

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 4

München, April 1969

24. Jahrgang

(Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg
[Direktor: Professor Dr. G. Hegemann])

Rumpftrauma — Erste Hilfe am Unfallort

Von H. Bunte

Rumpftraumen entstehen heute in der überwiegenden Zahl der Fälle durch Decelerationsunfälle im Straßenverkehr. Im Gegensatz zu den Verletzungen im Bereich der Extremitäten sind Rumpftraumen weniger ein therapeutisches als ein diagnostisches Problem. Vielfach entscheidet sich das Schicksal des Verletzten bereits bei der Diagnostik und den Maßnahmen der ersten Hilfe am Unfallort.

Wir haben uns die Frage gestellt, welche Verletzungen den Patienten mit schwerem Rumpftrauma in erster Linie gefährden und welche Maßnahmen der ersten Hilfe den Verlauf günstig beeinflussen können. Unsere Erfahrungen beruhen auf der Untersuchung und Behandlung von 250 Patienten, die im Laufe der letzten Jahre in unsere Klinik kamen.

Thoraxtrauma

Die einfachste, meistens harmlose Verletzungsfolge beim stumpfen Thoraxtrauma sind Rippenbrüche, die durch Biegung oder direkte Impression entstehen (Abb. 1). Die Diagnose bietet auch am Unfallort keine Schwierigkeiten. Der Palpationsbefund und der isolierte, exakt lokalisierbare Druckschmerz geben ausreichende Hinweise. Einfache Rippenbrüche bedürfen meistens kei-

ner chirurgischen Behandlung. Die Maßnahmen der ersten Hilfe bestehen darin, den Patienten schonend dorthin zu transportieren, wo durch Röntgenuntersuchungen die Frakturen gesichert, thorakale Komplikationen sicher ausgeschlossen oder nachgewiesen werden können.

Mehrfachbrüche im Bereich der Rippen und des Sternums können zur Instabilität der Thoraxwand führen (Abb. 2).

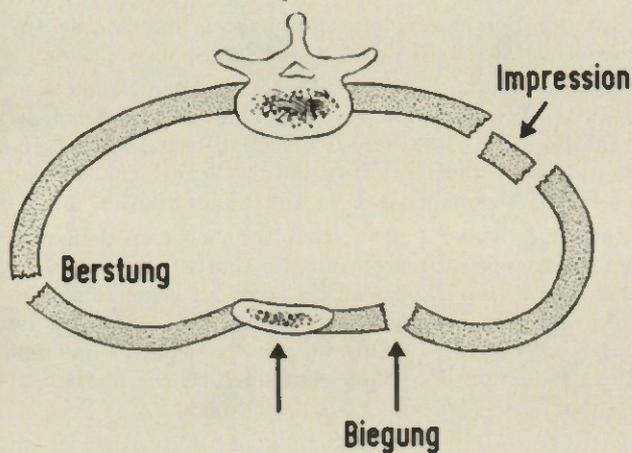


Abbildung 1

Rippen- und Sternumfrakturen durch Biegung, Berstung oder direkte Gewalteinwirkung

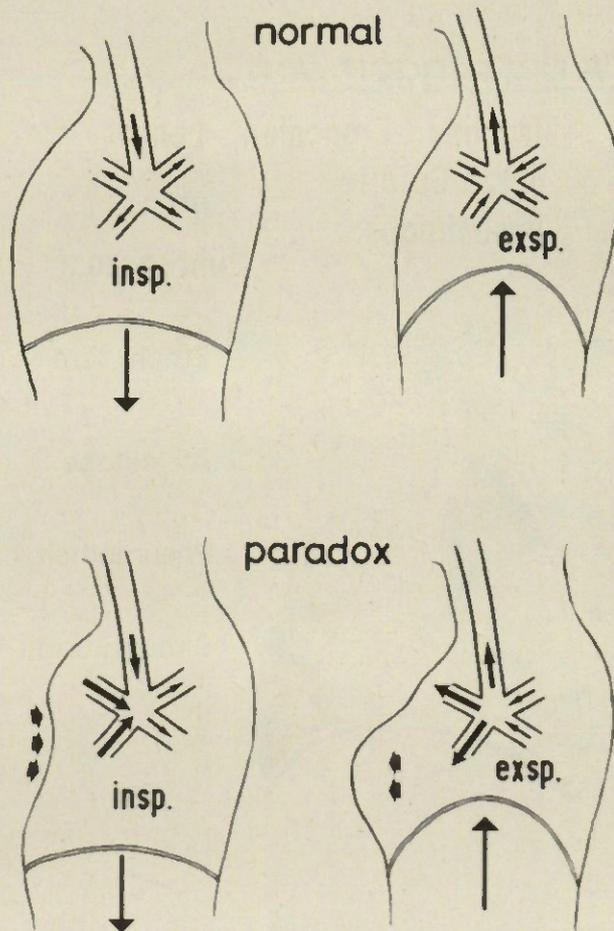


Abbildung 2

Paradoxe Atmung bei instabiler Thoraxwand

Dies führt zu einer paradoxen Beweglichkeit der Thoraxwand bei der Atmung. Während der Inspiration sinkt der instabile Bereich ein, bei der Expiration wölbt er sich vor. Es resultiert eine der normalen Bewegung entgegengesetzte Strömung der Atemluft. Sie pendelt zwischen Lungenperipherie der gesunden und kranken Seite und dem Zentrum hin und her, wird nicht ausgeatmet, nicht gegen Frischluft ausgetauscht.

Der Gasaustausch ist gestört. So treten die Zeichen einer vom Volumen der Pendelluft abhängigen Ateminsuffizienz auf. Die Diagnose des instabilen Thorax läßt sich am Unfallort unschwer durch Beobachtung der Atmung feststellen.

Die sofortige Therapie besteht im Anlegen eines Kompressionsverbandes (Abb. 8), der die paradoxe Beweglichkeit und damit die Pendelluft beseitigt. Zwar wird durch die Kompression ein Teil der Lunge aus der Atmung ausgeschaltet. Für den Gasaustausch hat dies jedoch quantitativ nahezu keine Bedeutung. Anstelle des Kompressionsverbandes kann durch Intubation und aktive Beatmung ebenfalls die Pendelluft beseitigt werden.

Innere Verletzungen im Thoraxbereich gehen konstant mit einem oder mehreren der Symptome: Emphysem, Atelektase, Pneumothorax oder Hämothorax einher (Abb. 3 und Abb. 4).

Durch Verletzungen der Trachea, Bronchien oder der Thoraxwand entsteht ein Emphysem.

Verletzungen von :

- Trachea Bronchien Lunge
- Herz Gefäße
- Oesophagus

führen zu :

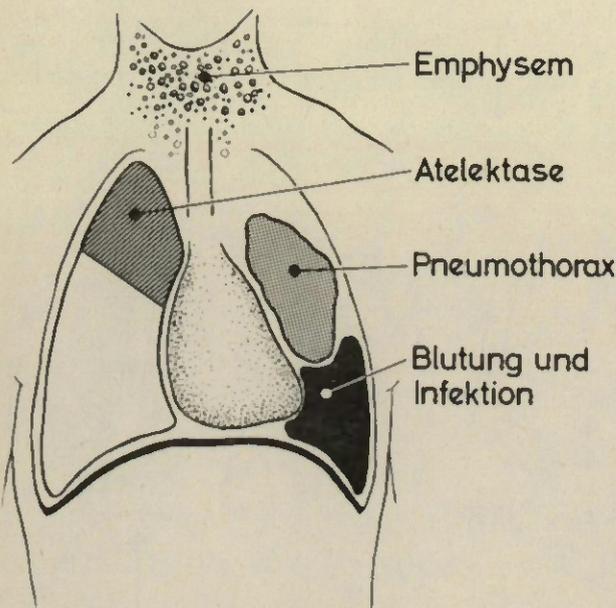


Abbildung 3

Folgen der Verletzung innerer Organe beim stumpfen Thoraxtrauma

**Folgen des Thoraxtraumas
150 Patienten**

Hämatothorax	27
Hautemphysem	17
Pneumothorax	14
Brustwandinstabilität	13
Pneumo-Hämothorax	12
andere Komplikationen	10

Abbildung 4

Häufigkeit der einzelnen intrathorakalen Komplikationen

Selten einmal ist dies so hochgradig, daß eine Behandlung am Unfallort erforderlich wird. Die Diagnose ist durch Palpation der Halsweichteile an dem typischen Knistern leicht zu erkennen.

Hochgradige Einflußstauung und Atemnot verlangt eine sofortige Druckentlastung durch einen Hautschnitt am Hals (Abb. 5). Die Luft kann von hier aus aus dem Mediastinum und dem subkutanen Gewebe ausströmen.



Abbildung 5

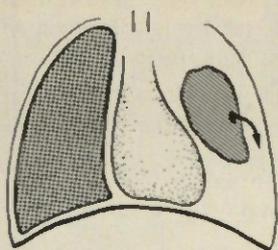
Emphysem nach Thoraxtrauma vor und nach der Behandlung

Die Abbildung 5 zeigt den gleichen Patienten vor und nach der Behandlung des Emphysems durch eine Inzision.

Hat das Trauma durch die Verletzung der Lunge oder der Thoraxwand zum Pneumothorax geführt, so muß diese Diagnose bereits am Unfallort gestellt werden. Insbesondere interessiert die Frage, um welche Form des Pneumothorax es sich handelt (Abb. 6).

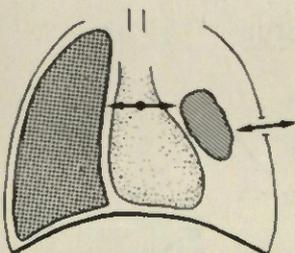
Ein einfacher Pneumothorax ist an dem fehlenden Atemgeräusch einer Seite und Fehlen von Zeichen der Ateminsuffizienz meistens zu erkennen. Eine sofortige Behandlung dieser Form am Unfallort ist nicht erforderlich. Während des Transportes müssen diese Patienten aber vom Arzt oder Helfer überwacht werden.

Der offene Pneumothorax, charakterisiert durch eine perforierende Thoraxwandverletzung, muß sofort behandelt werden. Hier entsteht nämlich durch die Druckdifferenz bei der Atmung Pendelluft zwischen dem Thoraxinneren und der Außenwelt. Das Media-



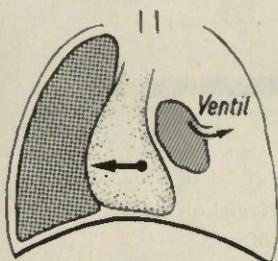
Einfacher Pneumothorax

totaler oder partieller Lungenkollaps



Offener Pneumothorax

mediastinal pendeln



Spannungs-(Ventil-) Pneumothorax

Druckanstieg und Mediastinalverdrängung

Abbildung 6

Verschiedene Formen des Pneumothorax

stinum pendit mit und führt zu bedrohlichen Störungen der Herz­­tätigkeit. Die sofortige Behandlung besteht im Anlegen eines einfachen kompressiven Verbandes, der das Pendeln der Luft verhindert (Abb. 6). So verwandelt man den offenen in einen einfachen, geschlossenen Pneumothorax. Für den Transport gilt das gleiche wie beim einfachen Pneumothorax. Erste Hilfe ist unbedingt erforderlich, wenn ein Spannungs- oder Ventilpneumothorax besteht (Abb. 6 unten).

Durch den Ventilmechanismus steigt der Druck in der Pneumothoraxhöhle immer höher an und verdrängt das Mediastinum zur anderen Seite. Schließlich führt die Ateminsuffizienz oder ein Abknicken der Gefäße im Bereich der Herzbasis zu einem schnellen Tod.

Die Therapie besteht in einer Entlastungspunktion, wodurch der Überdruck ausgeglichen wird. Hierzu verwendet man eine Injektionsnadel, die am besten mit einem Fingerling versehen ist (Abb. 6). Die Luft kann nach außen strömen. Eine versehentliche Punktion ohne Pneumothorax ist damit harmlos, da fast keine Luft in den Thorax einströmen kann.

Die häufigsten intrathorakalen Blutungen nach stumpfen Traumen, die zum Hämatothorax führen, zwingen selten zu aktiven Maßnahmen am Unfallort. Es handelt sich in den allermeisten Fällen um Sickerblutungen aus kleinen Lungengefäßen, die meistens nicht akut zur Kreislaufinsuffizienz führen.

Massive Blutungen aus Herz- oder Gefäßverletzungen nach stumpfen Thoraxtraumen sind verhältnismäßig selten, führen aber in den allermeisten Fällen innerhalb kurzer Zeit zum Tode.

Die Aufgabe des ersten Helfers ist es, den raschen Abtransport zu sichern, während des Transportes eine erste Schockbehandlung durch Infusionen oder Auswickeln der Beine durchzuführen und für eine geordnete Atmung zu sorgen.

Kleinere Blutungen im Bereich des Thorax führen dann zu bedrohlichen Kreislaufverhältnissen, wenn sie sich in Form der Herztamponade zwischen Herzmuskel und Perikard ansammeln. Die Exkursionen des Herzens werden eingeschränkt. Es entsteht die typische Symptomatik mit Absinken des Blutdruckes, Anstieg der Pulsfrequenz, Anstieg des Venendruckes (Abb. 7).

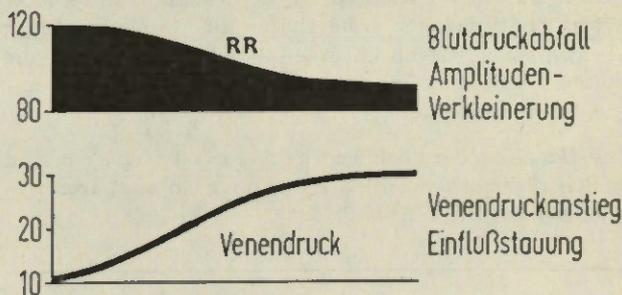
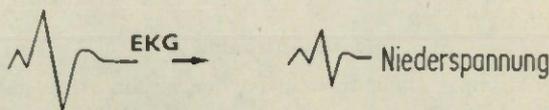
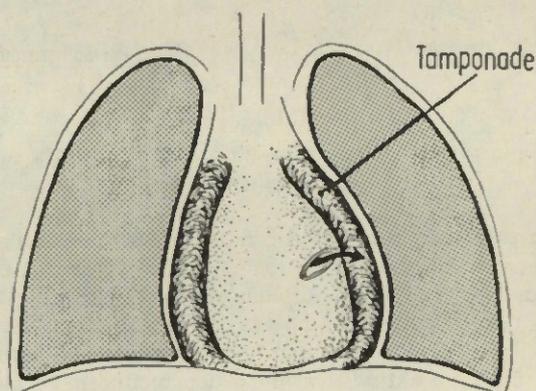


Abbildung 7

Kreislaufveränderungen bei der Herztamponade

Die Diagnose am Unfallort ist schwierig, die Therapie verlangt Mut.

Da sich die Symptomatik meistens langsam entwickelt, bleibt Zeit für den Transport zur Klinik. Entwickelt sich aber rasch eine lebensbedrohliche Situation, so ist die probeweise Punktion des Herzbeutels erlaubt.

Sie ist technisch einfach und nahezu ungefährlich, gemessen an den Folgen der nicht behandelten Herztamponade. Als Zugang wird immer der Weg vom Epigastrium, im Winkel des sternalen Rippenbogenansatzes links und dem Xyphoid gewählt. Von hier aus geht man mit der Punktionsnadel steil nach oben, bis es gelingt, Flüssigkeit aus dem Herzbeutel zu aspirieren.

Die endgültige Behandlung von intrathorakalen Verletzungen, z. B. Monalldrainage, Bülaudrainage oder die Versorgung der Verletzungen durch Thorakotomie, geschieht schließlich im geeigneten Krankenhaus.

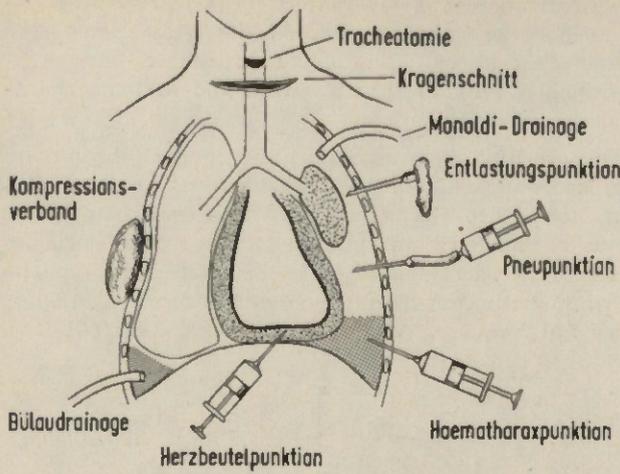


Abbildung 8

Möglichkeiten der ersten Hilfe am Unfallort und im Krankenhaus

Zusammenfassend besteht die erste Hilfe beim Thoraxtrauma vorwiegend in der Sicherung geordneter Atmung. Hierzu ist es für den ersten Helfer unerlässlich, die Technik der Intubation zu erlernen. Mit Ausnahme des unbehandelten Spannungspneumothorax beeinflusst die aktive Beatmung den weiteren Verlauf bei jedem schweren Thoraxtrauma nur günstig.

Bauchtrauma

Das stumpfe Bauchtrauma ist der ersten Hilfe gegenüber dem Thoraxtrauma noch wesentlich unzugänglicher. Für den Patienten ist es deshalb von größter Wichtigkeit, daß der erste Helfer die Situation richtig einschätzt, die Gefahren erkennt und unverzüglich die stationäre Behandlung im geeigneten Krankenhaus anmeldet und einleitet.

Die Ursachen tödlicher Verletzungen sind in den allermeisten Fällen Blutungen aus parenchymatösen Organen (Abb. 9).

Verletzung von:	operiert.	davon überlebt	insg. gestorben	davon ohne Operation
Milz	15	12	19	16
Leber	12	4	47	39
Pankreas	1	0	2	1
Dünndarm	15	12	8	3
Dickdarm	4	2		
Duodenum	3	1	2	0
Zwerchfell	8	7	1	0
Mesenterium	5	5	0	0
Niere	12	12	0	0
Blase	12	10	2	0
insgesamt	76	56	81	61

Abbildung 9

Statistische Verteilung der inneren Verletzungen bei 137 stumpfen Bauchtraumen (nach HOFERICHTER*), 1967

* HOFERICHTER: Praktische Probleme beim Abdominaltrauma, Bruns' Beiträge 214, 5 8(67)

Hochgradige Zerreißen der Leber oder Milz führen innerhalb kurzer Zeit zum Tode im Kreislaufchock, in der Regel bevor eine Operation möglich ist.

Glücklicherweise entwickelt sich in vielen Fällen erst innerhalb von Stunden eine bedrohliche Kreislaufsituation (Abb. 10), Zeit genug also, um die adäquate chirurgische Therapie durchzuführen. Das Schicksal des Patienten hängt also weitgehend davon ab, ob der Erst-

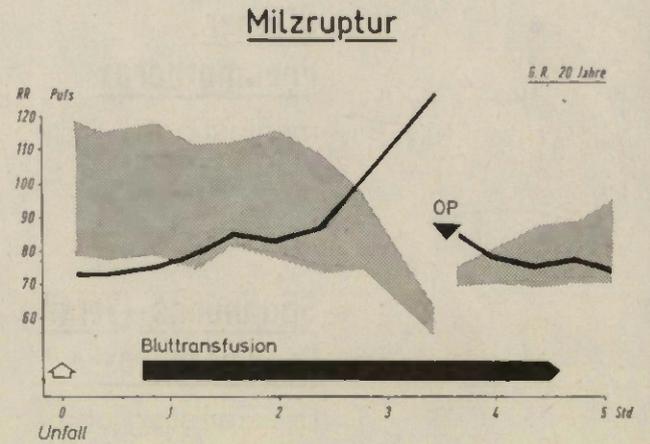
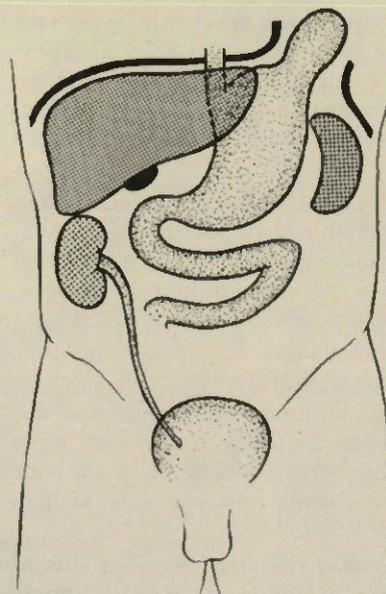


Abbildung 10

Beispiel für Entwicklung einer Kreislaufinsuffizienz bei einer Milzruptur

Stumpfes Bauchtrauma



Leber- und Milzruptur, Magen-Duodenum-Dünn- und Dickdarm-ruptur, Pankreasverletzung, Nierenruptur, Zwerchfellhernie führen zu:

Blutung
Infektion
Passagestörung

Abbildung 11

Häufige Folgen intraperitonealer Verletzungen

Hinweise auf:

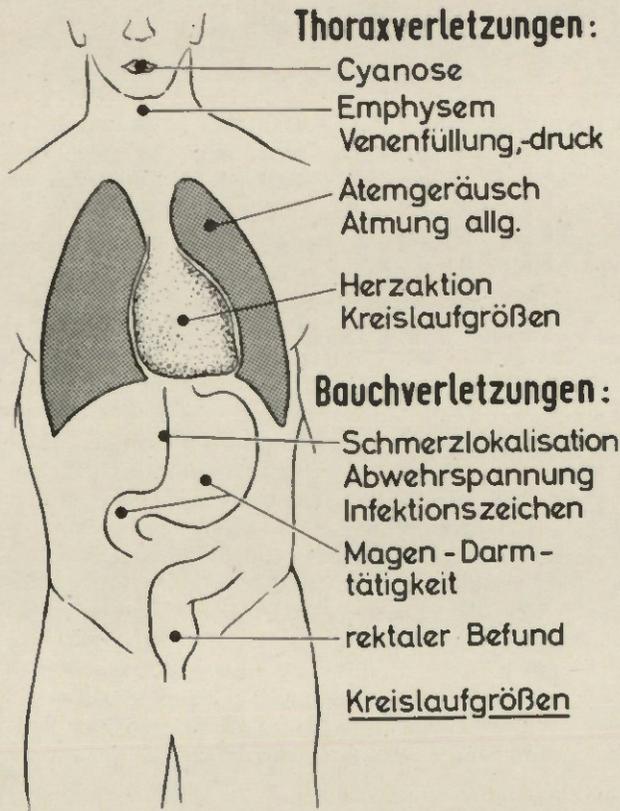


Abbildung 12

Klinische Hinweise auf Thorax- und Bauchverletzungen

untersucher den Verdacht einer inneren Verletzung äußert oder nicht. Im Zweifelsfall, bei unklaren Bauchschmerzen, Zeichen der Kreislaufinsuffizienz, nicht beherrschbarem Schock und anderen Hinweisen (Abb. 11) auf innere Verletzungen nach stumpfem Bauchtrauma ist daher die stationäre Beobachtung über einige Tage und gegebenenfalls die frühzeitige operative Revision unerlässlich.

Verletzungen retroperitonealer Organe entgehen der Frühdiagnose sehr häufig. Sie führen zu uncharakteristischen Beschwerden, und erst nach Tagen, meistens mit der Entwicklung einer massiven Infektion, zu einer eindeutigen Symptomatik.

Was kann der Helfer am Unfallort nun im Rahmen der Erstversorgung tun?

Da eine Laparotomie zur Blutstillung am Unfallort nicht in Frage kommt, beschränkt sich die erste Therapie auf den Transport in richtiger Lage, unter stetiger Überwachung des Kreislaufes und auf die Unterstützung des Blutkreislaufes durch Infusionen, Auswickeln der Beine, Kopfleflage und bei zunehmender Bewußtseins-trübung der Intubation und Beatmung. Dadurch wird dem Patienten die Atemarbeit genommen, die Kreislaufsituation wesentlich verbessert. Hämostyp-tika und Kreislaufmittel sind oft gefährlich, niemals nützlich.

Offene Bauchverletzungen werden steril, ohne vorherige Reposition eventuell ausgetretener Eingeweide, verbunden.

Wichtig ist, daß der Helfer während des Transportes beim Verletzten sitzt, durch Lagerung oder Intubation die Aspiration verhütet.

Die Auswahl des Krankenhauses muß nach der Notwendigkeit einer erweiterten ersten Hilfe oder der definitiven Versorgungsmöglichkeit erfolgen.

Zusammenfassung

Thoraxtraumen gefährden den Patienten meistens durch die damit verbundene Ateminsuffizienz.

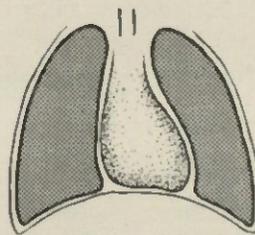
Bauchverletzungen durch Blutung und Kreislaufinsuffizienz (Abb. 12).

Einige charakteristische Symptome weisen den Weg zur Diagnose am Unfallort.

Das Prinzip der ersten Hilfe besteht dementsprechend beim Thoraxtrauma vor allem in der Sicherstellung einer geordneten Beatmung (Abb. 13).

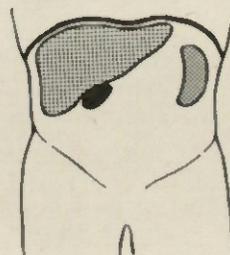
Prinzip der ersten Hilfe

bei Thoraxtraumen:



**Atmung sicherstellen
Transport vorbereiten
geeignetes
Krankenhaus
ermitteln**

bei Bauchtraumen:



**Kreislauf stabilisieren
Transport vorbereiten
Ausbreitung der
Infektion vermeiden
Zeitraubende Unter-
suchungen vermeiden**

Abbildung 13

Prinzipien der ersten Hilfe

Beim Bauchtrauma steht im Vordergrund die Unterstützung des Blutkreislaufes durch Infusionen und andere Maßnahmen. Vor allem aber gehört jeder Patient mit dem leisesten Verdacht auf eine intraabdominale Verletzung in eine Wachstation.

