskurs in die Wiederherstellungschirurgie der Nase und der Nasenscheidewand. Vorgesehen sind Operationsdemonstrationen, Übungen an der Leiche und Unterrichtsstunden. Beschränkte Teilnehmerzahl.

Anmeldungen sind bis 15. Januar 1969 an Privatdozent Dr. med. H. Masing, 8520 Erlangen, Waldstraße 1, zu richten.

3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie

am 7./8. März 1969 in Erlangen

An der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen findet am 7./8. März 1969 der 3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie e. V. unter dem Vorsitz von Dr. med. A. Huzly, Stuttgart, statt.

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

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.

Januar 1969

- 6.—31. 1. in Berlin: Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang (Stoffpian III). Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 15.—18. 1. in Gießen: VI. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auskunft: Sekretariat der Ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Rudolf-Buchheim-Straße 10.
18. 1.—1. 2. in Madonna di Campiglio: XXXV. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportarzt-Diplomes. Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße 16.
- 20.—25. 1. in Höhenried: 2. Seminar über präventive Kardiologie. Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, 8000 München 2, Briener Straße 50.
- 24.—25. 1. in Nürnberg: „Physikalische Therapie im Krankenhaus.“ Auskunft: Sekretariat des Institutes für Physikalische Therapie der Städtischen Krankenanstalten, 8500 Nürnberg, Flurstraße 17.
- 25.—26. 1. in Innsbruck: 2. Seminar-Veranstaltung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes mit dem Institut für Sport und Kreislaufmedizin der Universität Innsbruck. Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, 8 München 2, Briener Straße 50.
25. 1.—2. 2. in Kitzbühel: Gemeinsames alpines EEG-Meeting der europäischen und amerikanischen EEG-Gesellschaften. Auskunft: Dr. E. Scherzer, Chefärztliche Station der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, A-1200 Wien, Webergasse 2.

Februar 1969

- 3.—14. 2. in Kühtai: II. Winterkongreß für diagnostische und therapeutische Technik. Auskunft: Generalsekretariat der „Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin“, Dr. med. K. Engelmeier, 4740 Oelde, Lange Straße 21 a.
- 3.—14. 2. in Neutrauburg: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie. Auskunft: Dr. med. Karl Sell, Facharzt für Orthopädie, 7972 Neutrauburg.
- 3.—28. 2. in Bad Nauheim: XX. Fortbildungskurs in Bäder- und Klimahellkunde und Physikalischer Medizin. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Rudolf-Buchheim-Straße 10.

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

Dilazoprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

- 3.—28. 2. in München: D-Kurs für Arbeitsmedizin. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.
- 17.—21. 2. in Neuherberg: Einführungs-kurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
17. 2.—7. 3. in Berlin: Strahlenschutzkurs für Ärzte einschließlich Praktikum. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
17. 2.—7. 3. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (Einführungs-, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 19.—21. 2. in Innsbruck: „Klinische Tage“. Auskunft: Sekretariat der Chirurgischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35, z. H. Frau Kapferer.
22. 2. in Innsbruck: 12. „Klinisches Wochenende“. Auskunft: Sekretariat der Chirurgischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35, z. H. Frau Kapferer.
22. 2.—8. 3. in San Martino di Castrozza: XXXVI. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportarzt-Diplomes. Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße 16.
- 24.—28. 2. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

März 1969

- 3.—7. 3. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 3.—8. 3. in Erlangen: III. Einführungskurs in die Wiederherstellungschirurgie der Nase und der Nasenscheidewand. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. med. H. Masing, 8520 Erlangen, Waldstraße 1.
3. 3.—30. 6. in Düsseldorf: 34. Amtsarztlehrgang der Akademie für Staatsmedizin. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin, 4000 Düsseldorf, Auf'm Hennekamp 70.
- 7.—8. 2. in Erlangen: 3. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie e. V. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. med. R. Ottenjann, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 9.—22. 3. in Badgastein: XIV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Leben, Krankheit und Heilung als molekulare Geschehen“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal 1, Postfach 1220.
- 10.—22. 3. in Davos: XVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Leben, Krankheit und Heilung als molekulare Geschehen“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal 1, Postfach 1220.
- 12.—15. 3. in Leipzig: 2. Kongreß der Gesellschaft für Altersforschung. Auskunft: Prof. Dr. W. Ries, Medizinische Klinik der Universität, X-701 Leipzig, Johannissaltee 32.
- 14.—21. 3. in Berchtesgaden: Internationaler Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren, 8000 München 2, Richard-Wagner-Straße 10/I.
- 17.—21. 3. in Berlin: Lehrgang über theoretische und praktische Grundlagen des Strahlenschutzes für den Lungenfacharzt. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 17.—21. 3. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 24.—28. 3. in Berlin: Lehrgang über theoretische und praktische Grundlagen des Strahlenschutzes für den Lungenfacharzt. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 24.—29. 3. in Bavo: Tagung der Internationalen Gesellschaft für Lymphologie (ISL). Auskunft: Internationale Gesellschaft für Lymphologie, CH-8028 Zürich, Postfach 128.
- 27.—29. 3. in Sils-Maria: Gemeinsame Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für klinische Zytologie zusammen mit der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Zytologie. Auskunft: Dr. med. J. Jenny, CH-8032 Zürich, Plattenstraße 68.
- 28.—30. 3. in Augsburg: 43. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin (Thema: „Immunologie für die Praxis“). Auskunft: Sekretariat des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.
- 28.—30. 3. in Verona: VI. Veranstaltung der „Giornate Mediche Internazionali“. Auskunft: Sekretariat der Giornate Mediche Internazionali, Istituti Ospitalieri di Verona, Via Bassini 6, I-37100 Verona.
31. 3.—2. 4. in Tübingen: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Auskunft: Prof. Dr. J. Hirschmann, 7400 Tübingen, Liebermeisterstraße 20.
31. 3.—12. 4. in Meran: I. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer (Thema: „Ble Aufgaben des Arztes im Zeitalter des Kindes“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal 1, Postfach 1220.

Beilagenhinweis

Einer Teilaufgabe dieser Ausgabe sind Prospekte der Firma Autohaus München, München, Geyerstraße 34, beigelegt.

„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 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 5252, 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 23682, Telegrammadresse: atlas-pess. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.

Druck: Richard Pflaum 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.

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	