Anschr. d. Verf.: Privatdozent Dr. med. H. Bünte, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

(Aus dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich [Direktor: Professor Dr. M. Schür])

Probleme der medizinischen Sexualpädagogik*)

Von K. Blener

Einleitung

In vielen Ländern ist die Gesundheitslehre als besonderes Fach in den Lehrplan der Schulen aufgenommen worden. Zu dieser Gesundheitserziehung gehört auch die Sexualaufklärung. BROCKHAUS (4) gibt seiner Meinung Ausdruck, daß die Gesundheitslehre mehr als nur ein Fach, also Unterrichtsprinzip sei; damit sei von allen Lehrern positives Verständnis und Kenntnisse in den Grundproblemen der Gesundheitserziehung zu verlangen. Ein wesentlicher Teil dieser Gesundheitserziehung und damit der Sexualpädagogik muß also vom Lehrer durchgeführt werden. PAROW-SOUCHON und BESCHE (16) haben jedoch im Düsseldorf Gebiet an 600 Lehrern Befragungen durchgeführt und festgestellt, daß über drei Viertel der Lehrkräfte während ihrer eigenen Schülerzeit und über der Hälfte während ihrer Seminaristenausbildung kein Gebiet der Geschlechterziehung behandelt wurde. Der Arzt selbst steht oft ratlos vor der sexuellen Revolution der Jugend im Sinne LEVINs (13). Dabei bringt kein anderer Beruf als der des Arztes gleich günstige Voraussetzungen zur Sexualerziehung mit (2). Daß die vorhandenen speziell für Kinder gedachten Bücher über Sexualerziehung nur selten gelesen werden, ein Drittel der Kinder ungeeignete Literatur und ein Viertel Sexualbücher für Erwachsene lesen, beschrieb BRET-SCHNEIDER anhand einer Befragung von 791 Kindern. Der Lehrinhalt ist wiederholt abgegrenzt und gegliedert worden (8, 9, 10, 15, 19). Es existiert eine Fülle von Informationsstoff für Eltern und Lehrer. Die Didaktik der Sexualpädagogik jedoch ist noch nicht grundlegend festgelegt, wie es beispielsweise bei Realfächern der Fall ist. Diese eigenartige Tatsache beruht teilweise darauf, daß sehr variable, alters- und persönlichkeitsbedingte Erziehungsmethoden angewendet werden. Wertvolle methodische Hinweise einschließlich Stundenaufteilung und Altersgliederung gibt u. a. WILLGOOSE (25) aus amerikanischer Elementarschulerfahrung heraus. SMILLIE und KILBOURNE (20) weisen auf eine etappenweise Sexualerziehung in der frühen Kindheit, in der Pubertät, in dem reifen Jugendalter und in der Hochzeitsvorbereitung hin.

Als Ziel des Sexualunterrichts hat KUHN (11) 1923 noch die Frühehe gefordert, die er als besten Schutz gegen Unkeuschheit und als beste Waffe gegen Unzucht und Prostitution empfahl; für den jungen Mann sei die Zeit für das Heiraten vom vollendeten 23. Lebensjahr, für das Mädchen vom vollendeten 18. Lebensjahr an gekommen. MUSTARD (14) beschreibt die Wichtigkeit der Sexualaufklärung zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten; diesem Thema widmet auch LENZ (12) eine Arbeit, da in den USA gegenwärtig rund 1500 junge Menschen im Alter unter 24 Jahren täglich an einer Syphilis oder Gonorrhoe erkranken.

Diese Häufung der Fälle veranlaßte Präsident KENNEDY im Februar 1962 zu einer entsprechenden Botschaft an die Jugend. DESCHIN (7) fand, daß von 600 Teenagern 90% keinerlei Kenntnisse über Ursachen, Symptome und Verbreitung von Geschlechtskrankheiten hatten.

Ein weiteres Ziel der Sexualaufklärung ist die Senkung außerehelicher Geburten; ANDERSON (1) z. B. beschreibt in der Stadt Buffalo im Zeitraum von 1950 bis 1964 einen Anstieg der außerehelichen Geburten von 4% auf 12,4%. In Europa sind die Zahlen außerehelicher Mütter besonders unter 18 Jahren ebenfalls gestiegen; in der genannten amerikanischen Geburtenstatistik hat sich der Anteil unehelicher weißer Mütter unter 18 Jahren binnen 15 Jahren vervierfacht. — Weitere wesentliche Aufgaben hat die Sexualerziehung bei der Senkung der Abortziffern zu erfüllen. Die Abortziffer als Verhältnis von Aborten zu Geburten ist beispielsweise am Frauenspital Basel seit 1900 von 1:20 auf 1:8 in den Jahren 1960—1963 angestiegen (6). Zweifellos liegt das Hauptziel der Sexualpädagogik jedoch in der Vorbereitung eines glücklichen Familienlebens aufgrund eines klaren Sexualwissens.

Die Sexualerziehung soll einerseits nicht überschätzt werden; BYRD (14) bemerkt mit Recht, daß es viele falsche Ansichten gibt, die unter Lebenskunde oder Familienerziehung lediglich Sexualaufklärung verstehen. Andererseits ist der Sinn der Sexualerziehung nicht zu unterschätzen. Der junge Mensch muß im Sinne WIDMERs (23) auf den ethischen und anthropologischen Wert der Wartezeit, die für ihn mit der Pubertät beginnt, aufmerksam gemacht werden; es sei nun die Zeit da, offen und frei zu sprechen von der Verantwortung des jungen Mannes gegenüber einer unehelichen Schwängerung, vom Mißbrauch der Sexualität, vom Strichjungentum, von Geschlechtskrankheiten und Sexualperversionen. RAINER (17) weist darauf hin, daß die Sexualerziehung in der Grundschule sehr vorsichtig, vor der Pubertät jedoch systematisch von Lehrer und Schularzt erfolgen müsse. Die Zürcher Kommission für die Einführung der Gesundheitserziehung in der Schule hat eine Sexualerziehung in der Schule bejaht, jedoch frühestens vom 15. Lebensjahr ab. In diesem Sinne macht WESPI (21) auch den Vorschlag einer gestaffelten Aufklärung durch die Eltern, besonders durch die Mutter bei 10- bis 11jährigen Kindern, sowie durch den Arzt bei 16- bis 19jährigen Jugendlichen, vor allem in Berufs- und Mittelschulen. NEUBERT (15) stellt die Regel auf, daß wir mit unserer Belehrung über Reifevorgänge ein halbes bis ein Jahr voraus sein sollen.

WIDMER (24) hat Vorschläge über den Ausbau des Hygieneunterrichts und auch für Schularzturse gemacht. In diesem Zusammenhang weist BODMER (3) auf die subtilen Fragen hin, die sich für die Persönlichkeit des Referenten, aber auch hinsichtlich der differenzierten Zusammensetzung der erziehenden Gruppen Jugendlicher ergeben.

*) Nach einem Vortrag anlässlich des III. Sozialmedizinischen Kurses am 22. November 1968 in München.
Lit.: BIENER, K.: Sexualhygiene im Jugendalter; Schriftenreihe Psychol. Praxis, Heft 42, Verlag Karger, Basel/New York, 1968.

In Schweden ist 1934 ein „Nationaler Verband für sexuelle Aufklärung“ gegründet worden; 1942 beschloß die schwedische Regierung nach heftigen Diskussionen, die sexuelle Aufklärung als Pflichtfach einzuführen. Die Art der Aufklärung in Schweden wurde wiederholt ernster Kritik unterzogen. Die Richtlinien der Sexualerziehung in den Westberliner Schulen sehen eine systematisch aufgebaute Sexuaufklärung vor. Andere Länder und Städte haben ähnliche Erziehungsversuche laufen. An Mißerfolgen und Rückschlägen hat es nicht gefehlt. Zweifellos besteht örtlich eine ganz unterschiedliche Erziehungs-tradition; in jedem Falle bleibt dem Elternhaus die Hauptführung in dieser Frage überlassen. Allerdings ist eben eine fehlende oder falsche Erziehungshaltung der Eltern oft Anlaß zu bedenklicher Fehlentwicklung der Jugend gewesen. WHEATLEY und HALLOCK (22) weisen auf den Drang des jungen Menschen nach sexueller Unabhängigkeit und auf die oft übertriebenen Verbotsmaßnahmen seitens der Eltern hin, die zur Entfremdung und zu Vertrauensverlust führen. Andererseits ist die Gefahr einer Entgleisung des Sexuallebens der Jugend ohne mahnende und strenge Führung der Eltern mit Entschiedenheit entgegenzutreten. Dort, wo das Elternhaus bei der Sexualerziehung der Kinder in Schwierigkeiten gerät, sollen Schule, Kirche und Arzt zusätzlich zu Hilfe gezogen werden. „Wenn die Aufklärung von Liebe und Verantwortungsbewußtsein für die kommende Generation getragen und auf wissenschaftlicher Grundlage durchgedacht ist, kann sie nicht fehlerhaft“ (18).

Eigene Erhebungen

Um weiteres Grunddiagenmaterial für die medizinische Sexualpädagogik zu sammeln, haben wir Erhebungen in Feldstudien an Lehrkräften sowie an männlichen und weiblichen Jugendlichen durchgeführt.

I.

Erhebungen an 181 männlichen Lehrkräften im Kanton Schaffhausen ergaben bereits ein recht brauchbares Wissen der Lehrerschaft um sexualpädagogische Fragen. Die Mehrzahl der Lehrer tritt für einen frühzeitigen Beginn der Geschlechtererziehung ein. Verantwortlicher Erzieherkreis sei in erster Linie die Elternschaft. Als Fehler in der Sexualerziehung werden in 30% Unehrlichkeit und ausweichende Geheimniskrämerei, in 10% zu spätes, in 8% zu übertriebenes und in 20% zu zaghaftes Aufklären genannt; in 32% werden Mängel, wie Angstmacherei, Moralisierung, Zufallserziehung, angegeben. Der überwiegende Anteil der Jugendlichen im Alter von 18 Jahren sei mangelhaft aufgeklärt. 57% der Lehrerschaft treibt regelmäßige oder gelegentliche Sexualpädagogik; für 39% der Schulklassen ist ein Arzt zum Sexualvortrag gebeten worden. 26% der Lehrerschaft plädiert für eine Trennung bei der Sexuaufklärung, 40% bei Besprechung einer bestimmten Problematik. 18% tritt für die vollständige Koedukation ein. Ungefähr zwei Drittel sowohl der reformierten wie der katholischen Lehrerschaft tritt befürwortend für die sogenannte Antibabypille ein, wenn auch mit Vorbehalt.

Insgesamt erachten 69% der Lehrerschaft eine Sexualerziehung für vorbehaltlos notwendig, 16% sogar dringend notwendig; 9% machen Einschränkungen in

der Form, daß die Sexualpädagogik nur den Eltern obliegen, oder daß keine Beratung in Verhütungsmitteln erfolgen soll. 6% der Lehrer nahmen keine Stellung zur Frage der Notwendigkeit des Sexualunterrichtes.

II.

In Feldstudien an 304 Gewerbeschülerinnen des Kantons Zürich wurden weiterhin Erhebungen über die gegenwärtige sexualhygienische Situation bei unserer weiblichen Jugend durchgeführt. Ein späterer Heiratswunsch bestand bei 98% der 16- bis 17jährigen und bei 94% der 18- bis 19jährigen Lehrtöchter. Als Heiratswunschalter wurde von den jüngeren weiblichen Jugendlichen durchschnittlich 23 Jahre, von den älteren 24,2 Jahre angegeben; vergleichsweise gaben jüngere männliche Lehrlinge im Durchschnitt 25 Jahre und ältere männliche Lehrlinge 26,1 Jahre als Heiratswunschalter an. Jedes Mädchen möchte später einmal Kinder zur Welt bringen; die 16- bis 17jährigen Lehrtöchter wünschen sich durchschnittlich 3, die 18- bis 19jährigen 2,9 Kinder. Die jüngeren männlichen Lehrlinge wünschen sich 2,6 Kinder, die älteren hingegen 2,5 Kinder. Mit steigendem Jugendalter wird also das Heiratswunschalter von beiden Geschlechtern hinausgeschoben und die Zahl der Wunschkinder reduziert. Insgesamt 18% der jüngeren und rund 10% der älteren Lehrtöchter haben noch keine oder falsche Vorstellungen von der Größe und dem Gewicht eines Neugeborenen. Wann die erste Schwangerschaft im Leben einer Frau möglich ist, ist 12% der jüngeren und 6% der älteren Lehrtöchter unbekannt. Wann die letzte Schwangerschaft im Leben einer Frau möglich ist, wissen nur 9% der jüngeren Lehrmädchen noch nicht. Die Frage nach dem ungefähren Zeitpunkt der fruchtbaren Tage einer Frau wird von 53% der 16- bis 17jährigen Mädchen und von 72% der 18- bis 19jährigen Mädchen richtig beantwortet. Innerhalb des Themas der Partnerimagination und der Partnerbeziehung ergaben die Erhebungen, daß rund 20% beider Altersgruppen ihre Sorgen dem Freund anvertrauen würden, also festere Partnerbindungen aufweisen. 68% der jüngeren Lehrtöchter haben bereits einmal Liebeskummer durchgemacht, ebenso 75% der älteren; dabei liegt hier oft ein echtes sexualpsychologisches Problem vor, da rund 12—24% der Jugendsebstmorde bzw. Suizidversuche nach Angaben der Weltliteratur aus Liebeskummer erfolgten. Als Idealbild eines Partners wird meist ein sportlicher Typ angegeben; einen Raucher als künftigen Freund und Ehegatten wünschen sich nur 16% der Mädchen, 49% lehnen ihn ab und 35% antworten indifferent.

III.

In Feldstudien an 765 männlichen Lehrlingen des Kantons Zürich wurden weitere Erhebungen über die gegenwärtige sexualhygienische Situation bei unserer männlichen Jugend durchgeführt. Eine bisherige Sexualinformation ist den Lehrlingen seitens der Elternschaft in knapp der Hälfte der Fälle gegeben worden. Die Mütter sind dabei doppelt bis dreifach so stark an einer Sexuaufklärung beteiligt wie die Väter. Der Anteil der schulischen Erziehung in Sexualproblemen ist mit nur 10% der Jugendlichen sehr gering. Eine Überprüfung des Sexualwissens ergab, daß 97% der 16- bis 17jährigen und 99% der 18- bis 19jährigen Lehrlinge die Dauer der Entwicklung eines

Ungeborenen im Mutterleib kennen. Nur rund jeder 20. Lehrling weiß mit 16 Jahren noch nicht, wann eine Frau das erste Baby bekommen bzw. wann ein Mann das erste Kind zeugen kann. Über den Zeitpunkt der Wechseljahre besteht bei rund jedem 10. Lehrling Unkenntnis, während eine richtige Definition dieses Zeitpunktes bzw. seine Benennung nur einem Viertel der jüngeren und der Hälfte der älteren Lehrlinge gelingt. Die Frage, wann die fruchtbaren Tage einer Frau sind, wird von 19% der jüngeren und von 36% der älteren Lehrlinge richtig beantwortet; hier bestehen also Lücken in der Aufklärung. Die Partner- und Familienimagination Jugendlicher wird mit dem späteren Heiratswunsch von 83% der jüngeren und 89% der älteren Lehrlinge angedeutet; 35% der jüngeren und 37% der älteren Burschen behaupten, eine feste Freundin zu haben. Bei der Beschreibung der künftigen Ehegattin wird schönes Aussehen von einem Drittel der Lehrlinge in den Vordergrund gestellt; für jeden 10. Lehrling ist eine gute Hausfrau am wichtigsten. Rund jeder 8. Lehrling wünscht auf alle Fälle eine Nichtraucherin, jeder 10. eine Sportlerin. Die später erwünschte Kinderzahl wird von den 16- bis 17jährigen mit 2,64 und von den 18- bis 19jährigen mit 2,52 angegeben, das Heiratswunschalter liegt bei den jüngeren Lehrlingen bei 25 Jahren, bei den älteren bei 26,1 Jahren. Kenntnisse über Geschlechtskrankheiten sind noch unzureichend; bei den jüngeren Lehrlingen nannten ein Viertel und bei den älteren 84% die Syphilis als eine der Geschlechtskrankheiten, den Tripper 40% der jüngeren und drei Viertel der älteren. Sexualethische Erhebungen zeigen, daß die Anzahl der vorehelichen Kinder allgemein von den Jugendlichen überschätzt wird. Die Anzahl der Mußbehen unter 20 Jahren, die in der Schweiz gegenwärtig fast 80% betragen, wird von der Hälfte der älteren und von einem Viertel der jüngeren Lehrlinge richtig geschätzt, sonst allgemein unterschätzt. Die Beurteilung einer vorehelichen Schwangerschaft erfolgt von einem Viertel der Lehrlinge entschuldigend und von einem Zehntel anklagend, wobei zu 50% beiden jugendlichen Sexualpartnern, in je 10% dem Mädchen und dem Burschen und in den restlichen Antworten den Eltern beider eine Schuld zugewiesen wird.

Literaturverzeichnis

1. ANDERSON U. M., Am. J. Publ. Health 56, 1868 (1966).
JENS R.,
MOSCHER W. E.,
RICHTER V.:
2. BARUCH D.: „New Ways in Sex Education“. McGraw-Hill Book Company, New York (1959).

3. BODMER H. G.: „Persönliche Erfahrungen eines Stadt-Schularztes zum Thema Gesundheitserziehung“. 5. Gurten-tagung (1966).
4. BROCKHAUS W.: „Der Biologieunterricht im Dienste der Gesundheit“. Z. Präventivmed. 9, 431 (1964).
5. BYRD O. E.: „School Health Administration“. Saunders Co. Philadelphia/London 1964, p. 14.
6. CLOEREN S. und MALL-HAEFELI:
7. DESCHIN C. S.: „Das Abortproblem“. Z. Präventivmed. 10, 85, (1965).
8. FLOR U. und GEISSLER A.: „Teenagers and Venereal Disease“; „A Sociological Study“, Commun. Dis. Center. U. S. Publ. Health Serv., Atlanta, Ga. (1961).
9. GRIMM H. und RÜSSLER H. D.: „Die Bedeutung des Buches für die Geschlechterziehung unserer Kinder“. Z. Arztl. Forschung 13, 726, (1965).
10. HYMES J. L.: „Kinder fragen nach dem Geschlechtsleben“. Greifenverlag Rudolfstadt, 1958.
11. KUHN Ph.: „How to tell your child about sex“. Publ. Affairs 149, New York.
12. LENZ Ph. E.: „Geschlechtliche Aufklärung und Bewahrung, in Gesundheitslehre in der Schule“, herausgegeben von Adam und Lorentz, Leipzig, 1923, S. 33.
13. LEVIN M.: „Controlling Venereal Disease Through Education“. Publ. Health Rep. 11, 996, (1966).
14. MUSTARD H. S.: „The Physician and the Sexual Revolution“. The New Engl. J. Med. 25, 1366, (1966).
15. NEUBERT R.: „An Introduction to Public Health“. McMillan Co. New York 1953, p. 153.
16. PAROW-SOUCHON E. und BESCHE L.: „Sexuelle Bildung und Erziehung in Schulhygiene“. Volk und Wissen, Berlin 1965, S. 311.
17. RAINER A.: NEUBERT R. und WEISE R.: „Das sexuelle Problem in der Jugend-erziehung“, Greifenverlag Rudolfstadt, 1957.
18. RICKENBACHER E.: „Geschlechterziehung — eine Gemeinschaftsaufgabe von Gesundheitsamt und Schule“. Der öff. Ges.-Dienst 11, 489, (1966).
19. SEELMANN K.: „Gesundheitserziehung der Jugend“. Z. Präventivmed. (1961), 8, 193.
20. SMILLIE W. G. and KILBOURNE E. D.: „Sexuelle Aufklärung — Pflicht-fach“. Tages-Anzeiger, Zürich, 30. 4. 1966.
21. WESPI H.: „Kind, Sexualität und Erziehung“. Reinhardt Verlag, Basel. 1960, 248 Seiten.
22. WHEATLEY G. M. and HALLOCK, G. T.: „Preventive Medicine and Public Health“. McMillan Co., 1963, p. 295.
23. WIDMER K.: „Schularzt und sexuelle Erziehung in der Schule“, Praxis 53, 1627, (1964).
24. WIDMER K.: „Health Observation of School-children“. McGraw-Hill Book Co. New York 1965, p. 94.
25. WILLGOOSE C. E.: „Gesundheitserziehung vom pädagogischen Standpunkt aus“. Z. Präventivmed. 8, 257, (1963).
26. WILLGOOSE C. E.: „Die Thematik des Gesundheitsunterrichts in den verschiedenen Schulstufen“. Z. Präventivmed. 9, 411, (1964).
27. WILLGOOSE C. E.: „Health Education in the Elementary School“. Saunders & Co. Philadelphia/London 1964, p. 211—217.

Ansch. d. Verf.: Dr. K. Biener, CH-8006 Zürich, Gloriatraße 32.

Band 10 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 1B. Wissenschaftlichen Ärzttagung Nürnberg

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

steht unseren Kollegen **kostenlos** zur Verfügung.

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

Erfahrungen mit der Diabetes-Früherkennungsaktion in einer Landpraxis

Von Robert Paschke

Nachdem die Aktion der Bayerischen Landesärztekammer zur Früherkennung des Diabetes in der Landeshauptstadt München ein großer Erfolg geworden war, hat das Bayerische Staatsministerium des Innern in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer diese Aktion vom August 1967 bis Ende 1968 auf ganz Bayern ausgedehnt. Im ganzen wurden über sechs Millionen Teststreifen kostenlos an alle volljährigen Einwohner Bayerns abgegeben.

Die Ausgabe der Teststreifen in meinem ländlichen Praxisbereich erfolgte in den Monaten Oktober/November 1967 durch die Gemeinden. Der Patientenkreis, den ich seit 34 Jahren als Hausarzt betreue, ist gegenüber den anderen Kollegen streng abgegrenzt, so daß kaum ein Wechsel hinüber und herüber stattfindet. Es ist mir als langjährigem Hausarzt infolgedessen die Familien- und die persönliche Anamnese jedes einzelnen Patienten bestens bekannt. Die meisten Kranken kommen von Zeit zu Zeit immer wieder wegen verschiedener Krankheiten und Verletzungen in Behandlung, so daß sie untersucht, zumindest vom Arzt gesehen wurden, wobei dann eine Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes aufgefallen und zur genaueren Untersuchung auch bei Verletzungen usw. Anlaß geboten wurde. Seit dem Überhandnehmen des Altersdiabetes in den letzten zehn Jahren wurden zudem laufend bei Patienten mit unklaren Beschwerden (Klimakterium, vegetative Dystonie usw.) oder bei Adipositas der Urin auf Zucker und Eiweiß untersucht, mit dem Erfolg, daß jährlich drei bis fünf Altersdiabetiker entdeckt wurden. Dabei wurde stets der 24-Stunden-Urin untersucht und die Patienten aufgefordert, durch mit Zucker gesüßte Getränke und mit reichlich Weißbrot eine Zuckerbelastung durchzuführen. Ich war also zunächst sehr skeptisch, ob diese Diabetesaktion in meinem Praxisbereich überhaupt den geringsten Erfolg haben würde.

Um so mehr war ich überrascht, als kurz nach dem Anlaufen der Aktion schon die ersten Patienten kamen, weil ihr Teststreifen blau geworden wäre. Im ganzen kamen aufgrund der Diabetesaktion 18 Patienten in meine Behandlung, davon kristallisierten sich bei eingehender Untersuchung fünf Fälle von manifestem Diabetes heraus, zwei Fälle von vermutlichem Prädiabetes, zwei Fälle von latentem Diabetes, ein Fall von bereits bekanntem Diabetes und bei acht Fällen lag kein Diabetes vor. Von diesen 18 zur Untersuchung kommenden Patienten waren zwölf Frauen und sechs Männer, 14 waren Kassenpatienten und vier Private, was ungefähr auch der sonstigen Zusammensetzung meines Krankengutes entspricht. Das Alter bewegte sich zwischen 22 und 78 Jahren, wobei die Altersklassen bis zu 45 Jahren bei der Gruppe der Nichtdiabetiker zu finden sind.

Manifester Diabetes

Von den fünf Patienten waren vier Frauen und ein Mann; eine Patientin war privat, vier Kassenpatienten. Die Frauen waren im Alter von 55, 55, 70 und 78 Jahren, der Mann war 45 Jahre. In der Familienanamnese

ist bei keinem Patienten ein Diabetes bekanntgeworden, in der persönlichen Anamnese gab nur eine der 55jährigen Patientinnen retrospektiv zeitweilig Durstgefühl an (235 mg% Nüchternblutzucker, Urin 3,2% Zucker = 48 g). Diese Patientin war seit Jahren nicht mehr in ärztlicher Behandlung; Kleinigkeiten habe sie selbst behandelt, wie es eben bei Privatpatienten häufig vorkommt. Auch konnte bei keinem der Patienten weder eine Adipositas noch eine Nephrosklerose festgestellt werden; auch war bei keinem ein Herzinfarkt oder eine Behandlung wegen Frühsklerose vorausgegangen.

Bei der anderen 55jährigen Patientin war der Nüchternblutzucker 185 mg%, im 24-Stunden-Urin konnte nur ein Nachtrommer festgestellt werden, früher war sie wegen Erkältungskrankheiten behandelt und der Urin in den letzten zwei Jahren nicht untersucht worden.

Die 70jährige Patientin hatte einen Blutzucker von 180 mg% und im 24-Stunden-Belastungsurin ebenfalls nur einen Nachtrommer. Sie war vor einem Jahr wegen eines mykotischen Ekzems am rechten Fußrücken behandelt worden, Urin damals o. B.

Die 78jährige Patientin weigerte sich, zwecks weiterer Untersuchungen (Blutzucker usw.) in die Stadt zu fahren, der Urinzucker bewegte sich zwischen 1—2%. Die Frau konnte durch Diät und Redul 28 frei von Glykosurie gehalten werden. Sie steht seit Jahren wegen eines Glaukoms in fachärztlicher Behandlung, und wegen einer labilen Hypertonie und einer Myodegeneratio cordis gelegentlich in meiner Behandlung. Vor einem Jahr Urin o. B.

Der schwerste Fall war der 45jährige Mann, bei dem ein Blutzucker von 235 mg% und ein Urinzucker von 4,5% festgestellt wurde. Er klagte weder über Durstgefühl noch Müdigkeit, eine vor einem halben Jahr erlittene Fräsverletzung des linken Zeigefingers heilte trotz der zerfetzten Wundränder glatt, so daß kein Verdacht auf Diabetes aufkam und der Urin nicht untersucht wurde. Auch die vorausgegangenen Behandlungen wegen grippaler Infekte verliefen unauffällig. Sämtliche fünf Patienten mit manifestem Diabetes wären ohne die Diabetesaktion vorerst nicht zur Untersuchung gekommen, da sie sich körperlich wohl fühlten und auch bei Auftreten anderer Erkrankungen oder Verletzungen dem behandelnden Arzt keinen Hinweis auf ihren Diabetes hätten geben können. Sie kamen nur, weil der Teststreifen blau wurde. Sie konnten alle fünf mit den üblichen antidiabetischen peroralen Mitteln eingestellt, der Urin zuckerfrei und der Blutzucker zwischen 150—180 mg% gehalten werden.

Fraglicher Prädiabetes

Unter Prädiabetes verstehen wir den Zustand, der vor der ersten erfaßbaren Störung im Kohlehydratstoffwechsel besteht. Die Diagnose kann also nur retrospektiv, d. h. nach Manifestation der Störung im Kohlehydratstoffwechsel gestellt werden (MÜTING). Die Diagnose wurde daher nur aus Verdachtsmomen-

ten gestellt, die das allgemeine Krankheitsbild und der Gesundheitszustand der Patienten hervorriefen. In Behandlung kamen zwei Männer im Alter von je 68 Jahren.

Bei dem einen Patienten war vor Jahren eine Hypertonie festgestellt und deswegen behandelt worden, er war aber seit über zwei Jahren (Privatpatient) nicht mehr in meiner Sprechstunde erschienen. Der Blutdruck war mit RR: 170/90 leicht erhöht. Im 24-Stunden-Urin trotz Belastung keine Glykosurie, der Blutzucker war mit 118 mg% noch normal. So blieb es auch über die ganze Zeit hinweg. Im August 1968 trat in der rechten Kniekehle ein entzündliches, stark juckendes Ekzem auf, das sich auf Ultralansalbe rasch besserte. Aufgrund der Hypertonie und des Auftretens dieses Ekzems unklarer Genese kann man wohl diesen Patienten unter die Prädiabetiker rechnen, auch wenn sich bisher kein Diabetes manifestiert hat.

Der zweite Patient, ebenfalls 68 Jahre alt, stand laufend wegen einer labilen Hypertonie mit Kreislaufstörungen, einer Myodegeneratio cordis und einer immer wieder rezidivierenden Polyarthritits in meiner Behandlung. Familienanamnese o. B., in der persönlichen Anamnese besteht eine seit 30 Jahren bekannte Allergie gegen Salicylsäure. Urin ständig frei von Zucker, laufende Blutzuckerkontrollen zwischen 80—96 mg%. Im August 1968 wieder leichterer Schub der primär chronischen Polyarthritits. Auch hier bisher keine Manifestation des Diabetes, die Verdachtsdiagnose erfolgt aufgrund des Gesamtkrankheitsbildes.

Beide Patienten kamen wegen Diabetesverdacht in Behandlung, da angeblich der Teststreifen blau geworden war. Ärztlicherseits wurde niemals eine Glykosurie festgestellt, der Blutzucker war ständig innerhalb der Norm. Diätkost und im ersten halb Jahr perorale Diabetesmittel (Redul 28, Rastion) wurden verordnet. Beide Patienten wurden vorsichtshalber wegen ihres Gesamtkrankheitsbildes als fragliche Prädiabetiker behandelt und wurden auch weiterhin ständig kontrolliert.

Latenter Diabetes

In Behandlung kamen ein Mann mit 65 Jahren und eine Frau mit 50 Jahren. Bei dem Manne war der latente Diabetes seit drei Jahren bekannt, ganz selten wurde dazwischen eine Glykosurie unter 1% festgestellt, die Blutzuckerwerte lagen nie über 180 mg%. Seit etwa zwei Jahren bestanden Kreislaufbeschwerden mit vereinzelt Stenokardien und eine labile Hypertonie bis höchstens RR: 170/90. Am 20. Oktober 1967 kam der Patient in die Sprechstunde, weil der Teststreifen blau geworden sei. Eine am 27. Oktober vorgenommene Untersuchung ergab im 24-Stunden-Urin bei der üblichen Glukosebelastung keine Glykosurie, aber einen Nüchternblutzucker von 160 mg%. Auf Diät, die der Patient im letzten Jahre vernachlässigt hatte, und auf Redul 28 war nach sechs Wochen der Blutzucker normalisiert, so daß Redul abgesetzt und mit Diäteeinstellung allein der Diabetes beherrscht werden konnte. Bisher keine Glykosurie mehr, die vierteljährlichen Blutzuckerwerte lagen bei 100 mg%.

Der zweite Fall, eine 50jährige Frau, kam Ende Oktober 1967 in die Sprechstunde, weil der Teststreifen blau geworden sei. Bei der Patientin bestand eine starke Adipositas, sie stand bei normalen Blutdruck-

werten wegen einer Myodegeneratio cordis und Kreislaufbeschwerden, sowie wegen einer beginnenden Spondylosis deformans der LWS und einer Arthrositis deformans beider Ileosakralgelenke in größeren Abständen seit Jahren in meiner Behandlung. Jetzt ergab der Blutzucker 118 mg%, der Urin keine Glykosurie. Verordnung von Diät, keine peroralen Antidiabetika. Bei einem Kuraufenthalt im Juli 1968 wurde dann die Manifestierung des Diabetes mellitus mit einem Blutzuckertagesprofil von 213, 128 und 174 mg% festgestellt, wobei der Urin frei von Zuckerausscheidung war. Die Patientin wurde neben der Diät auf Rastion 1 g Tablette eingestellt.

Bereits bekannter Diabetes

Eine 57jährige Patientin mit einem bereits seit sieben Jahren bekannten Diabetes, die klinisch mit 1 Tablette Diabetoral und 2 Dragées DB retard eingestellt und deren Urin laufend kontrolliert und zuckerfrei war, kam außer der Zeit in die Sprechstunde, weil der Teststreifen blau geworden war. Eine Untersuchung des 24-Stunden-Urins ergab keine Glykosurie, der Blutzucker war mit 130 mg% als normal anzusprechen. Es wird sich hier wohl nur um einen Fehler bei der Vornahme der Probe seitens der Patientin gehandelt haben. Darauf wird bei der nächsten Gruppe noch ausführlich die Rede sein.

Kein Diabetes

Es handelte sich um acht Patienten im Alter von 22, 28, 41, 45, 60, 67, 67 und 74 Jahren, die meine Sprechstunde aufsuchten, weil der Teststreifen blau, teilweise blau oder braun geworden sei. Darunter waren fünf Frauen und drei Männer, sieben Kassen- und ein Privatpatient. Vier gaben in der Anamnese Durst und Müdigkeit an (vier Frauen von 22, 41, 45 und 67 Jahren), die anderen vier gaben keine Beschwerden an. Eine diabetische Familienanamnese war in keinem der acht Fälle vorhanden. Eine eingehende Untersuchung mit Belastungsprobe und 24-Stunden-Urin sowie Blutzuckerkontrolle ergab ständig normale Verhältnisse. Alle Patienten wurden bisher in vierteljährlichen Abständen kontrolliert, ohne daß bisher ein Diabetes oder Verdacht auf latenten Diabetes festgestellt werden konnte. Es ist anzunehmen, daß beim Aufziehen des Teststreifens dieser doch am unteren Rande berührt wurde, worauf die Angabe des teilweisen Blauwerdens hinweist, oder daß das Gefäß nicht gründlich gereinigt war. Die Angabe von Durstgefühl und Müdigkeit der drei jüngeren Frauen mag wohl subjektiv bedingt gewesen sein durch eifrige Lektüre der die Aktion begleitenden Aufklärungsartikel, die besonders in den Illustrierten nicht immer sehr sachkundig und zweckmäßig gewesen waren. Aufgrund der nunmehrigen über ein Jahr langen, negativen Beobachtungszeit kann ich mir keine andere Erklärung als Fehler der Patienten bei der Vornahme des Testes denken.

Diabetesfälle nachher

Im Verlaufe des auf die Beendigung der Diabetes-Früherkennungsaktion in meinem Praxisgebiet folgenden Vierteljahres wurden zwei Diabetikerinnen zwischen 60 und 70 Jahren entdeckt. Auf die Frage, ob denn nicht der Teststreifen bei ihnen schon blau geworden wäre, erklärten sie, daß sie diesen nicht

verwendet hätten, weil es ihnen zu umständlich gewesen wäre. Es muß also bei solchen großangelegten Aktionen immer mit einem gewissen Prozentsatz gerechnet werden, der aus Bequemlichkeit oder aus Unverstand nicht von den gegebenen Möglichkeiten Gebrauch macht.

Beurteilung

Es kamen 18 Patienten infolge der Diabetes-Früherkennungsaktion in Behandlung, fünf mit manifestem Diabetes, zwei mit fraglichem Prädiabetes und zwei mit latentem Diabetes, wovon sich der eine nach einem Jahr manifestierte. Bei keinem Patienten war eine erbliche Veranlagung bekannt oder nachweisbar. Da es sich durchwegs um seit über 30 Jahren bekannte Patienten handelte, ist dies eine verhältnismäßig große Zahl, die zum Nachdenken Anlaß gibt. RENTZSCH meint: „Die geläufigste Suchmethode ist der Harnzuckerstreifen-test. In den letzten Jahren wurden damit großräumige Reihenuntersuchungen auch bei uns, z. B. in München und Hamburg, durchgeführt. Wie schon bei der von der Bundesärztekammer 1965 erstmals durchgeführten Aktion, erwies sich die Anzahl neu entdeckter Diabetesfälle gemessen an den Erwartungen stets enttäuschend gering... Man kann nur annehmen, daß in einem ärztlich besonders intensiv versorgten Gebiete, wie es unsere Großstädte darstellen, die Zahl bisher unbekannt gebliebener und nicht behandelter Diabetiker niedriger liegt als anderswo. Auch das könnte einer der Gründe für die geringe Neuentdeckungsquote bei Felduntersuchungen in Großstädten sein.“

Meine Erfahrungen mögen der Auffassung von Rentzsch auf den ersten Blick recht geben. Doch sind dabei folgende Überlegungen zu berücksichtigen. Der Durchschnitt der Praktischen Ärzte in den Großstädten Hamburg und München wird zum Zeitpunkt der Diabetesaktion wohl auch nicht in der Lage gewesen sein, den Blutzucker sowie, wenn notwendig, den oralen oder intravenösen Glukosetoleranztest (Tolbutamid-Test, Kortison-Glukose-Toleranztest) in ihrer Praxis durchzuführen. Sie werden ihre Patienten daher zu einem Internisten zur Vornahme dieser Untersuchungen haben überweisen müssen. In den Großstädten besteht viel leichter als bei der räumlichen Entfernung auf dem Lande die Möglichkeit und auch die Wahrscheinlichkeit, daß eine schwer zu schätzende Zahl von Kranken unter Übergehung des Hausarztes von sich aus zu den Internisten gehen, die wohl naturgemäß bei den meisten ihrer Patienten eine Urinuntersuchung vornehmen, wodurch dann Diabetiker häufiger und unabhängig von Diabetesaktionen entdeckt werden können. Dies könnte vielleicht ein Grund für die Annahme von Rentzsch sein, daß in Großstädten bei Diabetesaktionen „die Zahl der bisher unbekannt gebliebenen und nicht behandelten Diabetiker niedriger liegt als anderswo“. Als weiterer Grund kann hinzukommen, daß vielleicht in den Großstädten bei der größeren Hetze noch mehr Testpersonen die Durchführung des Testes unterließen als auf dem Lande, und daß vielleicht auch die Registrierung und die Meldung der Ärzte nach dem Test zu wünschen übrigließ.

Im allgemeinen aber sollte man meinen, daß bei einem seit 34 Jahren bekannten und betreuten Patientenkreis die bei einer Diabetesaktion gefundene Anzahl von Kranken geringer wäre als in den Großstädten mit

Cavete Collegae!

Es besteht Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß ärztliche Befundberichte in der Regel den Patienten nicht – auch nicht in verschlossenem Umschlag – zur Übermittlung an andere Kollegen übergeben werden sollten. In besonderem Maße gilt das für Befunde von psychiatrisch-neurologischen Untersuchungen.

dem dort vorhandenen Wechsel der Hausärzte. Zudem wurde bei den meisten über 60jährigen Kranken, die wegen aller möglichen Krankheiten in Behandlung kamen, seit etwa drei Jahren eine Urinuntersuchung des 24-Stunden-Urins mit Belastungsproben durchgeführt.

Die verhältnismäßig große Anzahl von Diabetikern, die nun zusätzlich in meiner Praxis durch die Diabetesaktion entdeckt wurde, gibt Anlaß zu den nachfolgenden Überlegungen:

Der Hausarzt sollte sein besonderes Augenmerk allen über 60jährigen Patienten bei der Suche nach Diabetikern widmen, gleichgültig, weswegen diese in seine Behandlung kommen, und gleichgültig, ob eine erbliche Veranlagung oder eine persönliche Anamnese vorhanden ist oder nicht. Bei adipösen oder chronisch Kranken wäre zusätzlich der Blutzucker zu kontrollieren, wozu der Hausarzt neuerdings ohne großes Labor mit dem Dextrostix die Möglichkeit hat, brauchbare Anhaltswerte zu bekommen. Damit wird den Kranken auch der lästige und mit Zeitverlust verbundene Gang zum Internisten erspart, den viele Kranke scheuen.

Da die Diabetiker von Jahr zu Jahr zunehmen, so ist der kürzlich gemachte Vorschlag einer ernsthaften Überlegung wert, daß sich vier bis fünf Ärzte zusammenschließen sollen, um eine medizinisch-technische Assistentin gemeinsam anzustellen, die dann reihum, an je einem Tag, die Laborarbeiten ausführt, die ja auch bei anderen Krankheiten (Quickwert, Blutbild usw.) immer mehr laufend erforderlich werden, und ohne die eine optimale Behandlung mancher Kranker nicht mehr möglich ist.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Diabetes-Früherkennungsaktion sich als sehr nützlich erwiesen hat. Abgesehen von der Entdeckung einer Anzahl von Diabetikern, konnte sie auch dem Praktischen Arzt Anlaß geben, die Diabetes-Früherkennung in einer hausärztlichen Praxis zu intensivieren und seine ihm zur Verfügung stehenden technischen Methoden zu verbessern.

Literaturhinweis

MÜTING, D.: „Früherkennung des Diabetes mellitus“ in Fortschr. Med. 87. Jg., 1969, Nr. 1.
RENTZSCH, Klaus: „Diabetiker, soviel man will“ in Medical-Tribune, 4. Jg. Beiheft zu Nr. 7, vom 14. Februar 1969.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Robert Paschke, Praktischer Arzt, 8535 Emskirchen, Joseph-Haydn-Straße 3

Früherkennung und Frühbehandlung als Aufgabe der Stunde

Von Dozent Dr. med. habil. E. Bock, Marburg

Während sich in der bakteriologischen Ära der Jahrhundertwende die Krankheitsvorbeugung im wesentlichen auf Seuchenabwehr und Hygiene beschränkte, kann sie sich jetzt aufgrund der weit fortgeschrittenen Erkenntnisse aller medizinischen Disziplinen und der Pharmakologie auch funktionell auf das klinisch-biologische Geschehen einer Krankheit ausdehnen.

Wie sich viele Begriffe allgemein gewandelt und weiterentwickelt haben, haben auch die Forschungen und Erfahrungen der letzten Jahrzehnte eine Ausweitung der Kenntnisse auf dem Gebiete der körperlichen und geistigen Behinderungen gebracht.

Wurden früher die körperlichen und geistigen Behinderungen als unglückliches Schicksal — aus welchem Grund auch immer — für die Betroffenen angesehen, das man durch pflegerische, fürsorgliche und soziale Maßnahmen wohl bessern, aber nicht abwenden konnte, weiß man heute, daß auch auf dem Gebiete der körperlichen und geistigen Behinderungen krankheitsvorbeugende Maßnahmen möglich sind.

Da zerebrale Bewegungsstörungen als prä-, peri- und postnatale Schäden die Mehrzahl der körperlichen Behinderungen darstellen, werden diese Erkrankungsfälle als Modell der Krankheitsvorbeugung auf diesem Gebiete angenommen:

Durch Sauerstoffmangel kann es in bestimmten Fällen zu einer Schädigung der hierfür besonders empfindlichen Hirnzellen kommen, die zu ihrem Verlust oder ihrer Funktionsunfähigkeit führen. Liegen solche geschädigten Hirnzellen im Bereich der motorischen Leitungsbahnen, dann wird an dieser Stelle die Verbindung unterbrochen.

Jedes neugeborene normale Kind lernt von einem bestimmten Alter ab, seine Bewegungen zu koordinieren. Es baut auf den erlernten ersten Koordinationen die weiteren Bewegungen auf, wobei für jede Haltungsänderung und Bewegung eine gruppenweise Aktivierung von Muskeln erfolgt, d. h., daß jede Bewegung eines Körperteils von einer synergischen Tätigkeit der Muskeln anderer Körperteile begleitet ist.

Das zerebral bewegungsgestörte Kind kann aufgrund des Leitungsausfalles nicht mehr kompensieren und koordinieren, d. h., die erforderlichen anderen Muskelgruppen nicht mehr synergisch in Bewegung setzen, so daß es zu überschießenden Bewegungen solcher Muskelgruppen kommt, bei deren synergischen Partnern die Erregungsströme infolge der erwähnten Leitungsunterbrechung nicht mehr durchkommen.

Soweit die Schädigung der Hirnzellen nicht zu umfangreich ist, kann das zerebral bewegungsgestörte Kind durch eine heilgymnastische Bewegungsbehandlung, die von dem englischen Ärzteehepaar BOBATH entwickelt und nach ihm benannt wurde, lernen, unbewußt normale reflektorische Bewegungsabläufe durchzuführen, indem andere Hirntelle die Funktionen der ausgefallenen übernehmen.

Diese Behandlung kann aber nur erfolgreich sein, wenn sie zur gleichen Zeit durchgeführt wird, in der auch der normale Säugling seine Bewegungen zu koordinieren erlernt.

Daher müssen gefährdete Kinder — die sogenannten „Risikokinder“ — so frühzeitig wie möglich erfaßt und untersucht werden, ob eine zerebrale Bewegungsstörung vorliegt, was man durch Fehlen bestimmter normaler Reflexe und Vorhandensein krankhafter Reflexe feststellen kann. Als Risikokinder werden vor allem angesehen:

Frühgeborene,

Neugeborene nach langen und schweren Geburten, Säuglinge, die nach der Geburt nur schwer zum Atmen gebracht wurden („asphyktische“ Kinder), Kinder mit Blutunverträglichkeitserscheinungen (schwere Gelbsucht, Blutaustausch),

Kinder aus vorbelasteten Familien u. ä.

Untersuchung und Frühbehandlung erfordern Spezialkenntnisse und Spezialerfahrung sowie in geringerem Maße Spezialgeräte. Darum ist die Zusammenfassung der Untersuchungen und Behandlungen in besonderen Zentren anzustreben, die möglichst an größere und leistungsfähige Kinderkliniken anzuhängen wären, in denen aber neben den Bewegungsstörungen auch die anderen Geburtsschäden, wie Seh- und Hörstörungen, Organmißbildungen, Stoffwechselstörungen usw., schnellstens erkannt und der allein erfolgversprechenden Frühbehandlung zugeführt werden.

Der zahlenmäßige Erfolg der Frühbehandlung von behinderten Kindern ist beachtlich: die Hälfte der Gruppe, die ohne sie sonderschulpflichtig werden würde, kann sich normal entwickeln und einen Beruf voll ausüben. Auch die übrigen bessern sich so, daß sie wenigstens teilberufstätig werden. Der Prozentsatz der Schwergeschädigten bleibt auch bei Früherkennung gleich.

Zentren für Früherkennung und Frühbehandlung sind von Staats wegen nach dem Bundessozialhilfegesetz von 1962 weder von der gesetzgeberischen noch von der organisatorischen und Kostenseite her zu betreiben, wenn auch der Staat, Länder und Kommunen im Haushalt entsprechende Mittel bereitstellen sollten. Im Verein mit den Kommunalbehörden sollten private Organisationen, Vereine und Stiftungen in breitem Rahmen ein Netz von Erkennungs- und Behandlungszentren, verteilt über das Gebiet der Bundesrepublik, zu schaffen versuchen, wie es in anderen Ländern, z. B. in den USA als auf diesem Gebiete bahnbrechendem Land, der Schweiz und anderen kleineren Ländern bereits geschehen ist.

Der sichtbare Erfolg liegt nicht nur in der Höhe der eingesparten Pflegekosten, sondern vor allem in dem Familienglück, das den schuldlos betroffenen Familien durch die erfolgreiche Behandlung zurückgegeben werden kann. Die Stiftung für das behinderte Kind, die aus dem Deutschen Grünen Kreuz hervorgegangen ist, und deren Kuratorium namhafte Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens angehören, hat sich die Krankheitsverhütung der behinderten Kinder als Aufgabe gestellt. Diese Aufgabe darf aber kein Wunschtraum bleiben, sondern muß als Zeichen echter sozialer und humanitärer Gesinnung in einer Zeit der menschlichen Härte und des Egoismus möglichst bald in die praktische Tat umgesetzt werden.

(Aus „Pressedienst Behindertes Kind“, Nr. 1/1969)

Skandalöse Berichterstattung der „AZ am Sonntag“ über die Herztransplantation

Die Berichterstattung der „AZ am Sonntag“ über die zweite Herztransplantation hat in weiten Kreisen der Öffentlichkeit, bei Ärzten und Journalisten stärkste Empörung ausgelöst.

Die Titelseite der Zeitung zeigt über der Mitteilung der Herzverpflanzung den lächelnden Herzchirurgen mit einem Maßkrug in der Hand und der Unterschrift: „Eine Maß auf das Wohl des Patienten: Herzchirurg Professor Dr. KLINNER.“

Der Chirurg kann den Abdruck eines solchen Bildes, das selbstverständlich ohne jeden Zusammenhang mit der Operation aufgenommen worden war, leider nicht verhindern.

Da man wissen muß, daß es sich bei solchen Operationen immer um einen toten und einen schwerstkranken Menschen handelt, kann man es nur als eine geradezu makabre Geschmacklosigkeit bezeichnen, den Operateur in dieser Weise mit seinem Patienten in Verbindung zu bringen.

In dem Bericht selbst werden unter Mißachtung der Wünsche der betroffenen Personen und der Klinik die Namen und weitere Einzelheiten des Herzspenders und Herzempfängers preisgegeben. Den Höhepunkt einer völlig hemmungslosen Berichterstattung stellt dann wohl der widerrechtliche Abdruck des Anästhesiejournal dar, das

den Namen des Herzspenders sowie die Uhrzeit der Herzentnahme enthält.

Die Bayerische Landesärztekammer hat zu diesen Vorgängen folgende Stellungnahme abgegeben:

Die Bayerische Landesärztekammer bedauert, daß die „AZ am Sonntag“ auch vor strafbaren Handlungen nicht zurückschreckte, um sich in den Besitz von Einzelheiten über die am Samstag, 22. 3. 1969, in der Chirurgischen Klinik in München durchgeführte Herztransplantation zu bringen.

Die Fotografie des „Anästhesiejournal“ des Herzspenders kann nur durch Hausfriedensbruch und Diebstahl oder durch Bestechung zustande gekommen sein.

Der Abdruck in der „AZ am Sonntag“ mit der Bekanntgabe der Namen des Herzspenders und Herzempfängers erfolgte gegen den Willen der betroffenen Personen bzw. deren Angehörigen und der Klinik.

Derartige Methoden müssen die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Journalisten erheblich stören und werden auch der Erfüllung berechtigter Informationsbedürfnisse künftig im Wege stehen.

Im übrigen ist die Bayerische Landesärztekammer der Auffassung, daß Strafanzeige zu erstatten ist und alle Möglichkeiten zur Ermittlung der Täter ergriffen werden müssen.

Zu dem gleichen Vorgang schreibt die „Süddeutsche Zeitung“ vom 25. März 1969 folgendes:

Die Klatschtante als Volkstribun

Von Christian Ude

Wer sich seinen Mitmenschen unbefangen als Pressevertreter vorstellt, sieht sich mitunter einem dezenten, doch deutlichen Nasenrumpfen gegenüber. Diese unfreundliche Reaktion ist in der Regel auf ungute Erfahrungen mit zwei sehr eigenartigen Gruppen von Journalisten zurückzuführen, die beide nicht typisch sind für diesen Beruf, wegen ihrer Auffälligkeit aber irrtümlich dafür gehalten werden.

Die erste Gruppe ist eher ein Kuriosum denn ein Ärgernis: Sie erscheint nicht wegen der angebotenen Informationen, sondern wegen der mitgereichten belegten Brötchen auf Pressekonferenzen und verschwindet nicht von der Bildfläche, ohne vorher sämtliche Zigarren auf dem Vorstandstisch eingesteckt zu haben. Daß sie wenig publiziert, mag ihr größter Vorzug sein.

Die zweite Gruppe unerfreulicher Pressevertreter hingegen bedarf einer ernsteren Würdigung: Wegen eines Konkurrenzkampfes, den sie selber entfacht und dessen Spielregeln sie selbst bestimmt hat, sieht sie sich dazu veranlaßt, illegale Wege der Nachrichtenbeschaffung einzuschlagen, Randbemerkungen zu Sensationsmeldungen hochzuspielen, Nachrichten mit sentimentalem Klatsch zu verbrämen und mögliche Entwicklungen exklusiv als bereits vollzogene Tatsachen zu verkaufen.

Diesen Journalisten bot die zweite deutsche Herzverpflanzung ein reichhaltiges Betätigungsfeld, das dann auch tatsächlich ohne störende Skrupel beackert wurde: Eine Sonntagszeitung veröffentlichte einen Befund, der ihr, wie die Landesärztekammer feststellte, nur durch Bestechung oder aber Hausfriedensbruch in die Hände gekommen sein kann. Tags darauf wurde von der Konkurrenz die Bemerkung eines Kliniksprechers, bei der Operation sei erstmals eine neue Schwierigkeit aufgetreten, umfunktioniert zu der Meldung, die zweite Münchner Transplantation sei nach Auskunft der Ärzte die schwierigste der Welt gewesen. Die Andeutung des Sprechers, die Art und Weise mancher Berichterstattung könne das Herzteam von weiteren Verpflanzungen nur abhalten, las sich einen Tag später auch viel dramatischer: „Klinner will nicht mehr!“ Was diesen Vorfällen grundsätzliche Bedeutung verleiht, ist die Begründung, die hinter diesem Tun steht: Die Journalisten, die sich auf die Jagd nach internen Papieren, Indiskretionen und Hochzeitsfotos begeben, berufen sich auf den Informationsanspruch der Öffentlichkeit.

Bis zum Überdruß war am Wochenende der Satz zu hören: „Wir vertreten Zehntausende von Lesern.“

Hier aber liegt ein gefährlicher Mißbrauch des Informationsanspruchs vor, gefährlich deshalb, weil ein demokratisches Prinzip, das leider noch immer zuwenig ernst genommen wird, in Mißkredit gerät. Der Informationsanspruch der Öffentlichkeit beruht auf der Überlegung, daß eine Gesellschaft nicht demokratisch sein kann, wenn wesentliche Lebensbereiche Hochburgen der Geheimhaltung sind. Was in dieser Gesellschaft passiert und möglich ist, muß auch bekannt werden können.

Somit ist es durchaus von öffentlichem Interesse — wenn auch manche Ärzte und Klinikchefs dies aus einem ständischen Denken heraus leugnen —, über welche Möglichkeiten der Lebensrettung die Medizin verfügt oder voraussichtlich bald verfügen wird. Das ist genauso von öffentlichem Belang wie die Frage, welchen Abhängigkeiten vollausbildete Ärzte unterworfen sind und wieviel Geld sich in öffentlich finanzierten Privatstationen verdienen läßt. Hier tut die „Herstellung von Öffentlichkeit“ noch bitter not. Die Klinik wäre also gut beraten gewesen, wenn

sie sachliche Informationen über den Verlauf und die Folgen der Transplantation von Anfang an freiwillig herausgegeben hätte. Sie war aber auf der anderen Seite vollkommen im Recht, wenn sie die Namen der Betroffenen verschwieg. Die Vergeblichkeit dieser Geheimhaltung ändert nichts daran, daß die Klinik juristisch gar nicht anders handeln durfte. Die Unterstellung einiger Kommentatoren, die Veröffentlichung der Namen hätte das unschöne Spiel der Rechercheure erspart, ist falsch: der Konkurrenzkampf der Reporter hätte sich nur auf eine andere Ebene verlagert.

Die Ärgernisse des vergangenen Wochenendes lehren, daß der Informationsanspruch der Öffentlichkeit auch in Krankenhäusern ernster genommen werden sollte als bisher, daß er aber auch nicht dazu mißbraucht werden darf, einer kommerziell interessierten Gruppe das Privileg zu verschaffen, in fremder Leute Intimsphäre herumzuznüffeln. Klatschtanten, mögen sie auch ein Millionenpublikum haben, sind keine Volkstribune.

AUS DEM STANDESLEBEN

Krebs Vorsorge — Früherkennung

Aufklärungsveranstaltung in München und anderen Städten Bayerns

In der Zeit vom 13. bis 23. März 1969 fand in München im „Haus der Kunst“ die Ausstellung „KREBS Vorsorge — Früherkennung“ statt, die von der Arbeitsgemeinschaft Stadtbund Münchener Frauenverbände und der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern veranstaltet worden war. Die Ausstellung, die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln-Merheim zusammengestellt wurde und von dieser verliehen wird, umfaßt zwei Gruppen: „Krebs — eine Geißel der Menschheit?“ und „Körperbau und Organfunktion“; dazu gehört auch der gläserne Mensch und ein Torso, der die einzelnen Organe auf Knopfdruck beleuchtet zeigt.

Bei der Eröffnung begrüßte die Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Stadtbund Münchener Frauenverbände, Frau Dr. L. ANDRES, die geladenen Gäste.

Für die Stadt München sprach Herr Bürgermeister Dr. H. STEINKOHL. Er wies dabei darauf hin, daß sensationelle Leistungen, wie z. B. eine Herztransplantation oder der Flug in den Weltraum, nicht vergessen lassen dürfen, wie viele Menschen in der Welt noch immer verhungern müssen, und daß jeder Fünfte an Krebs stirbt.

Für den wegen Etatberatungen verhinderten Staatsminister des Innern sprach Herr Staatssekretär H. FINK, der namens der Bayerischen Staatsregierung die Durchführung dieser Ausstellung sehr begrüßte.

Der Bundesminister für das Gesundheitswesen, Frau Käte STROBEL, gab ihrer Freude Ausdruck, daß die

Ausstellung, die bisher im allgemeinen nicht das Interesse gefunden habe, das sie verdiene, nun in München und in anderen Städten Bayerns gezeigt würde. Sie begrüßte in diesem Zusammenhang auch die Vorsorgeuntersuchungen auf Krebserkrankungen der Frauen, die ab 1969 aufgrund einer zwischen den Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns getroffenen Vereinbarung in Bayern durchgeführt werde, und gab der Hoffnung Ausdruck, daß die Frauen von der ihnen angebotenen Möglichkeit auch regen Gebrauch machen.

Professor Dr. Hans J. SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, behandelte in einem Vortrag die Probleme der Vorbeugung und Früherkennung der Krebserkrankung.

Im Anschluß an diese Veranstaltung wurde die Ausstellung eröffnet. Sie wurde im Laufe der elf Tage von rund 10 000 Personen besucht, auch von zahlreichen Schulklassen, die einen kurzen Eröffnungsvortrag hören und sich einen Film über den Stand der Krebsforschung in der Bundesrepublik ansehen konnten, der jeden Abend auch für die Erwachsenen gezeigt wurde.

Die Ausstellung wird noch gezeigt in:

Straubing, Stadttheater, vom 12. bis 20. April 1969;

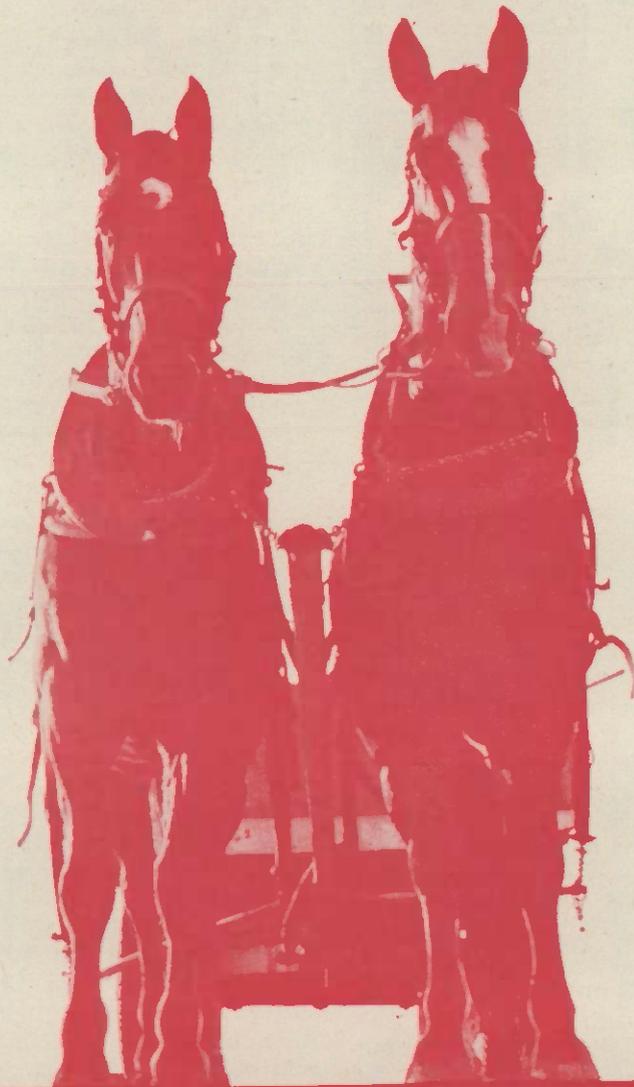
Regensburg, Donau-Einkaufszentrum, vom 26. April bis 4. Mai 1969;

Bayreuth vom 10. bis 18. Mai 1969.

Delta-Butazolidin
enthält Prednison und
den Wirkstoff von Butazolidin
in denkbar niedriger Dosierung.
Synergismus und Potenzierung
der beiden Komponenten
erhalten dem Präparat eine
– maximale therapeutische Wirkung
bei einem
– Minimum an Nebenwirkungen.

Delta-Butazolidin® Geigy

Teamwork
zweier bewährter
Antirheumatika



Dr. Karl Thomae GmbH,
795 Biberach an der Riss,
Herstellung und Vertrieb pharmazeutischer Spezialitäten
der J. R. Geigy A.G., Basel

20. Wochenendkurs für Versehrten Sportärzte

Von J. Plietz

Der Wochenendkurs für Versehrten Sportärzte vom 22. bis 24. November 1968 fand wieder im Versehrten Sportheim Unterjoch/Allgäu statt. Der Anreisetag konnte am Abend noch mit Sportkegeln und Saunabenützung ausgefüllt werden. Am nächsten Tag berichtete Landesversehrten Sportarzt Dr. Rolf ZIMMER nach Begrüßung der etwa 30 Versehrten Sportärzte aus allen Gegenden Bayerns über „Ärztliche Probleme zum Versehrten Sport“. Der Versehrten Sport, an dem nicht nur Kriegsversehrte, sondern auch Versehrte aller Altersgruppen aus dem Berufsleben und durch Unfälle im Straßenverkehr teilnehmen können, wird von den Übungsleitern abgehalten, die durch Kurse geschult sind und werden. Er muß ärztlicherseits überwacht werden, damit von den Versehrten keine ungeeigneten Sportarten durchgeführt und weitere körperliche Behinderungen dem Versehrten Sportler zugefügt werden. Beim Versehrten Sport steht das Leistungsprinzip im Hintergrund; er soll vielmehr eine physisch-psychische Therapie für Gesundbleiben und Erhaltung körperlicher Spannkraft sein. Beim Leistungssport, der nicht grundsätzlich abgelehnt wird, muß der Versehrten Sportarzt nach entsprechenden Untersuchungen die Einteilung zu den einzelnen Leistungsgruppen vornehmen. In Mannschafts- und Einzelwettbewerben darf der Versehrten Organismus nicht überfordert werden, sondern der Sport soll ja dazu dienen, Selbstvertrauen und gesteigerte Leistungsfähigkeit zu erzeugen. Bei den Wettkämpfen soll niemand mehr leisten als die körperlichen Kräfte, wie Muskeln, Bänder, Gelenke und die gesamte körperliche Konstitution, hergeben. Es soll das Prinzip gelten: Der Mut soll über die Schüchternheit und der Wagemut über die Bequemlichkeit siegen. Der Versehrten Sportarzt hat bei den halbjährlichen obligaten Untersuchungen die Auswahl der Sportart und der Sportbelastung für den Versehrten zu treffen. Er muß ihn vor weiteren Schäden bewahren und hat auch, nachdem 1963 der staatliche Auftrag zur sportlichen Betreuung von versehrten Jugendlichen im Rahmen des Versehrten Sportes erfolgte, dafür zu sorgen, daß die versehrten Kinder beim Sport mit den erwachsenen Versehrten zusammen wieder Selbstvertrauen zu sich selbst gewinnen und die versehrten Jugendlichen der entsprechenden und geeigneten Sportart aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse zugeführt werden. Diese muß der Arzt im Gesundheitspaß vermerken und ebenfalls in seinem ärztlichen Untersuchungsbogen eintragen. Alle Untersuchungsergebnisse sind hierbei wichtig, um bei Kontrollen Abweichungen von Anfangsuntersuchungen festzustellen. Der Versehrten Sportarzt muß auch die Wettkampffähigkeit eines Versehrten ermitteln und bescheinigen. Bei allen Einstufungen der Versehrten Sportler in Leistungsgruppen sind geschulte Übungsleiter unentbehrlich. Überhaupt wächst der Wert des Versehrten Sportes mit den Charaktereigenschaften seiner Betreuer. Zusammen mit dem Übungsleiter hat auch der Versehrten Sportarzt über die Beschaffung und Anwendung von Turngeräten zu entscheiden. Am besten kann der Versehrten Sportarzt die Ausführung seiner Anleitungen für die Versehrten Sportler als Teilnehmer bei Übungen und

Spielen beurteilen, um dabei festzustellen, wie diese für den Versehrten am nutzbringendsten zur Wiedererlangung von Gesundheit und Milderung seines Leidens angewandt werden.

Im Anschluß daran berichtete Dr. STELZLE, LVA Bayern, über „Versehrten Sport aus staatlicher Sicht“ und erläuterte die §§ 10, 10 a und 11 des BVG, in denen allgemein ausgesprochen wird, daß der Versehrten Sport staatlich anerkannt und gesetzlich verankert ist. Die meisten Teilnehmer am Versehrten Sport bestehen noch aus Kriegsversehrten und die dabei entstehenden Kosten werden von der Kriegsoferversorgung bestritten. Der Bayer. Versehrten Sportverband (BVS) übernimmt die Schulung der Übungsleiter, der Ärzte, die Mieten von geeigneten Sportstätten, usw. Der Staat wünscht, daß eine große Zahl von Versehrten von diesen Möglichkeiten Gebrauch macht, um die Heilbehandlung optimal zu gestalten. Interessant waren die geldlichen Zuwendungen, die der Staat für den Versehrten Sport in Bayern aufwendet. 1957 gab es 57 Versehrten Sportgruppen, wofür DM 107 000.— ausgegeben wurden; 1967 dagegen bestanden 183 Versehrten Sportgruppen und der Staat gab dafür DM 632 554.— aus. In den bayerischen Versehrten Sportgruppen sind 10 861 Mitglieder, wovon 9889 aktiv sind. Davon sind 6536 Kriegsgeschädigte. Im ganzen befinden sich aber in Bayern 400 000 Geschädigte, wovon 248 131 eine Rente (Zahlfälle) bekommen. 150 000 bekommen keine Rente, ihre Beschädigung ist jedoch anerkannt. Interessant ist vielleicht noch, daß es unter den 400 000 Beschädigten 21 147 einseitig Beinamputierte gibt, 6548 einseitig Armamputierte und 6400 Querschnittsgelähmte. Dr. Stelzle ging auch auf die Versicherung des Versehrten ein und erklärte den § 1 Abs. 2 E, der aussagt, daß Schädigungen, die auf Wegen zur versorgungsärztlichen Untersuchung, zur Kur, zu Übungen oder während derselben zustande kommen, staatlich beim Gerling-Konzern geschützt sind.

Da mit zunehmendem Alter nichtversehrtenbedürftige Krankheiten auftreten, wie Arterienverkalkung und Bluthochdruck, müssen die halbjährlich gebotenen Untersuchungen regelmäßig von versehrten Sportärztlicher Seite durchgeführt werden, um die sportliche Tätigkeit mit dem Alter entsprechend einzuschränken. Mitunter müssen dann andere sportliche Übungen, die der Altersdisposition und Konstitution entsprechen, empfohlen werden. Bei Auftreten von Störungen, die mit dem anerkannten Leiden im Zusammenhang stehen, soll der Versehrten Sportarzt heilgymnastische Kuren, Gehschule, orthopädische Kuren und Heilbehandlung in Erwägung ziehen und nach Möglichkeit mit dem behandelnden Arzt zusammenarbeiten.

Den dritten Vortrag hielt Gymnasialprofessor Franz SPÄT, München, über „Gehschule“. Er berichtete einleitend, daß es im Bundesgebiet 145 000 Beinamputierte gibt, wovon 140 000 aus den beiden Weltkriegen stammen (davon 80 000 Oberschenkelamputierte), zu denen noch 35 000 Zivilgeschädigte kommen, die ihre Gliedmaßen durch Unfall oder Krankheit verloren haben. Von den Amputierten gehen 60 % mit Gehfehlern, 20 %

sind mit ihrem Gehen zufrieden, 20% gehen gut und ohne Stock. In temperamentvoller Weise berichtete Spät, wie man den Amputierten das Gehen beibringt, wie man sie im Unterricht — am besten im Gruppenunterricht — erfaßt, und daß sie nur anfangs Hilfsmittel benützen sollen. Unter Hinweis auf das „Trostbüchlein für Amputierte“ von GRÜNEWALD legte Spät das Schicksal der Amputierten dar, die trotz ihrer lebenslangen Amputation ihr Dasein bejahen sollen. Dazu ist die Gehschule der erste Weg.

Die ersten Gehanweisungen gibt der Orthopädiemechaniker, der nach Beseitigung aller durch die Prothese bedingten Veränderungen am Stumpf auf die Möglichkeit des Gehens mit Prothese hinweist. Heilgymnastische Kuren in Bad Tölz sollten dann folgen, um schwerwiegende Schädigungen an der Wirbelsäule und am Becken von vornherein zu vermeiden. Hier soll besonders der Versehrtensportarzt das Gehen der Amputierten mit Prothese beobachten und entsprechende Anweisungen bei Gehfehlern geben. Eine Gehschule sollte öfters entweder in Wochen- oder Wochenendkursen wiederholt werden.

Beim Rhythmus des Übens wies Spät besonders darauf hin, daß die Übungsdauer anfangs nicht zu lange gehalten wird. Bei dieser Übungsform soll der Amputierte das Gleichgewicht wieder erlangen und zu den veränderten statischen Verhältnissen Vertrauen finden. Dann geht man allmählich zur Schrittform über, um Gehsicherheit zu erlangen. Hierbei soll der Gehwagen niemals angewandt werden, da der Amputierte sich zu sehr auf ihn verläßt. Am besten kontrolliert er sein Laufen vor dem Gehspiegel, um Selbstkorrekturen vorzunehmen. Die Anfangsschritte werden zwischen zwei Stuhllehnen ausgeführt, wobei immer das Kunstbein belastet werden soll. Ein Paßgang ist zu vermeiden. Zwischen den Stuhllehnen kann der Amputierte das Kunstbein auch schwingen und so immer mehr Vertrauen zu seiner Prothese bekommen. Nach Gehen auf ebenem Boden folgen allmählich Übungen über Hindernisse und letzten Endes bewegt sich der Amputierte im Freien über größere Hindernisse und lernt das Treppensteigen. Bei Auftreten von Störungen am Stumpf muß natürlich die Gehschule sofort unterbrochen und entsprechende ärztliche Behandlung eingeleitet werden. So soll z. B. bei Hautentzündungen der Stumpf nur abends gewaschen und mit Salben versehen werden, damit am Morgen die Haut beim Anlegen der Prothese wieder fest und nicht durch kurz vorher erfolgte Waschung aufgeweicht ist.

Den nächsten Vortrag hielt Dr. PLIETZ, Kitzingen, über „Prävention der Herz- und Kreislaufkrankheiten in bezug auf Sport“. Unter Anlehnung an das Buch von Wildor HOLLMANN „Körperliches Training als Prävention von Herz- und Kreislaufkrankheiten“ ging er auf den gewaltigen Anstieg der Todesursache durch Herz- und Kreislaufkrankheiten in der Bundesrepublik und anderen Ländern ein. Die Ursache wurde in der Bewegungsarmut, Zunahme der freien Zeit und Vereinsamung des einzelnen Menschen in der Massengesellschaft gesehen. Aber auch eine falsche, zu fettreiche Ernährung spielt bei der Entstehung der Herzgefäßkrankheiten eine wichtige Rolle. Die Frage der Arterienverkalkung ist ursächlich noch nicht geklärt, jedoch weiß man, daß eine überreiche Nahrungsaufnahme mit zu viel Fett einen entscheidenden Faktor dabei darstellt. Aber auch Genußmittelmißbrauch und

hierbei besonders das Rauchen sind neben nervöser Überanspruchung, Bewegungsarmut und Funktionseinbuße wichtige Ursachen für die Herabsetzung der Leistung des Herz-Kreislaufsystems.

Zur Leistungssteigerung desselben wird auf das Kraft-, Schnelligkeits- und Ausdauertraining eingegangen. Das Krafttraining spielt wegen seiner vorwiegenden statischen Momente und insbesondere, da es auch mit Preßatmung verbunden ist, für eine Besserung des Herz-Kreislaufsystems keine entscheidende Rolle. Auch beim Schnelligkeitstraining finden wir leistungsbegrenzende Faktoren, weshalb es als Trainingsreiz auf Herz, Lunge und Gefäßsystem nicht günstig ist. Die wichtigste Trainingsform ist das isotonische Ausdauertraining mit vorwiegend dynamischer Bewegung, das als Reiz für den gesamten Organismus betrachtet werden kann. Durch diese Belastungsform wird bei entsprechendem Training eine vermehrte Herzdurchblutung und stärkere Gefäßbildung im Herzen mit Größenzunahme desselben erreicht. Beim „Sportherzen“ findet man eine Herzerweiterung mit Vermehrung der Herzmuskulatur, so daß man die Ausdrücke „regulative Dilatation“ und „physiologische Hypertrophie“ als zu Recht bezeichnen kann. Nach Besprechung der Ekg-Veränderungen beim Sportherzen und Eingehen auf die Atmung bei körperlicher Belastung wird vom menschlichen körperlichen Leistungsvermögen nach dem 30. Lebensjahr berichtet, und daß ein solches nur durch ein regelmäßiges körperliches Training über Jahre aufrechterhalten werden kann. Dabei müssen mindestens 50% der maximal möglichen Pulsfrequenzzuwachsrate und 70% der maximal erreichbaren Herzschlagzahl erreicht werden. Nach dem 60. Lebensjahr ist es kaum mehr möglich, eine Leistungssteigerung des Herz-Kreislaufsystems zu erreichen, wenn man nicht schon in den Jahren vorher laufend „Einzahlungen“ in Form von ständigen Leibesübungen zur Aufrechterhaltung seiner eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit vorgenommen hat. Im Laufe des Referates wird dann auch auf die einzelnen Sportarten eingegangen und diejenigen, die für unser Zirkulationssystem am ehesten in Frage kommen, besonders herausgestellt. Hierbei schneiden Rudern, Kanufahren, Radsport, Skilaufen und Schwimmen am besten mit ihrer leistungssteigernden Wirkung auf Herz, Atmung und Kreislauf ab. Bei den Übungen, die man zu Hause durchführen kann, ist der „Lauf auf der Stelle“ besonders zu erwähnen, da er vorwiegend dynamische Form zeigt, und nicht wie die „Kniebeugen“ und die „Zehenstandsübungen“ mit mehr statischen Momenten belastet. Von den Heimgeräten, die eine Kräftigung des Gesamtorganismus bewirken, wird das „Bali-Gerät“ als Schwung- und Schnellkraftgerät besonders herausgestellt.

Es wird noch die „Bewegungstherapie“ bei funktionell- oder organisch kranken Menschen in der Rekonvaleszenz besprochen und auf den Sinn dieser Behandlungsart eingegangen. Auch die Schädigungsmöglichkeiten durch übertriebenen Sport werden erörtert. Zum Schluß wird das Präventivprogramm, das Hollmann in Form von neun Punkten zur Erreichung einer möglichst hohen körperlichen Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter aufgestellt hat, besprochen.

Dr. Gerd HANNEMANN, Sportarzt des VSV München, referierte über „Versehrtensportärztliche Beurteilungen von Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen“. Bei

Zuständen nach Verletzungen am äußeren Ohr (Ohrmuschel, Gehörgang) kann man die Frage einer Sportbeteiligung bejahen. Jedoch sollte man Tauchen und gewisse Einschränkungen bei einzelnen Sportarten aussprechen, wenn Schwindel vorliegt. Der Bluterguß am äußeren Ohr, der meistens bei Faustkämpfern oder bei Prellverletzungen mit dem Medizinball entsteht, ist recht schmerzhaft, und mitunter muß der Arzt eine Entlastung durch Stich oder Inzision vornehmen. Bei den Mittelohrerkrankungen bei Versehrten Sportlern ist danach zu sehen, ob das Ohr trocken ist oder ob es läuft, ob das Trommelfell defekt ist und wo die Perforation (zentral oder peripher) sitzt. Die Konsistenz der Absonderung aus dem Mittelohr führt dabei oft zur richtigen Diagnose. Bei Schwimmern mit Mittelohrerkrankung sollte man die Ohren immer fest mit einer fettgetränkten Watte zustopfen und dabei noch die Badekappe über die Ohren ziehen.

Kranke mit Innenohrstörungen nach Verletzung sollten wegen ihrer Hörstörungen und häufigen Schwindelzuständen nicht am Sport teilnehmen.

Bei Sportverletzungen an der Nase durch Stoß, Schlag oder Sturz muß man feststellen, ob es sich nur um eine Welchteil- oder gar Knochenverletzung mit erhöhter Infektionsgefahr handelt. Eine Spiegelung der Nasengänge ist dabei unumgänglich. Die Nasenblutung, die bei solchen Verletzungen meistens auftritt, kann auch bei anderen Erkrankungen, wie z. B. Hypertonie, grippale Infekte, venöse Gefäßansammlungen im Locus Kieselbachii, vorkommen. Durch Kompression der Nasenflügel und Tamponieren der Nasengänge stehen solche Blutungen meist. Bei schußartigen Blutungen aus der Nase handelt es sich meist um eine arterielle Verletzung. Stärkere Blutungen aus den oberen Nasenwegen bedingen schleunigst Klinikneweisung. Auf dem Weg dorthin ist Seitenlagerung des Verletzten Bedingung, damit er kein Blut verschluckt oder gar aspiriert. Bei der Tamponierung der Nasengänge sollten gerinnungshemmende Gazestreifen möglichst weit in die hinteren Nasenabschnitte eingelegt werden.

Bei Verletzungen am Hals und am Kehlkopf durch Fall, Schlag oder Stoß kommt es zu Blutergüssen, zu Knorpelbrüchen der Kehlkopfknorpel und zu Schwellungen im Halsbereich. Atemnotzustände sind dabei recht häufig und die Frage eines Luftröhrenschnittes muß oft recht schnell entschieden werden. Aber mitunter kann man auch durch entsprechende Injektionen Rückgang der Halsweichteilschwellung im Kehlkopfbereich erzielen. Manchmal kommt es auch bei solchen Verletzungen zur Lähmung der Kehlkopfnerve mit Teilverlust der Stimme. Wenn nach solchen Verletzungen die Stimme wieder kräftiger wird, kann wieder Sport ausgeübt werden. Bei doppelter Sprachnervenlähmung und bei Kanülenträgern ist Versehrtensport unmöglich. Da beim Versehrtenkissport durch Sturz und Überfahrenwerden von anderen Skifahrern mitunter recht schwere Verletzungen, z. B. an der Halsschlagader, entstehen, ist bei dieser Sportart erhöhte ärztliche Wachsamkeit am Platze.

In der Diskussion werden beim Tauchsport keine fettgetränkten Ohrstöpsel empfohlen, da diese durch den Wasserdruck nur in den Gehörgang hineingedrückt werden können. Besser sind dann Ohrmuschelklappen, die auch gegen den Wasserdruck sichern. Bei Blutergüssen im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich kann man

durch Anwendung von Heparin und Heparinoiden besonders in Salbenform oft Gutes erreichen. Die moderne Behandlung des Schwellungszustandes im Kehlkopfbereich besteht jetzt nicht mehr in der Verabreichung von Kalziuminjektionen oder Gaben von Kortikosteroiden, sondern die abschwellenden Maßnahmen sind jetzt auch ohne Gefahr einer Kreislaufreaktion mit Diuretika und Antihistaminika zu erreichen.

Den ersten Tag beschloß dann Sport der Kursteilnehmer mit Gymnastik und Schwimmen. Franz Spät brachte es ausgezeichnet fertig, die Teilnehmer durchzutrainieren und auf die für eine Stärkung des Herz-Kreislaufsystems notwendige Pulszahl zu bringen. In den Abendstunden sah man dann noch die Filme „Sofortbehandlung des Herzinfarktes“ und „Aktuelle Medizin in Moskau“ von der Firma SANOL, Monheim. Auch Dr. Hannemann füllte den Abend durch einen interessanten Schmalfilm, den er selbst in Moskau gedreht hatte, aus.

Am nächsten Morgen begann der Kurs mit dem Film „Gehschule“, der 1946 im Versehrtenkrankenhaus Posenhofen mit Franz Spät gedreht wurde. Hier sah man noch einmal all die Phasen, die beim Gehenlernen der Amputierten berücksichtigt werden müssen, wie es bei dem Ausbilder darauf ankommt, auf die Psyche und auch auf die körperliche Konstitution einzugehen und dabei das maximale Gehvermögen von den Betroffenen herauszuholen. Vom Rhythmus des Übens aus mußte sich der Amputierte auf ebenem Boden bewegen und das Laufen vor dem Gehspiegel ohne Stock lernen. Dabei wurde immer wieder der Hüftschwung mit Vorbringen des amputierten Beines geübt. Auch die Belastung des Kunstbeines in Ruhestellung und nicht des gesunden Beines wurde herausgestellt. Es war eindrucksvoll, zu erkennen, wie die Amputierten von den ersten unsicheren Schritten bis zum ungehinderten Gehen in unebenem Gelände kamen und wie sicher sie sich dabei fühlten.

Heimreferent WERNICK, Sonthofen, berichtete dann über die Entstehungsgeschichte des Versehrten Sportheimes Unterjoch. Es war mit 1,4 Millionen DM geplant und hat doch letzten Endes an Gesamtkosten 2,1 Millionen DM mit Grundstück gekostet. Die Bauzeit betrug 1 Jahr und 4 Monate. Bei der Eröffnung wurden sehr viele Einrichtungsgegenstände gespendet, wobei besonders hervorzuheben ist, daß der Landessportverband für die Einrichtung des Konferenzzimmers gesorgt hat. In der Rentabilität trägt sich das Haus mit maximal 65 Betten gerade selbst, so daß zur Besserung der Eigennutzbarkeit ein Gebädetrakt mit 30 Betten noch dazugebaut werden müßte. Bei den niedrigen Inklusivpreisen muß sich das Haus, das im Winter und Sommer am meisten durch Versehrte belegt ist, selbst erhalten.

Die Belegung erfolgt durch Lehrgänge, durch erholungsbedürftige Versehrte mit Familienmitgliedern, durch Lehrgänge für Skisportler, für Wanderer, mit Kurzlehrgängen für Ärzte, Übungsleiter u. a. 1967 brachte das Haus 11 000 und 1968 13 300 Übernachtungen. Die maximale Belastbarkeit besteht in 15 000 Übernachtungen, die man 1969 erreichen will. Für dieses Jahr sind auch Lehrgänge im Rahmen einer Wanderwoche geplant, bei der kleinere bis größere Wanderungen mit Übungsleitern und geschulten Wanderern

neu

die Waffe gegen hohe Arzneikosten

Demoplas®

beherrscht
Rheumatismus

mehr als
Phenylbutazon
**senkt Arzneikosten
entscheidend**

■ **Demoplas®**

Phenylbutazon 150 mg
mit Aescin
+ Vitamin B₁, B₆, B₁₂
30 Dragées

DM 2.95
einschl. Mehrwertsteuer

■ **Delta-Demoplas®**

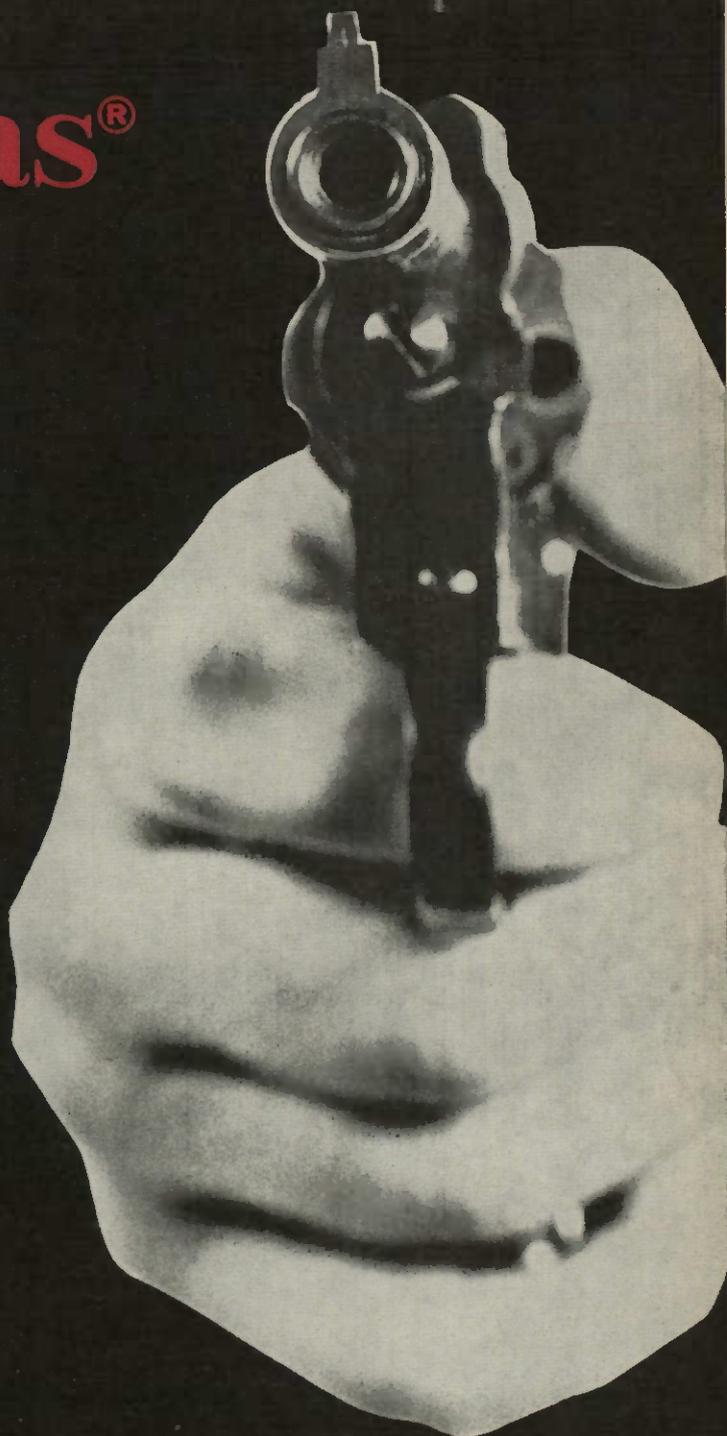
Phenylbutazon 50 mg
+ Prednisolon 1,5 mg
mit Aescin
+ Vitamin B₁, B₆, B₁₂
30 Dragées

DM 2.95
einschl. Mehrwertsteuer

■ **Demoplas® comp.**

Phenylbutazon 100 mg
+ Aminophenazon 150 mg
mit Aescin
+ Vitamin B₁, B₆, B₁₂
30 Dragées

DM 2.95
einschl. Mehrwertsteuer



ADENYL-
CHEMIE

ADENYL-CHEMIE

Phonokardiographie-Kurs für Fortgeschrittene*)

2. und 3. Mai 1969, Beginn jeweils 9.00 Uhr,
München, Stiftsklinik Augustinum.

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

2. Mai 1969

20.00 Uhr s. t. — Lichtbildervortrag „Die Unter-
suchung des Magens mit der Gastrokamera“
(Sprecher: Oberarzt Dr. W. Zimmermann)

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayeri-
sche Landesärztekammer, 8000 München 23, Köni-
gstraße 65, Telefon 06 11 / 36 11 21 (Apparat 26)

*) Kurs für Teilnehmer früherer Kurse.

unternommen werden. Mit dem Älterwerden der Ver-
sehrten sollte gerade die Möglichkeit des Wanderns be-
sonders bedacht werden. Auch die Versehrtenjugend be-
legt mit Übungsleitern zu Pfingsten und im Juli jeweils
eine Woche lang das Haus. Hierbei entfallen auf zwei
versehrte Jugendliche je ein Übungsleiter. Auch für ärzt-
liche Betreuung ist gesorgt. Eine Diätverpflegung kann
im Heim zur Zeit noch nicht durchgeführt werden,
jedoch werden die Diabetiker immer entsprechend be-
rücksichtigt. Bei der Belegung haben Schwer- und
Schwerstversehrte ein Vorrecht und auch diejenigen,
die noch nie im Haus zur Erholung waren, werden be-
vorzugt.

Im weiteren Verlauf berichtete dann Dr. ZIMMER über
„Sportärztliche Untersuchung, Gesundheitspaß und
Untersuchungsbogen, Erläuterung der Schadensklassen“
im Rahmen einer größeren Diskussion. Einleitend ging
er auf die Punkte ein, die in dem neuen Heft für das
deutsche Sportabzeichen für Versehrte ärztlicherseits
berücksichtigt werden müssen. Im Sportabzeichenbuch
muß der Arzt in Übereinstimmung mit dem Übungs-
leiter den Grad der Behinderung des Sportabzeichen-
bewerbers bestätigen. Eine MdE von mindestens 25 %
ist Bedingung.

Bei der Ausfüllung des Gesundheitspasses unterliegt es
allein dem Arzt, den ärztlichen Teil genauestens aus-
zufüllen und sich bei der Eintragung der Schadens-
klasse für Sport und Spiel mit dem Übungsleiter je
nach Lage des Falles abzustimmen. Es ist wichtig, daß
der Gesundheitspaß vor jedem Sportfest und vor Mann-
schaftsspielen überprüft wird. Eine halbjährliche Unter-
suchung ist deshalb erforderlich. Dabei soll die letzte
ärztliche Untersuchung vor Sport- und Spielfesten nicht
länger als vier Wochen zurückliegen.

Bei der Besprechung der Schadensklasse ist es von be-
sonderer Wichtigkeit, die Zusammensetzung der Mann-
schaft bei den einzelnen Spielen zu beachten. Eine MdE
von mindestens 25 % muß vorliegen. Hierbei wurde be-
sonders auf die Schriftenreihe des BVS, Heft 4, „Grund-
lage des Versehrtensports“ und Heft 6 „Regeln für
Spiele der Versehrten“ hingewiesen. Die Bewertung
von sportlichen Leistungen bei Körperschäden soll nach
der Mehrkampfwertung von LORENZEN/MARTEN er-
folgen (Ringbuch 1967, Verlag „Der Versehrtensportler“,
Düsseldorf).

In den ärztlichen Untersuchungsbogen, die beim Arzt
verbleiben, sollen die Ergebnisse der Untersuchungen

bei den Versehrtensportlern genauestens eingetragen
und auch gewisse Besonderheiten vermerkt werden. Er
ist praktisch als Krankengeschichte des Versehrten-
sportlers zu betrachten.

Im Rahmen der Diskussion kam man auch nochmals
auf die Frage der sportlichen Betätigung von hirnver-
letzten Versehrten mit Anfallsbereitschaft zu sprechen.
Hierbei wurde einhellig die Auffassung vertreten, daß
solche Versehrte nicht in den Übungsbetrieb der VSV
oder VSG gehören, sondern daß sie besser in vertrauten
Arzthänden und heilgymnastischen Behandlungen auf-
gehoben sind. Auf alle Fälle sollten Hirnverletzte, auch
wenn sie keine Anfälle haben, niemals Wettkämpfe
durchführen, da durch die erhöhte Stress-Situation
eventuell doch ein Anfall ausgelöst werden kann.

Auch beim Jugendsport mit versehrten Jugendlichen
werden in kleineren Übungsgruppen leibeserzieherische
Maßnahmen mit Erfolg durchgeführt. Auch hier müssen
oft Heilgymnastinnen hinzugezogen werden. In Heft 6
des BVS „Versehrtensport mit Jugendlichen“ sind die
Grundlagen, die man dabei beachten muß, zusammen-
gefaßt. Neue Mitglieder sollten erst grundsätzlich zum
Arzt, um ihre Einsatzmöglichkeit bei den einzelnen
Sportarten zu prüfen und etwaige Gesundheitsschäden
schon von vornherein festzustellen. Gut ist es auch,
wenn man Interessenten erst einmal beim Sportbetrieb
zuschauen läßt, um ihnen einen Eindruck über die
sportlichen Möglichkeiten, die der Versehrte ausüben
kann, zu geben.

Der Landesgeschäftsführer Hans REINDEL berichtete
dann noch über Verwaltungsfragen für den Sportarzt.
Der Arzt muß alle seine Leistungen über seinen ört-
lichen VSV oder VSG bei der Geschäftsstelle in München
einreichen. Diese werden alle viertel Jahre beim
Landesversorgungsamt München abgerechnet; bei Un-
fallversehrten, die berufsgenossenschaftlich betreut
werden, ist eine Abrechnung jedes halbe Jahr zu stellen.
Meistens wird jedoch die Abrechnung durch den Ver-
einsvorsitzenden bzw. dessen Rechnungsführer ge-
tätigt.

In der abschließenden Diskussion wurde herausgestellt,
daß nicht nur — wie allgemein üblich — bei der Aus-
übung des Sportes weder geraucht noch Alkohol ge-
trunken werden darf, sondern daß dieses auch beim
Sportkegeln zu unterlassen ist.

Nach Dankesworten an die Heimleitung ging wieder
einmal ein Wochenendkurs für Versehrtensportärzte zu
Ende, der viel Neues gebracht, aber auch weniger Be-
achtetes wieder in Erinnerung gerufen hat.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. J. Plietz, Facharzt für
Innere Krankheiten, 8710 Kitzingen, Marktstraße 21

Behandlung und Transport von Vergiftungsfällen

Die toxikologische Abteilung im Klinikum r. d. Isar
hat mitgeteilt, daß ihre Räume modernisiert und er-
weitert würden.

Diese Baumaßnahmen erfordern mindestens 6 Monate,
vielleicht auch 1 Jahr.

Die Klinik bittet daher um Verständnis dafür, daß in
dieser Zeit nicht wahllos jeder Vergiftungsfall aufge-
nommen werden kann, sondern nur schwere oder dia-
gnostisch unklare Fälle und nur nach vorheriger tele-
fonischer Rücksprache (Telefon 44 77 - 211) seitens des
einweisenden Arztes.



Binotal[®] tötet Bakterien

1. im Blut

wichtig bei Sepsis und Endokarditis.

2. im Gewebe

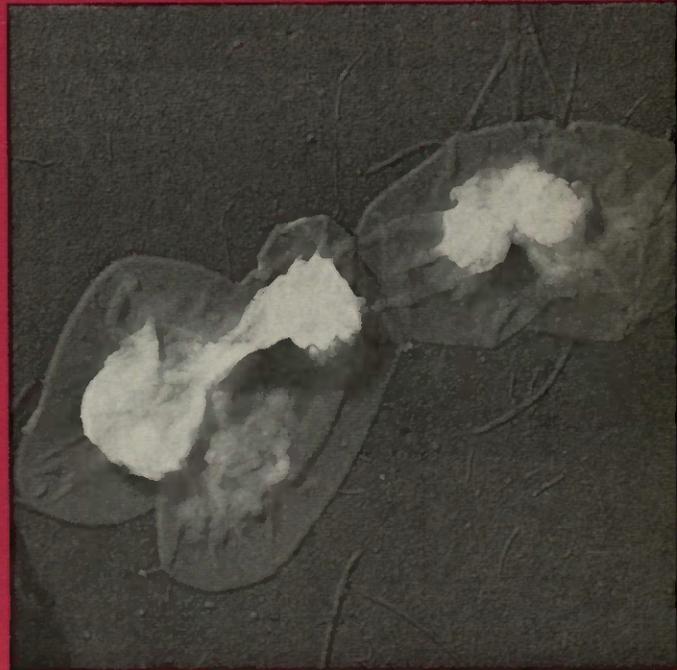
*wichtig z.B. bei Pyelonephritis,
Prostatitis, Cholangitis, Bronchitis, Pneumonie.*

3. im Hohlraum

wichtig bei Infektionen der Harn- und Gallenwege.

*Binotal tötet Bakterien.
Unabhängig von
unspezifischen Abwehr-
mechanismen des Körpers.*

*Gerade darauf kommt es an-
im Normalfall, im Problemfall,
bei Kreislaufgefährdung,
älteren Menschen, Kindern,
Frischoperierten, Nieren-
schaden, Leberschädigung -
Denn Binotal belastet nicht.*



Kapseln zu 0,25 g (Binotal pro infantibus)
Tabletten zu 0,5 g (Binotal 500)
Saft mit 3,0 g / 60 ml
Flaschen pro inj. zu 0,5 g; 1,0 g; 2,0 g; 5,0 g
D- α -Amino-benzylpenicillin

*Nutzen Sie den „triziden
Effekt“ von Binotal*

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bubenreuth: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um die Wiederbesetzung der seit längerer Zeit vakanten zweiten Kassenarztstelle für einen Praktischen Arzt. Für die ärztliche Versorgung der annähernd 3500 Einwohner zählenden Gemeinde Bubenreuth steht derzeit nur eine Ärztin zur Verfügung. Die Gemeinde wird einem eventuellen Interessenten bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen größtmögliche Unterstützung zukommen lassen.

Dürrwangen: 1 Allgemeinpraktiker

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 erbitten.

Markt Erlbach, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemeinpraktiker

Nürnberg, Ortsteil Langwasser: 1 Allgemeinpraktiker

In der aufstrebenden sogenannten Trabantenstadt Nürnberg-Langwasser herrscht ein Mangel an Praktischen Ärzten.

Wohn- und Praxisräume stehen nach Angaben der mit der Durchführung der Planung und dem Bau beauftragten Firmen zur Verfügung bzw. werden in den noch zu errichtenden Neubauten eingeplant.

Weidenbach-Triesdorf, Lkr. Fenchtwangen: 1 Allgemeinpraktiker

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

Wendeinstein, 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

Hauzenberg, Lkr. Wegscheid (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Hauzenberg, nahe bei Passau gelegen, umfaßt ein Einzugsgebiet von rund 9000 Einwohnern. Durch den Tod eines Allgemeinpraktikers im Februar 1969 stehen für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung derzeit nur 3 Kassenärzte zur Verfügung, von denen 2 aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihre Praxis in vollem Umfang auszuüben. Die Gemeinde ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich. Hauzenberg besitzt eine neue Realschule.

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

Die Industriegemeinde Frauenau umfaßt ein Einzugsgebiet von etwa 4000 Einwohnern. Der einzige in Frauenau tätige Allgemeinpraktiker hat eine umfangreiche Kassenpraxis und ist nicht in der Lage, die durch den Tod eines Praktikers verwaiste Kassenpraxis mit zu versorgen. Die Gemeinde Frauenau ist bereit, geeignete Wohn- und Praxisräume zu vermitteln.

Passau: 1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Die Stadt Passau hat etwa 32 000 Einwohner. Zwei weitere Fachärzte für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe sind zur Kassenpraxis zugelassen.

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.

Oberbayern

Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Langengelsing, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Nandlstadt, Lkr. Freising: 1 Allgemeinpraktiker

Bisheriger Alleinarzt ist am 15. November 1968 verstorben

Töging, Lkr. Altötting: 1 Allgemeinpraktiker

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

Oberfranken

Bad Steben, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker

Bayreuth: 1 Facharzt für Laboratoriumsdiagnostik (Alleinarzt)

Coburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Enchenreuth, Lkr. Stadtsteinach: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

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

Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker

Lenpoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Neustadt, Lkr. Coburg:

1 Facharzt für Augenkrankheiten (Alleinarzt)

Schauenstein, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Untersiema, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker

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

Oberpfalz

Burglengenfeld: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Cham: 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker

Hahnbach: 1 Allgemeinpraktiker

Doppeleffekt



NICOPLECTAL greift gleichzeitig arteriell und venös an und nutzt deshalb die Vasodilatation durch Nikotinsäure besser aus. Denn die Venentonisierung mobilisiert mehr Blut für die erweiterten Arterien.

Und auf der anderen Seite bekämpft NICOPLECTAL auch die venösen Komplikationen peripherer Durchblutungsstörungen, weil es zugleich venentonisierend, ödemhemmend und antiphlogistisch wirkt.



- Immenreuth:** 1 Allgemeinpraktiker
Maxhütte-Haidhof-Leonberg—Teublitz (Ortsteil Teublitz): 1 Allgemeinpraktiker
Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker
Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Plößberg: 1 Allgemeinpraktiker
Pressath: 1 Allgemeinpraktiker
Regensburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten
Roding: 2 Allgemeinpraktiker
Schwandorf: 1 Allgemeinpraktiker
 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker
Vohenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker
Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker
Waldthurn: 1 Allgemeinpraktiker
Weiden (Ortsteil Nord): 1 Allgemeinpraktiker
Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
- Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz —, 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu richten.

Schwaben

- Fellbeim, Lkr. Memmingen:** 1 Allgemeinpraktiker
 Einzelarztsitz, gut fundierte Landpraxis. Praxisinhaber gibt aus Altersgründen am 1. 7. 1969 die Praxis auf. Haus kann durch Kauf oder auf Rentenbasis erworben werden. Alle Mittelschulen sind in Memmingen (11 km) durch Bus- und Bahnverbindung erreichbar.
- Günzburg:** 1 Facharzt für Augenkrankheiten
 Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.
- Königsbrunn, Lkr. Schwabmünchen:** 1 Allgemeinpraktiker
 Zusätzlicher Arztsitz zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung.
- Markt Wald, Lkr. Mindelheim:** 1 Allgemeinpraktiker
 Praxisaufgabe steht bevor.
- Zusmarshausen, Lkr. Augsburg:** 1 Allgemeinpraktiker
 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. Meirichstadt:** 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.
- Hösbach, Lkr. Aschaffenburg:** 1 Allgemeinpraktiker
 Praxis- und Wohnräume können zur Verfügung gestellt werden.
- Rottenberg, Lkr. Alzenau:** 1 Allgemeinpraktiker
- Wildflecken/Rhön:** 1 Allgemeinpraktiker
- Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Unterfranken —, 8700 Würzburg, Hofstraße 5, zu richten.

Film:

Probleme der intravenösen Narkoseeinleitung

Die Abteilung für wissenschaftliche Dokumentarfilme der Farbenfabriken BAYER hat seinen ca. 50. Film einer sehr jungen Disziplin der Medizin, nämlich der Anästhesiologie, gewidmet.

„Probleme der intravenösen Narkoseeinleitung“ ist der Titel des am 22. Januar 1969 im Bayer-Haus, München, uraufgeführten Films. Als verantwortliche Autoren zeichnen: Privatdozent Dr. DOENNICKE, Leiter der Anästhesieabteilung der Chirurgischen Poliklinik der Universität München, Professor Dr. PFLÜGER, Frankfurt, Professor Dr. ZINDLER, Düsseldorf, Dr. M. JOHNSTEN, Manchester, Dr. B. BRAUSER, München, Professor Dr. Th. BUCHER, München, Privatdozent Dr. J. KUGLER, München, Privatdozent Dr. H. KURZ, München, Dr. W. LORENZ, München, und Professor Dr. E. WERLE, München.

Ein einleitender Vortrag von Professor Dr. OEHMIG, Marburg, „Der Trend in der Anästhesiologie“ gab einen medizinhistorischen Rückblick auf die Entwicklung der Narkosetechnik, angefangen von der Zeit, in der der Famulus mehr oder minder schnell, je nach Temperament, Äther auf die Maske tropfte, bis zum technisch vollkommenen Vorbereitungsraum und dem heutigen Kontrollturm des Anästhesisten mit verwirrend vielen Skalen, sich bewegenden Nadeln und chromblitzenden Knöpfen. Er stellte heraus, daß es nicht nur wichtig ist, mittels dieser Apparaturen, die Veränderungen bzw. den jeweiligen Trend der Atmung, des Blutdrucks usw. festzustellen, sondern aus diesen Feststellungen auch die richtigen Konsequenzen zu ziehen. Im Trend zur heutigen Steuerbarkeit der Narkose besprach er die Barbiturate, die Narkotika (im engeren Sinne), die Muskelrelaxantien und die Analgetika.

Der zur Uraufführung gelangende Film wies auf die Inhalationsnarkose ohne besondere Einleitung mit ausgeprägtem Exzitationsstadium hin, zeigte die Verbesserung durch Einleitung mit Barbituraten. Die Nachteile dieser Präparatengruppe, nämlich Atemdepression, Störung des Stoffwechselgleichgewichtes, Tachykardien und andere Herzrhythmusstörungen wurden in klinischen Experimenten an freiwilligen Versuchspersonen demonstriert.

Die EEG-Verlaufskurven zeigten eine tiefe Narkose von 10—15 Minuten, sowie eine anschließende subnarkotische Phase, ein sogenanntes „hang over“, das durch Zwischenprodukte beim Abbau der Barbiturate bedingt ist. Der Abbau selbst erfolgt in der Leber und bedeutet somit für dieses Organ eine zusätzliche Belastung. Der aus diesen Nebenwirkungen bzw. Belastungen sich ergebende Wunsch nach einem barbitursäurefreien Narkotikum führte zur Entwicklung des Propanidid (generic name), Handelsname „Epontol“. Bei gleicher Versuchsanordnung zeigte die Messung des Atemvolumens hier eine Hyperventilationsphase, die von kurzer Atemdepression gefolgt sein kann. Direkt mit der Hyperventilationsphase setzt bereits die Narkose ein. Bei den Herz- und Kreislaufbeobachtungen wird nach anfänglicher Sinustachykardie eine Stabilisierung der Herzaktivität beobachtet, die Blutdruckwerte bleiben unverändert. Auch das EEG zeigt die sofort einsetzende Narkose, die jedoch nur bis zu 5 Minuten vorhält (ohne Weiterführung durch ein anderes Narkotikum) und kein „hang over“ registriert.

Der Film zeigt weiter die gute Gefäßwandverträglichkeit des Präparates und die Technik der Injektion, bei der die Injektionsgeschwindigkeit von 20—25 Sekunden für 250 mg einer 5%igen Lösung wesentlich ist. Da Narkose wie Relaxation schnell eintreten und kein Nachstadium zu vermerken ist, scheint das Mittel für Kurzeingriffe, für Einleitungen anders weitergeführter Narkosen, z. B. Intubationsnarkose, sowie für geburts-hilfliche Zwecke gut geeignet zu sein.

Somit ist auch der Kreis derer abgesteckt, die dieser instruktive Film besonders interessieren wird: Chirurgen, operierende Fachärzte, wie Orthopäden, HNO-Ärzte, Urologen, Dermatologen, Gynäkologen, eventuell auch die Operationsschwester und die Hebamme, last not least natürlich die Anästhesisten selbst.

Dr. med. Thea Müller-Kamerhais, München

Paul-Martini-Preis

Zum Gedächtnis an den Wissenschaftler und Arzt, Professor Dr. Paul Martini, und in Würdigung seiner besonderen Verdienste um die Förderung der klinisch-therapeutischen Forschung stiftet die Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V. im Verein mit der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik den Paul-Martini-Preis.

Der Preis soll die Entwicklung wissenschaftlicher Methoden zur Beurteilung klinisch-pharmakologischer und therapeutischer Maßnahmen fördern und der internationalen Zusammenarbeit auf diesem Gebiete dienen.

Der Preis in Höhe von DM 5000,— soll alljährlich für eine besonders wertvolle Arbeit zur Methodologie auf den Gebieten der Therapiebeurteilung oder der Klinischen Pharmakologie im Rahmen eines Preisausschreibens vergeben werden. Die Teilnahme an dem Preisausschreiben ist sowohl Einzelpersonen als auch Arbeitsgemeinschaften ohne Rücksicht auf ihre Nationalität gestattet. Es können bereits publizierte, aber auch noch nicht publizierte, jedoch in sich abgeschlossene Arbeiten eingereicht werden, die nicht älter als zwei Jahre sein dürfen. Die Arbeiten für den Preis des Jahres 1969 sind in deutscher oder englischer Sprache bis spätestens **30. Juni 1969** in sechs Exemplaren bei der Medizinisch Pharmazeutischen Studiengesellschaft e. V., 6000 Frankfurt, Freiherr-vom-Stein-Straße 18, einzureichen.

Jede Arbeit ist mit einem vom Verfasser gewählten Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. In einem zusätzlichen, verschlossenen Umschlag, der das Kennwort der Arbeit tragen muß, sind auf einem besonderen Bogen anzugeben: Vor- und Zuname, Geburtsdatum, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, berufliche Stellung und Tätigkeit sowie das Kennwort der Arbeit.

Über die Zuerkennung des Preises entscheidet eine Jury, für die sich folgende Wissenschaftler zur Verfügung gestellt haben: Professor Dr. BOCK, Tübingen, Professor Dr. GROSS, Heidelberg, Professor Dr. GROSSE-BROCKHOFF, Düsseldorf, Dozent Dr. KLUPP, Ingelheim, und Professor Dr. SCHNEIDER, Hannover.

Der Preis soll erstmalig am 13. Oktober 1969 auf der Eröffnungssitzung der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik in Freiburg verliehen werden.

Mitteilung der Gesellschaft von Freunden und Förderern der Universität München

Im Jahre 1968 konnte die Gesellschaft von Freunden und Förderern der Universität München (Münchener Universitätsgesellschaft) e. V. der von ihr betreuten Hochschule einen Gesamtbetrag von mehr als DM 500 000 zur Verfügung stellen.

Schwerpunkt der Förderung war die Medizinische Fakultät. Neben der alljährlichen Spende aus der Marie-Luise-Schneider-Stiftung für die Augenklinik, die 1968 über DM 80 000.— betrug und für wissenschaftliche und soziale Aufgaben Verwendung findet, konnte die Münchener Universitätsgesellschaft der Forschungsstelle für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin die Anschaffung zweier für die Forschungen auf dem Gebiete der neurophysiologischen Entwicklung des mehrfach behinderten Kindes wichtiger Geräte ermöglichen. Der Universitäts-Kinderklinik konnte ein Gerät für die Herzwiederbelebung und die Behandlung von Herzrhythmusstörungen finanziert werden, das eine große Hilfe für die Untersuchung und Behandlung von Kindern mit angeborenen Herzfehlern ist und die Forschungen auf diesem Gebiete sehr fördert. Neben der Urologischen Klinik, der die Installierung einer künstlichen Niere ermöglicht werden konnte, wurde besonders die Chirurgische Klinik durch Spenden aus der Wirtschaft und aus Stiftungen, auch von Einzelpersonen, unterstützt.

Die Münchener Universitätsgesellschaft ist der Auffassung, daß die Öffentlichkeit mehr als bisher über das Geschehen an den Hochschulen unterrichtet werden sollte. Um der Universität München die Möglichkeit zu geben, sich auf diesem Gebiete stärker zu betätigen, hat die Gessellschaft die Mittel zur Einrichtung einer Stelle für Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung gestellt, da im staatlichen Haushalt augenblicklich noch keine Mittel dafür vorgesehen sind. Es wird jedoch erwartet, daß hier schon 1969 eine Änderung erfolgt. Das Referat hat seine Arbeit bereits aufgenommen.

Am 29. November 1968 verstarb der I. Schatzmeister der Münchener Universitätsgesellschaft, Dr. Friedrich Wilhelm KÄRCHER, Vorstandsmitglied der Bayerischen Hypotheken- und Wechsel-Bank und Ehrensenator der Münchener Universität, der seit der Wiederaufnahme der Arbeit der Gesellschaft im Jahre 1948 in deren Vorstand tätig war. Nachfolger in seiner Funktion als I. Schatzmeister wurde Adolf WÄCHTER, ebenfalls Vorstandsmitglied der Bayerischen Hypotheken- und Wechsel-Bank, aus deren Reihen seit der Gründung der Universitätsgesellschaft im Jahre 1922 traditionsgemäß der I. Schatzmeister gewählt wurde.

23. bis 28. Juni 1969

Seminar in präventiver Kardiologie

Klinik Höhenried, Bernried (Starnberger See)

Chefarzt: Professor Dr. med. M. J. Halhuber

Teilnehmer: 25

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstr. 85, Tel. 08 11 / 36 11 21 (Apparat 26)

PERSONALIA

Professor Dr. Dr. G. Bodechtel 70 Jahre



Professor Dr. Dr. Gustav BODECHTEL, Ordinarius emeritus und Direktor der II. Medizinischen Klinik der Universität München, wurde am 17. 3. 1899 in Nürnberg geboren.

Schon in den vorklinischen Semestern promovierte Bodechtel am Zoologischen Institut der Universität Erlangen zum Doktor der Philosophie mit einer Arbeit: „Über die Entwicklung des Labyrinthes bei Wirbeltieren.“

Nach dem medizinischen Staatsexamen und der Promotion zum Dr. med. war Bodechtel fast drei Jahre lang wissenschaftlicher Assistent an der histo-pathologischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie und Neurologie in München unter der Leitung von W. Spielmeyer.

Mit einer Arbeit über Hirnveränderungen bei Herzkrankheiten habilitierte sich Bodechtel 1932 in Erlangen bei L. R. Müller.

Nach anregenden wissenschaftlichen und klinischen Jahren als Oberarzt bei H. Pette an der von Max Nonne gegründeten Neurologischen Klinik in Hamburg-Eppendorf ging Bodechtel als Chefarzt an das Städtische Krankenhaus Dortmund-Nord. 1940 wurde er als ordentlicher Professor auf den zweiten Lehrstuhl für Innere Medizin an die Medizinische Akademie Düsseldorf berufen. 1953 folgte Bodechtel einem Ruf als Nachfolger von Gustav von Bergmann nach München an die II. Medizinische Universitätsklinik.

16 Jahre lang wirkte er hier als temperamentvoller und hochgeschätzter Lehrer.

Zahlreiche bedeutende Publikationen geben Zeugnis von der außerordentlichen klinischen und neurologischen Erfahrung Bodechtels.

In Zusammenarbeit mit seinen Mitarbeitern erschien im G. Thieme-Verlag das Buch „Differentialdiagnose neurologischer Krankheitsbilder“. Dieses Buch gilt als Standardwerk und ist in zahlreiche Fremdsprachen übersetzt.

Bodechtel ist Ehrenmitglied der Société Française de Neurologie und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, deren Vorsitzender er im Jahre 1966 war.

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Bamberg als medizinisches Zentrum Oberfrankens und Bayerns im frühen 19. Jahrhundert

Medizinisch-chirurgische Schule — Irrenhaus — Kranken- und Versorgungshäuser

Von Michael Renner

(Fortsetzung)

Ordnung der Vorlesungen an der medizinisch-chirurgischen Schule zu Bamberg für das Sommer-Semester 1804¹⁸⁾:

Die Vorlesungen bey der Klinischen Schule nehmen den 9ten April ihren Anfang.

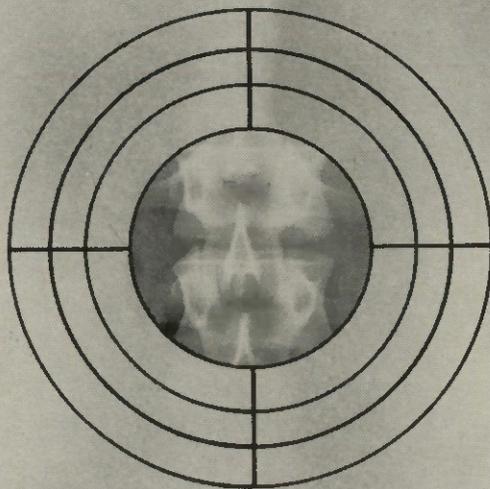
Erste Klasse der allgemeinen Wissenschaften

1. Methodik des allgemeinen Studiums.
Professor Frank nach Schellings Anleitung über die Methode des akademischen Studiums wöchentlich viermal, Montags, Mittwoch, Freytags und Sonnabends von 2 bis 3 Uhr.
2. Literaturgeschichte in Verbindung mit practischer Anweisung zur Bücher-Kenntniß in der Bibliothek.
Professor Frey, der jüngere nach Eschenburgs Handbuche der Wissenschaftskunde (Johann Joachim Eschenburg: Lehrbuch der Wissenschaftskunde, ein Grundriß encyclopädischer Vorlesungen. Berlin und Stettin 1792, Friedrich Nicolai). (SB München Enc. 67). Dienstags und Donnerstags von 8—9. Sonnabends von 9—10.
3. Logik.
Professor Nüßlein, d. ä. nach Schulzens Grundsätzen der allgemeinen Logik (Gottlob Ernst Schulze: Grundsätze der allgemeinen Logik, 4. Aufl. Göttingen 1822) (1. Aufl. 1802). (SB München Phil. sp. 770 ok). Montags, Mittwoch und Freytags von 9—10.
4. Reine und angewandte Mathematik.
Professor Köberlein nach Kiesewetter (J. G. C. Kiesewetter: Die ersten Anfangsgründe der reinen Mathematik zum Gebrauch für den Unterricht. 2. verb. Aufl. m. 11 Taf., Berlin 1804, C. Quien) (1. Aufl. 1799). (SB München Math. P. 253—1) und Prändel (Johann Georg Prändel, Algebra nebst ihrer litterarischen Geschichte. München 1795, Jos. Lentner) (SB München Math. P. 434), alle Tage von 9—10.

5. Seelenlehre.
Professor Nüßlein, der jüngere, nach eigenen Ansichten alle Tage von 8—9.
6. Allgemeine philosophische Anthropologie.
Professor Killan hält nach eigenen Ansichten seine Vorlesungen alle Freytage von 4—5.
7. Geschichte der Menschheit.
Professor Nüßlein, der jüngere, nach Heerders Ideen (Johann Gottfried Herder: Ideen zur Philosophie der Geschichte der Menschheit. 4 Bde., Riga u. Leipzig 1785—1792) alle Tage von 8—9.
8. Geschichte der philosophischen Systeme.
Professor Nüßlein, d. ä., nach Socher (Georg Socher: Grundriß der Geschichte der philosophischen Systeme von den Griechen bis auf Kant. München 1801, Joseph Lentner) (SB München Ph. U. 468), alle Freytage und Sonnabende von 2—3.
9. Transzendentaler Idealismus.
Professor Nüßlein, d. ä., nach Schelling, Montags, Mittwoch, Freytags und Sonnabends von 8—9.
10. Naturphilosophie.
Professor Frank nach Schellings Zeitschrift für spekulative Physik, II. Bd., II. Heft (Jena u. Leipzig 1800—1801; oder Neue Zeitschrift für spekulative Physik, Tübingen 1802), Montags, Dienstags, Mittwoch, Freytags und Sonnabends von 9—10.

Dolo-Arthrosetten[®]
plus **Arthrosenex[®]**

die zielsichere
Arthrosen-Therapie



Bei starken Schmerzen:

Dolo-Arthrosetten
plus Arthrosenex-Salbe

Zur Langzeit-Therapie:

Arthrosetten
plus Arthrosenex-Salbe



GEORG A. BRENNER ARZNEIMITTEL-FABRIK GMBH
7297 ALPIRSBACH/SCHWARZWALD

11. Philosophie der Geschichte des Universums.
Professor Kilian liest nach eigener Ordnung und Ansicht Montags, Dienstags, Donnerstags und Freytags von 7—8.
12. Encyclopädie der physikalischen Wissenschaften.
Professor Batz, der jüngere, wird nach eigenen Heften in freyen Stunden Privatvorlesungen halten.
13. Empirische Physik, im gegenwärtigen Sommer-Semester die Lehre vom Lichte, Wärme, Elektrizität, Galvanismus, Meteorologie, der Nämliche nach Schmidts Naturlehre (Carl Christian Erhard Schmid: Physiologie, philosophisch bearbeitet, Bd. 1—3, Jena 1798—1801, Akad. Buchhandlung) (SB München Anat. 386 m), theils nach eigenen Heften alle Tage von 8—9.
14. Physisch-mathematische Geographie und Astronomie.
Professor Batz, der jüngere, nach Bode (Johann Elert Bode: Anleitung zur Kenntniß des gestirnten Himmels. 7. verb. Aufl. Berlin 1801, Christian Friedr. Himgurg) (SB München Astr. U. 28—1). Derselbe, Kurzer Entwurf der astronomischen Wissenschaften. Berlin 1794, Christian Friedr. Himgurg (SB München Astr. U. 27). Derselbe, Anleitung zur allgemeinen Kenntniß der Erdkugel. 2. verb. Aufl. Berlin 1803, Himgurg (SB München Phys. sp. 82), Dienstags, Donnerstags und Sonnabends von 2—3.
15. Mineralogie.
Professor Wunder nach Lenz (Johann Georg Lenz: Mineralogisches Handbuch, durch weitere Ausführung des Wernerschen Systems geliefert. Hildburghausen 1791, Joh. Gottfried Hanisch) (SB München Lith. 267), Dienstags und Donnerstags von 7—8.

Zweyte Klasse der besonderen Wissenschaften

A. Theoretischer Theil der medizinischen Klinik

1. Anatomie.
Professor Walther wird bey seiner Zurückkunft aus Frankreich, welche am Ende des Aprils erfolgt, sowohl diese, als seine übrigen Vorlesungen besonders anzeigen und Tag und Stunde bestimmen.
2. Anweisung zu zweckmäslg anatomischen und pathologischen Untersuchungen bey gerichtlichen Leichenöffnungen.
Professor Gotthard, der jüngere, an noch zu bestimmenden Tagen und Stunden.
3. Medizinische Botanik.
Professor Gotthard, der jüngere, wird mit vorzüglicher Rücksicht auf Bambergs reichhaltige Flora in ärztlicher und ökonomischer Hinsicht Vorlesungen halten.
4. Allgemeine Chemie.
Professor Rumpf, nach Scherers Grundriße (Alexander Nicolaus Scherer: Grundriß der Chemie. Für akad. Vorlesungen entworfen. Tübingen 1800, Cotta) (SB München Chem. 272 ch), Montags und Donnerstags von 3—4.
Pharmazie.
Derselbe nach Hagen (Carl Gottfried Hagen¹⁹: Lehrbuch der Apothekerkunst. 3. Ausgabe, Königsberg und Leipzig 1786) (SB München Mat. med. 418), Dienstags und Freytags in noch zu bestimmenden Stunden.
Medizinische Waarenkunde.
Derselbe, Mittwoch und Freytags in anzugebenden Stunden.
Polizeiliche und gerichtliche Chemie.
Derselbe, nach Remers Handbuche (Wilhelm Hermann Remer²⁰: Lehrbuch der polizeilich-gerichtlichen Chemie. 2 Bde., 1803), wöchentlich an noch zu bestimmenden Tagen und Stunden.
5. Vergleichende Physiologie.
Professor Kilian, nach den seinem Entwurfe eines System der gesammten Medizin zu Grunde liegenden Ideen, Montags, Dienstags, Donnerstags und Freytags von 9—10.
6. Allgemeine Nosologie und Therapie.
Professor Kilian, nach eigenen Ansichten wöchentlich viermal, Montags, Dienstags, Donnerstags und Freytags von 8—9.
7. Arzneimittell-Lehre.
Professor Dorn wird täglich von 3—4 Uhr, nach eigenen Ansichten, Vorlesungen halten.
8. Spezielle Therapie.
Director Marcus, nach naturphilosophischen Ansichten wöchentlich viermal an noch zu bestimmenden Stunden.
9. Kranken-Examen.
Director Marcus Mittwoch und Sonnabends von 11—12.
10. Allgemeines Disputatorium.
Professor Kilian, wöchentlich einmal in einer noch zu bestimmenden Stunde.
11. Chirurgie.
Professor Walther wird über die gesammte Chirurgie, im Sommer-Semester über ihre theoretischen und im Winter-Semester über ihre practischen Theile, Vorlesungen halten.
12. Entbindungskunst.
Professor Rösch nach Frorieps Handbuche, Weimar 1802 (Ludwig Friedrich Froriep²¹: Theoretisch-practisches Handbuch der Geburtshülfe, zum Gebrauche bey academischen Vorlesungen und für angehende Geburtshelfer. Mit 1 Taf., 466 S., Weimar 1802, Landes-Industrie-Comptoir) (SB München A. obst. 12 x), In noch zu bestimmenden Stunden.
13. Hebammenlehre.
Professor Gotthard, der ältere, nach Jägerschmid (Gustav Fr. Jägerschmid: Unterricht für die Hebammen in den Badenschen Ländern. 2 Teile [2. Teil von Chr. Ludwig Schweickhard], Karlsruhe 1775/76, Macklott), täglich von 11—12, und Nachmittags von 3—4.
14. Staats-Arzneikunde.
Professor Dorn, nach Schmidtmüllers Handbuche der Staats-Arzneikunde, Landshut 1804 (Johann A. Schmidtmüller²²: Handbuch der Staatsarzneikunde zu Vorlesungen und zum Gebrauche für Bezirksärzte, Polizei- und Justizbeamte, Landshut 1804, Philipp Krüll, 342 S.) (SB München Pol. civ. 136), Montags, Dienstags und Freytags von 4—5.
15. Lehre über die Nekrose.
Professor Gotthard, der ältere, nach Weidmann (Johann Peter Weidmann²³: De Neerosi Ossium. Frankfurt am Main 1793. 60 S., 15 Kupfertafeln) (SB München Chir. 44), mit Hinweisung auf seine auserlesenen Knochen-Sammlungen in dem eigens dazu eingerichteten Knochen-Cabinete.
16. Lehre über die Augen-Krankheiten.
Professor Walther wird damit den technischen Unterricht in dem Augeninstitute verbinden.
17. Verband-Lehre.
Professor Rösch nach Bernsteins sistematischer Darstellung des chirurgischen Verbands älterer und neuerer Zeiten. Jena 1798 (Johann Gottlob Bernstein²⁴: Systematische Darstellung des chirurgischen Verbands, sowol älterer als neuerer Zeiten. Jena 1798, 544 S.) (SB München Chir. 23), viermal wöchentlich, Montags, Dienstags, Donnerstags und Freytags von 2—3.
18. Instrumenten-Lehre.
Professor Rösch wird dieselbe nach eigenen Heften Mittwoch und Sonnabends von 2—3 Uhr vortragen.

B. Practischer Theil der medizinischen Klinik

1. Operative Chirurgie.
Professor Walther wird chirurgische Operationen an Leichnamen in dem anatomischen Theater vornehmen.
2. Klinisches Practicum.
Professor Kilian, Mittwochs und Sonnabends früh von 9—10.
3. Medizinische Klinik.
Director Marcus, täglich von 10—12 Uhr in dem allgemeinen Krankenhause und in den üblichen öffentlichen Kranken-Anstalten.
4. Chirurgische Klinik.
Professor Walther, täglich von 8—10 Uhr in dem allgemeinen Krankenhause.
5. Entbindungs-Klinik.
Professor Gotthard, der ältere, in der Entbindungs-Anstalt.

Die Deutsche Universität in Prag

Die letzten 100 Jahre ihrer Medizinischen Fakultät

von Dr. Walther Koerting

ist nun als Bd. 11 erschienen. 301 Seiten, 33 Abbildungen broschirt.

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

6. Veterinär-Medizin.

Professor Gotthard, der jüngere, über Thierarzneykunde in einer noch zu bestimmenden Stunde; auch wird er über die Seuchen und Krankheiten des Haushaltungsviehes mit Rücksicht auf die dahin einschlagenden Kunstschnitte und über die Mängel der Viehgewährschäfts-Verordnungen (sogenannte Viehmandate) Unterricht erteilen.

Darstellung der medizinisch-chirurgischen Schule und der übrigen öffentlichen Anstalten, welche mit derselben in Verbindung gesetzt wurden²⁵).

Die hiesige klinische Anstalt wurde nach dem höchsten Rescripte vorschriftsmäßig eingerichtet. Es war darin die Weisung erteilt bey der Organisation dieser Anstalten auf den früher abverlangten und überreichten Plan des Directors der Medizinalanstalten Dr. Marcus vordersamst Rücksicht zu nehmen. Nach diesem vorgelegten Entwurfe fand sich, daß es die Tendenz der Bambergisch-klinischen Schule sey, die vaterländischen Ärzte technisch, die Wundärzte und Hebammen aber theoretisch und technisch auszubilden. Für den medizinisch-klinischen Unterricht wurden zwey Lehrer in Vorschlag gebracht, einer für den theoretischen, der andere für den praktischen Theil der Klinik. Zur Bildung der Hebammen und Wundärzte bestimmte man drey Lehrer, einen für die Zergliederungskunst, den zweyten für die Entbindungskunst, den dritten für den theoretischen und den technischen Unterricht in der eigentlichen Chirurgie. Der Besoldungs-Etat für die gesammten Lehrer der medizinisch-chirurgischen Schule wurde auf 4000 f. gesetzt, so daß einem jeden Lehrer 700—1000 f. bestimmt werden könnten. Gegenwärtig wurde die provisorische Einrichtung so getroffen, daß die Summe aller Gehalte nur 3200 f. betrage, wovon

400 f. dem Director Marcus,
800 f. dem Professor Killan,
400 f. dem Professor Dorn,
800 f. dem Professor Gotthard dem jüngern,
400 f. dem Professor Walther,
200 f. dem Professor Gotthard dem älteren,
200 f. dem Professor Roesch bestimmt wurden.

Die größere Anzahl der hier bemerkten Lehrer als Marcus, Dorn, die beyden Gotthard und Roesch waren schon vormahls bey der medizinischen Facultät mit Gehalt angestellt. Diese Lehrer erhielten folgende Bestimmung:

1. Marcus wurde zum Director der medizinisch-chirurgischen Schule und Lehrer der eigentlichen Klinik um so mehr bestimmt, da er seit 15 Jahren diese Stelle in dem allgemeinen Krankenhause, woselbst

er zugleich als dirigirender Arzt angestellt ist, vertritt. Er lehrt den technischen oder praktischen Theil der Klinik durch unmittelbare Anweisung am Bette der Kranken, und diese Anleitung erstreckt sich nicht allein über die Kranken in dem allgemeinen Krankenhause, sondern auch über jene in der Entbindungs-Anstalt, in dem Hospital für die Unheilbaren, in der Irrenanstalt und in dem allgemeinen Versorgungshause.

2. Kilian ist für den Unterricht in dem theoretischen Theil der Klinik sowohl für Ärzte, als Wundärzte angewiesen, und dieser Unterricht erstreckt sich unter anderen über die Methode und Kunst, Kranke zu examiniren, Krankheits-Geschichten zu entwerfen, Resultate daraus zu ziehen, überhaupt über die Konstruktion und Rekonstruktion, den nothwendigen Verlauf und Progression, das Steigen und Fallen, die Ab- und Zunahme der Krankheiten. Dieser für den praktischen Arzt so äußerst wichtige Unterricht wird auf der hohen Schule gewöhnlich übersehen und kann auch nur in einer klinischen ganz vollkommen eingerichteten Anstalt mit Nutzen erteilt werden.
3. Walther, der zugleich die Oberwundärzten-Stelle in dem allgemeinen Krankenhause vertritt, ist als Lehrer der theoretischen und praktischen Wundärzneykunst bestimmt. Dieser Unterricht kann nur in öffentlichen Anstalten durch eine Reihe von Jahren gedeihen und ohne denselben an Ort und Stelle würde das Fürstenthum Bamberg ganz auf brauchbare Wundärzte verzichten müssen. Von diesem Unterrichte aber auch abgesehen ist ein ganz ausgebildeter operativer Wundarzt für das allgemeine Krankenhause und die volkreiche Stadt Bamberg ein Bedürfnis. Da das Fürstenthum Bamberg, besonders die milden Stiftungen daselbst, auf die Ausbildung des Professors Walther nicht unbedeutende Summen verwendet, so wäre es wenigstens sehr empfindlich, ihn ohne dringende Nothwendigkeit und ohne Ersatz an einem anderen Ort zu verwenden.
4. Gotthard der jüngere für die Zergliederungskunst, in welcher Eigenschaft er schon vorher bey der medizinischen Fakultät mit einem Gehalt von 500 f. angestellt war. Daß Anatomie eine der ersten Bedingungen bey einer Schule zur Bildung für Wundärzte sey, bedarf wohl der Erinnerung nicht. Dem Arzt genügt es wohl, den anatomischen Kurs in einem Jahr zu beendigen, der Wundarzt aber erfodert zwey und auch drey Kurse, wenn er jemals auch nur eine minder wichtige Operation mit Sicherheit unternehmen will. Der Vorzug der französischen und gegenwärtig auch der preußischen Wundärzte gründet sich vorzüglich darauf, daß sie ausgezeichnete Anatomen sind. Diese Ausbildung erhalten sie auf dem anatomischen Theater in Berlin und nicht auf der hohen Schule, wo es gewöhnlich an Leichnamen fehlt und wo die Kandidaten der Heilkunde den Wundärzten den Vorrang ablaufen, da sie gewöhnlich vermögender sind und sich mehr geltend zu machen wissen. Ohne vollkommene anatomische Anstalt ist eine chirurgische Schule nicht denkbar, und die Errichtung eines anatomischen Theaters, da das jetzige in dem Zuchthaus-Gebäude weggeschafft werden muß, ist gegenwärtig ein Bedürfnis, dem dadurch abgeholfen werden könnte, wenn das sogenannte Seelhaus dazu verwendet werden dürfte.

5. Gotthard der ältere war schon vorher Hebammen-Lehrer mit einem Gehalte von 200 f. Die Nothwendigkeit dieses Lehrfaches ist zu sprechend, als daß sie einer besonderen Empfehlung bedürfte, da die Anzahl der zu unterrichtenden Hebammen für das Fürstenthum Bamberg sehr beträchtlich und eine eigene Gebäh-Anstalt für eine so volkreiche Stadt und Land auch in polizeylicher Hinsicht unentbehrlich ist.
6. Dorn, ihm ist das Lehrfach der medizinischen Polizey angewiesen, welche für gebildete Wundärzte bey Zentfällen und bey Scheintodten sehr wichtig. Auch er war schon vorher bey der medizinischen Fakultät mit Gehalt angestellt.
7. Roesch wurde der Unterricht in der Bandagenlehre und der Entbindungskunst für die Wundärzte zugetheilt, da der Gotthardische Unterricht für die Hebammen für jene zu langweilig und niedrig ist.

Nur die Localverhältnisse, daß die vorher bestandene medizinische Fakultät aufgelöst und in eine medizinisch-chirurgische Schule übergieng, veranlaßte die größere Anzahl der Lehrer und ihre Verbindung mit einem ziemlich ausgebreiteten Lyzaeum und konnte vielleicht den Schein veranlassen, als wollte man die hiesige klinische Schule zu etwas höheren erheben und ausdehnen, als was sie eigentlich seyn sollte. Es existiert gewieß nirgends eine klinische Anstalt, welche mit einem so geringen, fast unbedeutenden Aufwande so viele Vortheile gewährt als eben diese Schule. Das nämliche Verhältnis tritt auch bey unseren öffentlichen, mit dieser Schule in Verbindung gesetzten Anstalten ein. Sie sind nach der höchsten Anordnung ganz im Geiste einer liberalen Regierung mit Benutzung der Localitaeten und mit einer weisen Sparsamkeit eingerichtet und nähern sich täglich ihrer Vollendung. Wenn Seine Churfürstliche Durchlaucht noch einigen, die im Werden begriffen sind, die höchste Sanction ertheilen, so wird hler, wenn gleich nicht ganz im Großen, doch in Verhältnis zu unserer Population bald vollendet seyn, was man anderswo kaum idealisch für möglich hielt. Ewig denkwürdig wird es bleiben, daß der Geist der thatenvollen Regierung Maximilian Josephs in einem Jahre vollbrachte, was die verflossene Zeit nicht in mehreren Decennien vermochte.

Bey dem Antritt der Regierung Seiner Churfürstlichen Durchlaucht besaß Bamberg nur eine vollendete Anstalt, das Denkmahl des wohlthätigen Franz Ludwigs, das allgemeine Krankenhaus. Aber auch dieses kämpfte mit der Noth, es war kaum dem nahen Schiffbruch entgangen, es war ein Kind der Liebe und lebte zum Theil von der Providenz. Ein unvergeßliches Wort Seiner Churfürstlichen Durchlaucht und diese Zuflucht der Leidenden war begründet und gesichert für jede Zukunft. Die Thränen der Dankbarkeit, welche so reichlich in diesem Hause fließen, sind die schönsten Perlen in der Krone eines wohlthätigen Vaters des Vaterlandes.

Außer dem allgemeinen Krankenhause besaß die hiesige Stadt ein Pfründner-Hospital²⁸⁾. So gut und reich die Stiftung war, so zweckwidrig und elend war die Verfassung und innere Einrichtung dieses Hauses. Bey achtzig Pfründer und Pfründnerinnen lebten in einem in seinem Innern der prächtigen Außenseite nicht entsprechenden finsternen, unfreundlichen Gebäude eng und schmutzig beysamen. Sie erhielten zwar ein reichliches

Wochengeld, mußten aber für ihre Verköstigung, Bekleidung und Verpflegung überhaupt sorgen. Sie kochten in sieben gemeinschaftlichen Küchen, eine jede ihre eigene Speisen, ihre Wohnzimmer waren Speisekammern, wo die alten Leute oft wochenlang ihre gekochten Speisen aufbewahrten. Zank und Streit, Unreinlichkeit und Gesetzlosigkeit waren hier an der Tagesordnung. Die Verwalter wohnten in dem nämlichen Hause in eigentlichen Appartements und hatten ganze Enfiladen von Zimmern.

Diese Pfründner wurden von einigen 70 auf 90 vermehrt in die Abtey Michelsberg versetzt, in einen der schönsten Gebäude in ganz Franken. Nie ist ein Gebäude vielleicht noch zweckmäßiger und herrlicher benützt worden als dieses. Die Lage ist äußerst reizend, doch wegen ihrer Höhe und Entfernung für keinen Privatgebrauch zu verwenden. Dieses Gebäude, die Zierde unserer Stadt und der ganzen Gegend, wäre ohne dieser Verwendung wahrscheinlich bald eine traurige Ruine geworden. Die Pfründner werden jetzt, obgleich mit großer Ökonomie, doch sehr köstlich verpflegt, sie wohnen in abgesonderten, sehr schönen, geräumigen Zimmern, schlafen im Winter warm, wo sie vorher, Greise von 70, 80, 90 Jahren, in kalten, feuchten Behältern zubringen mußten. Mit einem offenbaren Gewinn für das Aerarium, da das verlassene Hospital wegen seiner bequemen Lage gut verkauft werden kann, entstand das schönste, wohleingerichtete allgemeine Versorgungshaus in ganz Deutschland.

Dieser Tausch verschaffte Bamberg bey der Wegschaffung einer alten Kirche²⁷⁾, einen der schönsten Marktplätze, woran es bishero fehlte, die Com(m)unikation mit einer vorher ganz abgeschnittenen Vorstadt und einen herrlichen Kanal, der außerdem nicht unter 16 000 f. würde haben erbauet werden können. Es ist nicht übertrieben, wenn man die Verschönerung der inneren Stadt von dem Augenblick datirt, wo die Idee gefaßt und ausgeführt wurde, das Pfründner Hospital auf den Michaelsberg zu verlegen. So wie in den meisten älteren Städten Deutschlands, bestanden auch hier sogenannte Siech- und Pesthöfe²⁸⁾. Sie trugen sämtlich das Gepräge ihres Jahrhunderts, sie hatten sich längst überlebt und waren mehr Häuser des Jammers und des Elends als Zufluchtsorte für die leidende Menschheit. Der traurige und zweckwidrige Zustand dieser Häuser war den vorausgegangenen Regierungen zwar nicht unbekannt geblieben, inzwischen ließ die hierarchische Verfassung doch Jahrhunderte vorübergehen, ohne auch eine denkwürdige Verbesserung darin vorzunehmen. Die Häuser hatten eine zweckwidrige Bauart, waren äußerst entlegen, der Arzt kam äußerst selten, der Wundarzt nur, wenn er verlangt wurde, dahin. Die Anzahl der Verwalter und Pfleger war Legion, die Kranken mußten sich selbst verköstigen, kleiden und dergleichen mehr. Da das Aufseesische Seminariums-Gebäude²⁹⁾, welches nach der vorgenommenen besseren Organisation dieser Stiftung außerdem zu nichts zu gebrauchen und wahrscheinlich auch eine Ruine geworden wäre, in ein Hospital für Unheilbare umgeschaffen wurde, so verlegte man die Kranken aus jenen Häusern hieher. Jene Häuser wurden veräußert, und von dem Kaufschilling ward die Auslage zum Theil für Anschaffung der Betten und die innere Einrichtung dieses neuen Hospitals bestritten.

Auch diese Anstalt, welche fünfzig Kranke aus der Stadt und dem platten Lande zu fassen vermag, wo-

NERVO-OPT

NERVO-OPT

NERVO-OPT®

Verschreibungspflichtig!

Zusammensetzung:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg (1,2 %),
Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg (0,1 %),
Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb.,
Adonid., Calc. gluconic., Kal. bromat.,
Aminophenazon. pro Dragee (Saft)

NERVO · OPT - Saft

NERVO · OPT - Dragees

OP zu 200 ccm

OP zu 50 Dragees

**beruhigt
die Nerven
und bringt
erquickenden
Schlaf**

DR. BRAUN & HERBERG · BAD SCHWARTAU



von die Hälfte aus dem Fond der Stiftung erhalten wird, macht den gerechten Anspruch, ihren übrigen Schwestern in keinem Stück nachzustehen.

Einer weiteren gnädigsten Verfügung gemäß wurde das vormahlige Fürstbischöfliche Waschhaus und die Hünermästerey in eine Entbindungs-Anstalt umgewandelt. Dieses Haus stößt unmittelbar an das allgemeine Krankenhaus an, genießt also die nämliche freundliche Lage und faßt 24 Schwangere und eben so viele Wöchnerin(n)en. Die unentgeltliche Aufnahm dieser sehr oft äußerst unglücklichen, hilflosen Geschöpfe sollte 12 Schwangern und eben so viel Wöchnerin(n)en zu gleicher Zeit gestattet seyn. Der übrige Raum ist für Personen bestimmt, welche für ihre eigene Rechnung einen solchen Zufluchtsort suchen. Die jährliche Unterhaltungskosten dieser Anstalt sind auf 2000—3000 f. angeschlagen worden und sind mit in dem Etat für das Lyzeum und die medizinisch-chirurgische Schule in Ansatz gebracht worden. Es hat sich inzwischen noch eine andere Quelle für diese Anstalt eröffnet, von der weiterhin Erwähnung geschehen soll.

Bamberg fehlte es bis daher gänzlich an einer Irren-Anstalt, und die Unglücklichen, welche in dem traurigen Zustand einen Zufluchtsort dieser Art bedurften, wurden in Gefängnisse, Frohnfestungen wie Missethäter eingesperrt.

In dem größeren Seiner Churfürstlichen Durchlaucht... vorgelegten Plane für die Errichtung der sämtlichen öffentlichen Verpflegungs-Anstalten in den fränkischen Fürstenthümern wurde schon damals die ehemalige Probstei St. Getreu zu einem Hospital für Gemüths-Kranke in Vorschlag gebracht. Das Haus liegt ganz abgesondert auf der höchsten Anhöhe dieser Stadt, ist mit einem Garten und großen Hof umgeben, welche beyde eine Mauer umschließt. Das Haus wurde im verflossenen Jahrhundert von einem Abte erbauet, der die Regel des Heiligen Benedikts in ihrer Reinheit wieder herstellen wollte. Er wurde von seinen Mitbrüdern verfolgt und mußte sich in die Schweiz flüchten, woselbst er auch starb. Dieses Haus ist daher auch nicht ausgebaut und sowohl wegen seiner Entfernung, Höhe und Mangel an hinlänglichem Wasser zu nichts sonst zu verwenden. Als Irren-Anstalt wird es sowohl wegen Exposition und Umgebungen einen bedeutenden Rang unter Anstalten dieser Art behaupten. Zur Einrichtung und Unterhaltung dieser unentbehrlichen Anstalt schlug man folgende... Vorschläge und Wege ein.

1. Das Haus auszubauen und zu einer Irren-Anstalt zu adaptiren suchte man die Baumaterialien zu verwenden, welche vormahls der Abtey Michelsberg gehörten. Die Bauunkosten aber sollten von den sämtlichen milden Stiftungen beygeschossen werden. Die Mobilien zur inneren Einrichtung könnten aus dem aufgehobenen Karmeliten-Kloster mit Vortheile zu entnehmen seyn.
2. Die Unterhaltungs-Kosten dürften auf zwey Wege beygeschafft werden:
 - a) Wenn die Gemüths Kranken Geistlichen, welche sich auf dem platten Lande in einem sehr ungünstigen Zustande ohne ärztliche Aufsicht befinden, hieher gebracht werden und die nämliche Summe von 600 f. für sie entrichtet wird, welche sie auch jetzt aus der dazu bestehenden Stiftung kosten.

b) Wenn für einen jeden aufgenommenen Gemüths-kranken ein mäßiges Kostgeld von ungefähr 2 f. wochentlich entrichtet wird. Dieses Kostgeld erlegen entweder die Familien oder die Gemeinden, woher diese Gemüths-kranken der Anstalt übergeben werden.

c) Außer diesen müßte die Staats-Kassa und die milden Stiftungen jährlich die mässige Summe von 600 f. Beyschuß leisten.

Hievon könnte die Anstalt so lange fortgeführt werden, bis sich ein eigener Fond für dieselbe ausmitteln liess. Einen Weg dazu hat man wirklich schon einzuschlagen gesucht, da man den Kirchhof und eine Sepultur zu Grabstätte für diejenigen bestimmte, welche sich und den Ihrigen ungestörte, eingemauerte Grabmahle mit oder ohne Denkmahle errichten lassen wollen. Da die übrigen Kirchhöfe dazu noch nicht eingerichtet sind, so verspricht man sich von dieser Unternehmung einen Gewinn für die Anstalt, wie das Beyspiel auch schon bewiesen hat. Vorerst ist es schon ein grosser Gewinn für den Staat, einen Platz zu haben, wo die unglücklichen Gemüths-kranken in sichere und ihrem Zustand angemessene Verwahrung gebracht werden können.

Es befanden sich allhier auch ein armes-Kinderhaus und ein Waisenhaus³⁹⁾, das erstere führte den Namen in der That, die Kinder waren so armseelig, daß es ihnen an den nothwendigsten Lebensbedürfnissen, an Nahrung und Kleidern fehlte. Diese Kinder waren ein Anblick des Jammers und litten fast durchaus an Skrofeln und Beinfraß. Die Kinder des Waisenhauses wurden zwar gut gepflegt, da der Stiftungsfond nicht unbeträchtlich ist. Inzwischen herrschten in diesem Hause und unter diesen Kindern, deren Anzahl 27 war, alle die Fehler, Gebrechen und Sünden, woran Anstalten dieser Art gewöhnlich leiden. Unter den Vorstehern herrschte Zwietracht und Verfolgung. Die Kinder, welche bis in das 15te Jahr in dieser Anstalt blieben, wurden nicht gut behandelt. Die Verwaltung, Cantoren und Dienstleute kosteten mehr als die Unterhaltung der Kinder selbst, welche alle Leichenzüge begleiten mußten und fast täglich den schönsten Theil des Tages mit diesen Zügen zubrachten. Sogar mußten sie bey den Verstorbenen, bis vor einiger Zeit auch während der Nacht, ein ununterbrochenes lauthes Gebeth unterhalten. Diese Kinder, lauter Buben, sahen bey einer ziemlich guten Kost dennoch sehr bleich aus, da auch sie an der Jugendpest, der Onanie, litten. Diese Anstalt ist nach den Grundsätzen der Regierung und nach dem schönen Beyspiel des Münchner Waisenhauses umgeschaffen worden. Die Kinder sind theils bey ihren Aeltern, theils aber bey Handwerkern untergebracht worden. Obgleich diese Zieh- und Unterstützungs-Gelder äußerst reichlich zu 50, 60 bis 70 Gulden jährlich ausfielen, so bleibt dennoch, da die eigene Oekonomie und die Unterhaltung der Lehrer wegfällt, ein nicht unbeträchtlicher Überschuß zur weiteren Verwendung übrig. Wird in der Folge die nämliche Summe wie jetzt auf diese Waisenkinder verwendet, so können statt 27 sehr gut 40 unterhalten werden. Diese 40 Waisen sollen nach dem Sinne der Stifter aus den Einwohnern dieser Stadt entnommen werden. Der Überschuß dürfte aber am zweckmäßigsten zur Unterhaltung und Unterstützung der unglücklichen Kinder der Liebe verwendet werden, welche in der neuen Entbindungs Anstalt einige Zeit verpflegt werden müssen. Diese un-

glücklichen Geschöpfe wurden bis dahin in der Stadt und auf dem Lande, ohne alle Aufsicht, Menschen übergeben, welche einen Nahrungszweig daraus machten und sie dem gewissen Tode überlieferten, so daß, wie die Kirchenlisten beweisen, von Dreyßig kaum Eines davon kamm.

Kann einigen gutdenkenden, wohlgezogenen Frauen in der Stadt und auf dem Lande eine Unterstützung aus dem Fond des Kinderhauses gereicht werden, so können diese Kinder unter der Aufsicht der Polizey zweckmäßig ernährt und erzogen werden. Der Staat erhebt sich dadurch einer großen Verantwortlichkeit und sorgt für eine gesunde Bevölkerung. Doch wir behalten uns vor, Seiner Churfürstlichen Durchlaucht nächstens einen ausführlicheren Bericht und Plan über diesen Gegenstand... vorzulegen.

Zu der beabsichtigten Verbesserung der hiesigen öffentlichen Anstalten gehört auch die bessere Verwendung der hiesigen sogenannten Schwesterhäuser³¹⁾, und zwar zu einem Krankenwärterinnen-Institut, worüber die höchste Bestätigung vor kurzem eingetroffen ist.

Um keine Forderung, welche die leidende Menschheit an uns machen könnte, unerfüllt zu lassen, sind wir nach der höchsten Weisung damit beschäftigt, das hiesige Zucht-, Verbesserungs- und Arbeitshaus in einen solchen Stand zu setzen, daß es mit den übrigen öffentlichen hiesigen Anstalten wie ein vollendetes Kunstwerk ein schönes Ganze ausmache.

Ein begründetes und ganz vollendetes Krankenhaus, ein prachtvolles aligemeines Versorgungshaus, ein eingerichtetes Hospital für Unheilbare, eine schöne Entbindungs-Anstalt in Verbindung mit einem nach diätetischen Grundsätzen eingerichteten Kinderhause, ein freundlicher Zufluchtsort für unglückliche Gemüths-kranke, reine, gesunde, wohl eingerichtete Gefängnisse nach dem Geiste einer milderen Gesetzgebung, ein Krankenwärterinnen-Institut, woran es hier, so wie

fast an allen Orten, noch gänzlich fehlte: Diese sind die vollbrachten Werke eines für die Annalen dieser Stadt unvergeßlichen Regierung Jahres eines so wohlthätigen Regentens. Wenn Seiner Churfürstlichen Durchlaucht einst in diese Stadt treten, so prangen diese wohlthätigen Denkmahle Ihrer erhabenen Menschenliebe schöner wie alle künstlich erbaute Triumpf-Bögen und sichern Höchstedenenselben das wärmste Dankgefühl der Gegenwart so wie der Zukunft.

Bamberg den 23 ten Junius 1804

Marcus D(octo)r.

Anmerkungen

- ¹⁹⁾ Beigebunden der in Anm. 3 genannten Schrift. Für Namen und Daten der Professoren der Philos. Fakultät vgl. Anm. 10, BHVB 44, 1881, 606.
- ²⁰⁾ Wie Anm. 5, Bd. 3, 1931, 13. Lebte von 1749—1829 als Hofapotheker, Prof. der Medizin, dann der Physik und Naturgeschichte in Königsberg/Preußen.
- ²¹⁾ Wie Anm. 5, Bd. 4, 1932, 765. Remer (1775—1850) wirkte u. a. als Prof. der Medizin und Direktor der ambulator. Klinik in Helmstedt, dann in Königsberg und Breslau.
- ²²⁾ Wie Anm. 5, Bd. 2, 1930, 634—635. Froriep (1779—1847) war Prof. der Geburtshilfe in Halle, dann Direktor des Medizinalwesens im Großherzogtum S.-Weimar.
- ²³⁾ Wie Anm. 5, Bd. 5, 1934, 101. Lebte 1776—1809, Prof. f. Geburtshilfe und Staatsarzneikunde in Landshut.
- ²⁴⁾ Wie Anm. 5, Bd. 5, 1934, 879—880. Lebte 1751—1819, Prof. der Chirurgie und Geburtshilfe und Direktor der Entbindungsanstalt Mainz.
- ²⁵⁾ Wie Anm. 5, Bd. 1, 1929, 494—495. Lebte 1747—1835, zuerst wandernder Barbieregehilfe, von 1816—20 Prof. in Berlin.
- ²⁶⁾ HStAM MInn 61998 fol. 29—38.
- ²⁷⁾ Das Katharinenhospital, gegr. nach der Mitte des 13. Jahrhunderts. Vgl. Nikolaus Haas, Geschichte der Pfarrei St. Martin zu Bamberg und sämtlicher milden Stiftungen der Stadt, Bamberg 1845, 355—437 und HStAM MInn 53176 Katharinenhospital Bamberg.
- ²⁸⁾ Abbruch der gotischen Pfarrkirche St. Martin 1804, Abb. bei Haas a. a. O.
- ²⁹⁾ Der Unser-Lieben-Frauen-Siechhof, gegr. vor 1366, das St.-Martha-Seehaus, gegr. 1373, der St.-Antonien-Siechhof auf dem Kaulberg, gegr. vor 1430, das Aegidienspital, gegr. von Bischof Otto dem Heiligen (1102—1139); vgl. HAAS a. a. O. 457—489.
- ³⁰⁾ Gegr. von Domkapitular Jobst Bernhard von Aufseß († 1738), 1739 als Seminar für arme Knaben, wiedererrichtet 1829, vgl. HAAS a. a. O. 549—554.
- ³¹⁾ Armes-Kinderhaus auf dem Kaulberg, erneuert von Fürstbischof Philipp Valentin Voit von Rieneck 1672, stellte eine Einheit dar mit dem auf mehreren reichen Stiftungen im 18. Jh. beruhenden Waisenhaus. Vgl. HAAS a. a. O. 504—513, und HStAM MInn 53833 Waisenhaus Bamberg 1804—1854.
- ³²⁾ Über die 5 Schwesternhäuser vgl. HAAS a. a. O. 490—504.

(Fortsetzung folgt)

AUS DER LANDESPOLITIK

Auszug aus der Haushaltsrede des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und soziale Fürsorge

In seiner Haushaltsrede am 29. Januar 1969 vor dem Bayerischen Landtag befaßte sich der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herr Dr. Fritz PIRKL, auch mit gesundheitspolitischen Fragen und führte dazu u. a. folgendes aus:

Oftmals im Blickpunkt der Öffentlichkeit steht der Jugendarbeitsschutz. Ich möchte diese Gelegenheit benutzen, mich mit Nachdruck zum Gedanken des modernen Jugendarbeitsschutzes zu bekennen und zu einer strikten Einhaltung der Bestimmungen unseres Jugendarbeitsschutzgesetzes. 1961, bei seinem Inkrafttreten, stellte dieses Gesetz die Arbeitgeber und auch die Gewerbeaufsicht vor nicht unerhebliche Probleme. Die Zahl der festgestellten Verstöße geht Indessen Jahr für Jahr spürbar zurück. Das betrifft auch die ärztlichen Untersuchungen der Jugendlichen, und zwar sowohl was die Erst- als auch was die Nachuntersuchungen anbetrifft. Freilich haben wir hier noch nicht den Stand erreicht, den ich mir wünsche,

und der durch die Arbeit der Gewerbeaufsichtsbeamten konsequent angestrebt wird. Es handelt sich hierbei aber durchaus nicht um einen speziell bayerischen Rückstand. Wie die Statistik zeigt, sind in anderen Ländern der Bundesrepublik die gleichen Schwierigkeiten vorhanden.

Seit Jahren wird mit Recht gefordert, daß die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen ausgewertet werden und die daraus gewonnenen Erkenntnisse unserer Gesundheitspolitik zugute kommen.

In vertrauensvoller Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer hat mein Ministerium erreicht, daß diese Auswertung seit Beginn dieses Jahres — selbstverständlich anonym — läuft. Der Freistaat Bayern ist das erste Land der Bundesrepublik, das diesen Schritt getan hat. Ich hoffe, Ihnen noch im Laufe dieses Jahres ein erstes Auswertungsergebnis vorlegen zu können.

Noch ein Wort zur „Kinderarbeit“. Wenn in der letzten Zeit zu diesem Thema in der Presse sensationelle Überschriften, wie etwa „Kinderarbeit wie vor hundert Jahren“, erschienen, so darf ich Ihnen versichern, daß dies keinesfalls zutrifft. Bei rund 300 000 Kindern im Alter von 12 bis 14 Jahren wurden in Jahresfrist nur 144 Verstöße festgestellt. Daß die Gewerbeaufsicht solchen Fällen größtes Augenmerk schenkt, ist selbstverständlich. Ein Vergleich mit der Zeit vor hundert Jahren kann aber nur derjenige für geboten halten, der weder über die Verhältnisse der damaligen noch unserer Zeit unterrichtet ist.

Was schließlich den Frauenarbeiterschutz anbetrifft, so kann ich vor allem feststellen, daß es der Gewerbeaufsicht gelungen ist, den Umfang der Nachtarbeit in tragbaren Grenzen zu halten. Dies gilt insbesondere für die Beschäftigung zur Nachtzeit im Rahmen eines Drei-Schichten-Betriebes. In diesem Zusammenhang möchte ich nur noch ein aktuelles Beispiel aus der stetigen und vielfältigen Entwicklung auch des Frauenarbeitsschutzes vortragen:

Wie Ihnen bekannt ist, wurden vor einigen Jahren nach eingehender Prüfung und unter den gebotenen Auflagen in München bereits Frauen als Führerinnen von Straßenbahnen zugelassen. Wie soll sich nun die Gewerbeaufsicht diesbezüglich bei der Aufnahme des U-Bahn-Betriebes in München verhalten? Manches spricht dafür, daß beim Führen von U-Bahn-Zügen z. B. die nervliche Belastung durch Wegfall des Straßenverkehrs, „getümmels“ geringer ist. Doch wird es notwendig sein, zunächst praktische Erfahrungen zu sammeln, bevor eine Zulassung von Frauen als U-Bahn-Führerinnen in Erwägung gezogen werden kann.

Sicherung des Menschen bei Krankheit und im Alter

Ich spreche von der Gründung der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin. Wie Sie sich vielleicht erinnern, hatte ich diese Maßnahme in meiner letzten Haushaltsrede bereits angekündigt. Als erstes Land der Bundesrepublik schuf der Freistaat Bayern inzwischen eine arbeits- und sozialmedizinische Begegnungsstätte von Wissenschaft und Praxis, die den Austausch von Erkenntnissen und Erfahrungen betreibt, zur Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft beiträgt, die praktische Anwendung der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Arbeitswelt fördert, die Durchführung von Forschungsaufgaben anregt und unterstützt sowie sich mit den besonderen Aufgaben der Medizin im System der sozialen Sicherung beschäftigt. Über Arbeitsergebnisse dieser neuen bayerischen Akademie kann ich Ihnen freilich im Augenblick noch nicht berichten, da diese sich erst im Anfangsstadium ihrer Tätigkeit befindet. Der Start war indessen schon insofern sehr erfreulich, als es zu einer vorzüglichen Besetzung der beiden Akademie-Organen, nämlich des Kuratoriums und des Präsidiums, kam. Es war mir eine Genugtuung, daß die vorschlagsberechtigten Stellen — u. a. Hochschulen, wissenschaftliche Gesellschaften, Ärzteorganisationen, Sozialpartner und Sozialversicherungsträger — durchwegs besonders qualifizierte Vertreter entsandt haben.

Erst in den letzten Tagen konstituierte sich das fünfköpfige Präsidium, dem die Leitung der Akademie obliegt. Wie Ihnen vielleicht bekannt ist, wählte das Präsidium einstimmig Herrn Professor SEWERING, den

Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, zu seinem Vorsitzenden, und Herrn Professor VALENTIN, Erlangen, den ersten und bisher einzigen Ordinarius für Arbeits- und Sozialmedizin in Bayern sowie Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, zu dessen Stellvertreter. Professor Sewering hat sich bei der Einrichtung der seit Jahren laufenden „Münchener Kurse für Arbeits- und Sozialmedizin“ — die in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer veranstaltet werden und in die Akademie eingebracht wurden — sowie bei der Schaffung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ für entsprechend weitergebildete Ärzte große Verdienste erworben. Professor Valentin war uns bei den jahrelangen Vorbereitungen der Akademiegründung stets ein engagierter und wertvoller Berater. Ich setze in die Arbeit der Akademie hohe Erwartungen. Wenn es gelingt, daß sich alle in den Organen vertretenen Ärzte und Sozialpolitiker tatkräftig für die Bewältigung der der Akademie gestellten weitgespannten Aufgaben einsetzen, kann der Erfolg nicht ausbleiben.

Sicherung des Menschen bei Krankheit — der große Anteil der zu meinem Geschäftsbereich gehörenden oder von meinem Ministerium beaufsichtigten Institutionen an der Gesundheitspolitik legt meinem Hause eine hohe Verantwortung auf.

Zunächst gibt es keinen Zweifel, daß Gesundheitspolitik abseits der Sozialversicherung heutzutage nur mehr in kleinen Teilbereichen möglich ist. Ich brauche hier nur etwa auf die über 9000 Kassenärzte und fast 5000 Kassenzahnärzte in Bayern hinzuweisen, die durch die mir übertragene Aufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung meinem Hause eng verbunden sind und das eigentliche Rückgrat der gesundheitlichen Sicherung in unserem Lande darstellen.

Abgesehen davon, ist aber auch die unmittelbare ärztliche Tätigkeit, die sich innerhalb meines Ressorts vollzieht, umfangreicher und intensiver, als oftmals angenommen wird. Ich denke hier an die vier Versorgungskrankenhäuser mit über 1500 Betten und die drei Versorgungskuranstalten mit über 400 Betten, die im vergangenen Jahr über 600 000 Pflagetage abgerechnet haben. Ich denke ferner an die 28 Sanatorien mit über 5000 Betten, die von bayerischen Sozialversicherungsträgern in unserem Land unterhalten werden. Nimmt man Sozialversicherung, Kriegspopferversorgung und Arbeitsmedizin zusammen, so sind in meinem Bereich insgesamt etwa 750 Ärzte hauptberuflich tätig. Hinter dieser Zahl steckt ein beachtlicher praktischer Beitrag zur Gesundheit der bayerischen Bevölkerung. Damit sind für mich — um einen anderen Aspekt anzudeuten — freilich auch ständige personalpolitische Sorgen verbunden. Denn es ist auf kaum einem anderen Aufgabengebiet, in dem akademische Vorbildung benötigt wird, so schwierig, qualifizierte Leute mit einem Beamtengehalt anzuwerben.

Ein Thema, das gerade in den letzten Tagen viel in der Öffentlichkeit diskutiert wurde, ist die Krebsvorsorge bei Frauen. Hier kann ich Erfreuliches berichten.

Nachdem sich mein Ministerium in diesbezügliche Meinungsverschiedenheiten zwischen der Ortskrankenkasse Lindau und ärztlichen Landesorganisationen erfolgreich

Ein Trumpf in Ihrer Hand ist **tonolift[®]-retard**



20 Dragees DM 4,60
50 Dragees DM 9,80

Efeka · Friedrich & Kaufmann · Arzneimittelfabrik · Hannover

als Vermittler eingeschaltet hatte, ist es nunmehr gelungen, eine grundsätzliche Übereinkunft zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung in Bayern in dieser Frage herbeizuführen. Noch im Laufe dieses Jahres wird es allen selbst sozialversicherten oder als Familienangehörige mitversicherten Frauen ab 30 möglich sein, sich einmal jährlich von einem Gynäkologen oder einem in diesen Untersuchungen bewanderten anderen Arzt rein vorsorglich auf Krebs untersuchen zu lassen, wobei die Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen getragen werden. Ich glaube, daß mit dieser Entscheidung, die noch in keinem anderen Land der Bundesrepublik getroffen wurde, ein bedeutungsvoller gesundheitspolitischer Fortschritt erzielt wurde. Daran ändert nichts, daß rein praktisch die Inanspruchnahme dieser Vorsorgeuntersuchungen erst im Laufe dieses Jahres möglich sein wird. Auch muß sich noch herausstellen, inwieweit die derzeitige Kapazität der Stellen, welche die zytologischen Abstriche auswerten können, dem zu erwartenden umfangreichen Arbeitsanfall gewachsen ist. In diesem Zusammenhang

darf ich darauf hinweisen, daß dem Hohen Hause ein Antrag vorliegt, die Staatsregierung zu ersuchen, die Errichtung von Lehrstühlen für klinische Zytologie unter besonderer Berücksichtigung der Krebsfrüherkennung an den bayerischen Medizinischen Fakultäten zu fördern, dem nunmehr erhöhte Bedeutung zukommt.

Von der gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern ist zu berichten, daß nach Überwindung der Rezession — wie zu erwarten war — sowohl die Beitragssätze als auch der Krankenstand wieder anstiegen. So betrug der durchschnittliche Beitragsatz der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern im Oktober 1968 9,81% des beitragspflichtigen Arbeitseinkommens gegenüber 9,68% im Dezember 1967. Der durchschnittliche Krankenstand der gesetzlichen Kassen in Bayern belief sich im Oktober 1968 auf 4,74% gegenüber 4,46% im gleichen Vorjahreszeitpunkt.

Immerhin darf ich darauf hinweisen, daß wir mit den Beitragssätzen in Bayern nach wie vor unter dem Bundesdurchschnitt liegen.

Auszug aus der Haushaltsrede des Bayerischen Staatsministers des Innern

In seiner Haushaltsrede am 11. März 1969 vor dem Bayerischen Landtag befaßte sich der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dr. Bruno MERK, auch mit gesundheitspolitischen Fragen und führte dazu u. a. folgendes aus:

Unsere gesundheitspolitischen Bemühungen werden sich in den nächsten Jahren noch mehr als bisher auf die Gebiete der Gesundheitsvor- und -fürsorge, der Krankenhausversorgung, der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und schließlich der Umwelthygiene konzentrieren. Hier geht es um grundlegende Entscheidungen, die über das spezifisch Gesundheitspolitische hinaus allgemeine gesellschaftspolitische Auswirkungen haben. Die Bestrebungen des Bundes, gerade in diesen Bereichen neue und umfassende Gesetzgebungskompetenzen zu begründen, zeigen die Bedeutung, die ihnen beizumessen ist. Ich kann mir in diesem Zusammenhang ersparen, im einzelnen und in aller Breite auf diese Grundgesetzänderungen einzugehen, zumal über sie in diesem Hohen Hause schon wiederholt eingehend diskutiert worden ist. Einige Anmerkungen seien mir aber gestattet.

Ich habe die neuen Bundeskompetenzen nicht aus engstirnigem Föderalismus abgelehnt. Der Gesetzentwurf zur Änderung des Grundgesetzes, der vom grünen Tisch her präsentiert und dann zum Teil in das Paket der Finanzreform mit aufgenommen worden ist, kann leider nicht überzeugen, weil eine Klärung der Sachfragen versäumt worden ist. Weder die Begründung zu diesem Entwurf noch die Erläuterungen, die die Frau Bundesgesundheitsminister nachträglich in ihren zahlreichen Reden und Vorträgen dazu gemacht hat, geben befriedigende Auskunft über die Ziele, die erreicht werden sollen. Sie lassen weder die Tendenz, geschweige denn den näheren Inhalt der Gesetze erkennen, mit denen der Bund die neuen Kompetenzen ausfüllen will. Die

eigentlichen Schwierigkeiten beginnen beim Detail, nämlich bei der Frage, welche Möglichkeiten zur Verfügung stehen, wie man sich ihre Finanzierung und Durchführung vorstellt. Es wird übersehen, daß uns eine Grundgesetzänderung allein der Lösung dieser Probleme keinen Schritt näherbringt.

Wir brauchen keine Kompetenzänderungen, sondern vor allem Geld. Ausmaß und Umfang der Bemühungen um die Reinhaltung der Gewässer und der Luft und die Lärmbekämpfung werden ebenso von finanziellen und technischen Möglichkeiten und von wissenschaftlichen Erkenntnissen bestimmt wie etwa die Fortentwicklung und Intensivierung der Gesundheitsvorsorge. Bei Modellversuchen hat sich erwiesen, daß Vorsorgeuntersuchungen mit einer allgemeinen Durchuntersuchung von Erwachsenen gleichsam vom Kopf bis zum Fuß, wie die Autos beim TÜV, auf irgendwelche Krankheits Symptome praktisch sinnlos sind. Es kann daher nicht daran gedacht werden, zum Zwecke der Früherkennung Menschen, die sich gesund fühlen und mehr oder weniger beschwerdefrei sind, systematisch durchzuuntersuchen, um nach verborgenen Krankheiten zu fahnden. Ein so aufwendiges Verfahren scheitert schon an den hohen Kosten. Allein die Laboruntersuchungen bei dem sogenannten Mössinger Modell in Baden-Württemberg kosteten je Person etwa DM 200.—. Es muß vielmehr der Weg von „Filteruntersuchungen“ beschritten werden, deren eigentliches Ziel nicht schon die Diagnose, sondern die gezielte Fährtenuche ist.

Wer nun die Vorsorgeuntersuchungen durchführen und die dazu notwendigen Ausgaben leisten soll, das ist die zweite grundsätzliche Frage. Es geht um nichts weniger als die Rolle, die künftig dem öffentlichen Gesundheitsdienst einerseits und den freipraktizierenden Ärzten andererseits auf diesem Gebiete zukommen soll. Man

sollte hier nicht dogmatisch, sondern pragmatisch denken und handeln, um so mehr, als die Dinge noch im Fluß sind.

Ich habe schon wiederholt zum Ausdruck gebracht, daß ohne die Einschaltung der Ärzteschaft der Ausbau der Gesundheitsvorsorge zu einem System sinnvoll aufeinander abgestimmter Maßnahmen überhaupt nicht zu verwirklichen ist. Es wäre z. B. kaum sinnvoll, wenn die so wichtigen Vorsorgeuntersuchungen der Neugeborenen nicht gleich dort, wo die Kinder zur Welt kommen — nämlich zu 90% in Krankenhäusern — vorgenommen würden. Ähnliches gilt für die weiteren Untersuchungen der Säuglinge und der Kleinkinder, die jedenfalls nur in bestimmten Grenzen vom öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt werden können. Diese und andere Vorsorgeuntersuchungen gehören in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Zur entsprechenden Änderung und Ergänzung der Reichsversicherungsordnung — das kann man nicht klar und deutlich genug herausstellen — hat aber der Bund schon seit jeher die Kompetenz. Wenn man hier von Versäumnissen spricht, dann kann dieser Vorwurf nur den Bund, nicht aber die Länder treffen.

Der Bayerische Landtag und der öffentliche Gesundheitsdienst haben bewiesen, daß sie die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge für die Bevölkerung erkannt haben. Wenn Sie einen Blick in den Verwaltungsbericht, der meiner Haushaltsrede beiliegt, werfen, so finden Sie dort eine stattliche Liste der Leistungen, die der öffentliche Gesundheitsdienst auf diesem Gebiete erbringt. Ich nenne folgende Stichworte: Phenylketonurie, Rachitisprophylaxe, Hüftgelenkluxationen, Spastiker, Jugendzahnpflege, Seh-, Hör- und Sprachschäden, Diabetesaktion, Schutzimpfungen gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf und Poliomyelitis und andere mehr.

Die finanzielle Misere, in der die Krankenhäuser heute stärker denn je stecken, beruht nicht auf man-

gelnden Gesetzgebungsbefugnissen des Bundes. Sie ist im Gegenteil dadurch hervorgerufen, daß der Bund von seiner Zuständigkeit zur Änderung der Pflegesatzverordnung bislang keinen Gebrauch gemacht hat. Er bemüht sich um eine Gesetzgebungskompetenz, die es ihm offenbar ermöglichen soll, zur Entlastung der Krankenkassen auch andere Leistungspflichtige zu bestimmen. Aber auch hier hat der Bund seine Karten nicht offen auf den Tisch gelegt, sondern die Länder bisher im unklaren darüber gelassen, auf wessen Kosten die angestrebte Entlastung der Krankenkassen gehen soll. Alles deutet darauf hin, daß man die Länder oder die Gemeinden oder beide die Zeche zahlen lassen will. In vollkommenes Dunkel gehüllt ist dabei, in welchem Umfang die sogenannte „öffentliche Hand“ einspringen soll. Ich glaube, die Länder haben das gute Recht, das zu erfahren. Hier wären konkrete Zahlenangaben am Platze. Statt dessen hält man uns mit unbestimmten Begriffen, wie „Vorhaltekosten“ oder Aufwendungen für das „Funktionsfähighalten der Krankenhäuser“ hin. Ich darf hier noch einmal meine Auffassung zusammenfassen: Wir sind bereit, über eine Regelung zu diskutieren, die die reinen Investitionskosten einschließlich der Kosten für die Ersteinrichtung der Krankenhäuser von den sozialen Leistungsträgern nimmt. Auf keinen Fall können wir hinnehmen, daß die Pflicht der „öffentlichen Hand“ auf das „Funktionsfähighalten“ der Krankenhäuser ausgedehnt wird. Das würde mit einem Betrag von mindestens 10 bis 11 DM pro Bett und Tag anzusetzen sein. Wenn man davon ausgeht, daß die Krankenhausträger in Bayern rund 100 000 Betten für Akutkranke und Nervenranke bereithalten, ergäbe sich daraus eine Belastung von über 1 Million pro Tag, d. h. von rund 400 Millionen DM im Jahr. Erst wenn man sich diese Zahlen vor Augen führt, kann man ermessen, was sich hinter dem so vagen Begriff der „Vorhaltekosten“ verbirgt.

Aus der Beilage zur Haushaltsrede 1969/70

Gesundheitserziehung

Eine gezielte, intensive Aufklärung der Bevölkerung über wichtige gesundheitliche Fragen ist trotz vielfältiger Veröffentlichungen in Tageszeitungen und Illustrierten und zahlreicher Rundfunk- und Fernsehsendungen notwendig. In jedem Jahr werden Schwerpunkte gebildet. Es werden Vorträge und Unterrichtsstunden in den Schulen gehalten, und vor allem einschlägige Merkblätter verteilt.

Allgemeine staatliche Gesundheitsverwaltung

Es bestehen 134 staatliche Gesundheitsämter mit sechs Nebenstellen. Der gerichtsärztliche Dienst wird von 21 Landgerichtsärzten wahrgenommen. Die unmittelbare Dienstaufsicht über die Gesundheitsämter und Landgerichtsärzte führen die Regierungen. Als dem Staatsministerium des Innern unmittelbar nachgeordnete Einrichtungen bestehen vier Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalten, fünf Staatliche Chemische Untersuchungsanstalten und die Bayerische Landesimpfanstalt.

Gesundheitsvor- und -fürsorge

Die Gesundheitsvorsorge bedeutet das Erkennen der Gefahren für die Gesundheit, der Ursachen für die Krankheit und deren Abwehr. Die Gesundheitsfürsorge will auf eine medizinische Wiederherstellung und Rehabilitation des gesundheitlich Geschädigten hinwirken.

1. Impfungen

Gesundheitsvorsorge umfaßt neben allen hygienischen Maßnahmen auch die Impfungen. Sie sind klassische

Beispiele dafür, wie Krankheiten verhütet werden können. Dazu muß aber die Ursache der Krankheit, deren Erreger, bekannt sein. Denn nur dann kann ein entsprechender Impfstoff entwickelt werden.

Poliomyelitis

Die wirksamste Maßnahme zur Bekämpfung der Kinderlähmung ist die Schluckimpfung. Bei den unentgeltlichen Impfungen (Schluckimpfstoff steht erst seit 1962 zur Verfügung) wurden bisher etwa 14 Millionen Dosen verabreicht, 80 bis 90% der Schulkinder verfügen über Impfschutz. Die Beteiligung der Säuglinge und Kleinkinder muß weiter gefördert werden. Jährlich finden Nachtermine der Schluckimpfung statt. Die Erkrankungen an Poliomyelitis sind von 460 Fällen im Jahr 1962 auf drei Fälle im Jahr 1967 und zwei Fälle im Jahr 1968 zurückgegangen. Keines der erkrankten Kinder war geimpft.

Diphtherie

Die staatlichen Gesundheitsämter führen seit 1964 unentgeltliche freiwillige Diphtherieschutzimpfungen durch. Dabei wird ein Impfstoff verwendet, der auch Schutz gegen Wundstarrkrampf gewährt.

Tetanus

Die Schutzimpfung gegen Wundstarrkrampf (Tetanusimpfung) dient dem Individualschutz und nicht der Seuchenbekämpfung. Sie ist aber das einzige Mittel, um die gefährliche Krankheit zu verhüten.

(Fortsetzung Seite 386)

Ronicol®

Klar

Hell

Weit

ite des Horizontes

rheit des Denkens und Fühlens

n alternden Menschen zu erhalten

vornehmstes Ziel der

erapie der Cerebralsklerose

Ronicol® retard

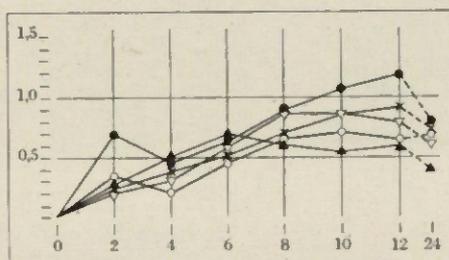
Scipio Africanus 235 bis 183 v. C.

Gleichmäßig intensive Wirkung über lange Zeit

ist ein wesentliches Merkmal der Therapie mit

Ronicol[®] retard

Tritiumgehalt des Blutplasmas nach Einnahme von je
1 Dragée Tritium-markiertem Ronicol retard bei 5 Probanden.



Ordinate:
Tritiumgehalt des Plasmas
ausgedrückt als µg T-Ronicol
(Tritium-markiertes β-Pyridyl-
carbinol-Tartrat) pro ml Plasma

Abszisse:
Stunden nach der Medikation

Raaffaub, J.: Med. Pharmakol. exp. 16, 393-98 (1967)

Durch Anstieg des Wirkstoffspiegels
während 12 Stunden verhütet

Ronicol retard therapiefreie Stunden

Ronicol retard

ein Depotpräparat besonderer Art

Ronicol retard

Dragées **150 mg**

Dosierung täglich: 2 x 1 bis 2 Dragées

in schweren Fällen:

allmählich Steigerung auf 3 x 2 Dragées

auf lange Zeit: 2 x 1 Dragée



Hoffmann-La Roche AG
7887 Grenzach

Pocken

Die gesetzliche Pockenschutzimpfung der Einjährigen und der Schüler im 12. Lebensjahr werden jährlich vorgenommen. Nur eine ausreichende Immunität der Bevölkerung bietet Schutz gegen die Ausbreitung der Pocken. Wie die Erfahrungen der letzten Jahre lehren, ist mit dem Einschleppen von Pocken zu rechnen (Ansbach 1961, Kulmbach 1965, Regensburg 1967). Der Impfstoff für die Pockenschutzimpfungen wird von der Bayerischen Landesimpfanstalt in München hergestellt.

Hepatitis infectiosa

Personen, vor allem Kindern, die in Gemeinschaftseinrichtungen oder Betriebsgemeinschaften durch übertragbare Gelbsucht gefährdet sind, wird die Möglichkeit geboten, sich durch unentgeltlich verabreichte Gamma-Globulin-Gaben wirksam vor Erkrankung zu schützen.

2. Werdende Mütter

Müttersterblichkeit

= an Komplikationen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett gestorbene Mütter auf 10 000 Lebendgeborene

1950	24,7	
1960	11,3	
1962	8,1	(143 Mütter)
1964	6,3	(116 Mütter)
1966	5,4	(98 Mütter)
1967	5,2	(92 Mütter)

Schwangerenvorsorgeuntersuchungen tragen dazu bei, die Müttersterblichkeit zu senken. Sie wirken sich auch günstig auf die Säuglingssterblichkeit aus.

Das Staatsministerium des Innern hat daher im Zusammenwirken mit der Bayerischen Landesärztekammer ab Juli 1964 blutgruppenserologische Untersuchungen veranlaßt, die als Rhesus-Aktion bekannt wurden. Die Kosten wurden gemeinsam vom Staat, den gesetzlichen Krankenkassen und den Bezirken als überörtliche Sozialhilfeträger getragen.

Ab 1. 1. 1966 wurden die Gesamtkosten für Schwangerenvorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Neuregelung des Mutterschutzgesetzes durch die Krankenkassen übernommen. Deshalb sind hierfür im Haushaltsplan keine Mittel mehr enthalten.

Merkblätter und Merkhefte für gesundes Verhalten während der Schwangerschaft werden ausgegeben.

3. Säuglinge

Säuglingsterblichkeit

Von 100 Lebendgeborenen starben im ersten Lebensjahr

1900	27,8	1960	3,6
1938	7,4	1966	2,6
1945	16,6	1967	2,4
1950	6,3		

Die Säuglingssterblichkeit ist deutlich zurückgegangen. Diese günstige Entwicklung soll weiter gefördert werden. Diesem Ziel dient die Beratung von Müttern und Säuglingen durch die Gesundheitsämter, die in Bayern auch heute noch rund 70% der Säuglinge erfaßt. Darauf kann vor allem auf dem Lande nicht verzichtet werden. Auf die Früherkennung von Behinderungen (z. B. Hüftgelenkluxationen), auf Stoffwechselstörungen in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, auf Spastiker und auf Störungen der Sinnesorgane wird u. a. besonders geachtet. Auch den Risikokindern, das sind alle Kinder, deren Geburt nicht normal verlaufen ist, wird besonderes Augenmerk zugewendet. Bei Verdacht auf einen Schaden wird die Mutter an den Haus- oder Facharzt verwiesen. Die Säuglingsberatungen dienen auch der Rachitisprophylaxe. Ihr ist es zu verdanken, daß ernsthafte rachitische Erkrankungen heute zu seltenen Vorkommnissen gehören.

Je mehr die Säuglingssterblichkeit abnimmt, desto mehr gewinnen angeborene, vorgeburtliche, schwer beeinflussbare Störungen an Bedeutung. Besondere Sorge gilt den Frühgeburten, die hohen Anteil an der Säuglingssterblichkeit stellen, und den angeborenen

Schäden, wie z. B. der Phenylketonurie, einer Stoffwechselstörung, die zwar nur 1 von 10 000 Neugeborenen betrifft, unerkannt und unbehandelt aber zum Schwachsinn führt.

Die Aktion zur Früherkennung der Phenylketonurie wird jetzt in ganz Bayern durchgeführt, und zwar durch unentgeltliche Blutuntersuchungen in den Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalten. Die Gesundheitsämter nehmen Urinproben bei den Säuglingsberatungen und Hausbesuchen der Fürsorgefrauen vor. 1967 wurden bei 19 300 Blutproben drei Fälle, 1968 bei 50 600 Blutproben fünf Fälle von Phenylketonurie entdeckt.

4. Kleinkinder

Die Untersuchung der Kleinkinder bietet eine un wiederbringliche Gelegenheit, Entwicklungsfehler oder -mängel aufzudecken und zu beheben. Es sind vor allem Hör- und Sprachbehinderungen, Sehstörungen, Störungen im Bereich des Bewegungsapparates und des Zentralnervensystems.

Ein Großteil dieser behinderten Kinder ist im Schulalter kaum mehr optimal zu versorgen. Früherkennung und anschließende Frühbehandlung im Vorschulalter sind daher dringend notwendig.

Die Gesundheitsämter wurden angewiesen, in Modellversuchen Untersuchungen in Kindergärten durchzuführen, wo etwa 25 bis 30% der Drei- bis Sechsjährigen zu erfassen sind.

Die Untersuchung der Schulanfänger wird allmählich in das Vorschulalter verlegt, um die Schulanfänger gleich in die für sie zweckmäßigste Schulgattung einzugliedern.

Bemühungen, heilpädagogische Beratungsstellen Sonderkindergärten, Tagesstätten zu schaffen, sind im Gange.

5. Jugendgesundheitspflege

Die Gesunderhaltung der Jugend ist ein wesentliches Anliegen des Staates. Bereits im Schulalter machen sich aber schädigende Einflüsse der Zivilisation bemerkbar. Das gilt besonders für die Haltungsschwächen und für den Gebißverfall. Neben den ärztlichen Untersuchungen sind daher die zahnärztlichen Untersuchungen wichtig. Die jugendzahnärztlichen Untersuchungen umfassen nunmehr alle Klassen der Volks- und Sonderschulen und die 3- bis 6jährigen Kinder. Soweit möglich, wird die Nachschau bei den ärztlichen Untersuchungen vorgenommen.

Im Schuljahr 1966/67 wurden in den Volks- und Berufsschulen 437 000 Schüler ärztlich, 1 171 000 Schüler zahnärztlich untersucht. Dazu kommen 315 000 zahnärztlich nachuntersuchte Schüler und 97 000 3- bis 6jährige Kinder.

Neben der Untersuchung ist Aufklärung wesentlich. Dem dienen Vorträge von Ärzten und Zahnärzten in den Schulen und bei Elternversammlungen.

6. Behinderte

Bei den Gesundheitsämtern sind 142 Beratungsstellen für Körperbehinderte eingerichtet.

Beratungsstellen für Sinnes- (Hör- und Sehgestörte) und für Sprachgeschädigte bestehen für die ärztliche Beratung und Diagnostik bei den entsprechenden Universitätskliniken, für die pädagogische Beratung bei den Sonderschulen.

Für die finanzielle Hilfe tritt gegebenenfalls die Sozialhilfe ein, soweit ein anderer Kostenträger nicht vorhanden ist. Zur ärztlichen Unterstützung der Träger der Sozialhilfe sind sieben Landesärzte für Körperbehinderte und je drei Landesärzte für Hör- und Sprachgestörte und für Sehbehinderte bestellt.

Schon 1953/54 wurde begonnen, auch Beratungsstellen für psychisch Kranke bei den Gesundheitsämtern einzurichten. Derzeit bestehen in Bayern 128 Beratungsstellen, wobei kleinere Gesundheitsämter eine gemeinsame Beratungsstelle haben. In diesen Beratungsstellen werden je nach Bedarf 14tägig, monatlich, vierteljährlich Sprechstage von Fachärzten für Psychiatrie abgehalten. Diese Einrichtungen haben sich gut bewährt.

7. Früherkennung der Zuckerkrankheit

Bei der vom Staatsministerium des Innern angeordneten Aktion zur Früherkennung der Diabetes wurden vom Herbst 1967 bis Ende 1968 über sechs Millionen Teststäbchen mit Merkblättern unentgeltlich an alle volljährigen Einwohner Bayerns ausgegeben. Bei dieser Aktion wurden 60 000 Fälle bisher nicht bekannter Zuckerkrankheit entdeckt.

Der Aufwand für die Teststreifen und Merkblätter betrug DM 400 000.—; die Verteilung wurde von den Landkreisen und den Gemeinden übernommen.

Es ist beabsichtigt, die Aktion ab 1969 in beschränktem Umfang durch Ausgabe von Teststreifen und Merkblättern bei den Röntgenreihenuntersuchungen weiterzuführen.

8. Krebsbekämpfung

Die rechtzeitige Erkennung von Krebserkrankungen ist Aufgabe der freien Ärzteschaft. Bei der vielseitigen Lokalisation der Krebskrankheit ist es nur ausnahmsweise möglich, eine planmäßige Früherkennung zu betreiben. Am erfolgreichsten hat sich die Feststellung von Krebserkrankungen auf dem Gebiete der Gynäkologie erwiesen. Die beim gynäkologischen Krebs verhältnismäßig einfach abzunehmenden Zellabstriche können mittels der Zelldiagnostik, die der bedeutendste Fortschritt der letzten Jahrzehnte in der Früherkennung des Krebses ist, auf atypische Zellen untersucht werden.

Auch der Brustkrebs der Frau ist durch regelmäßige Untersuchungen im Frühstadium erkennbar und damit zu einem hohen Anteil heilbar. Etwa $\frac{1}{3}$ aller Krebstodesfälle entfallen bei Frauen auf Genital- und Brustkrebs.

Grundsätzlich ist die Suche nach krebverdächtigen Zellen auch an anderen Organen (Magen, Lunge usw.) möglich. Dort ist allerdings die Materialgewinnung ungleich schwieriger und ohne Verdacht auf eine Erkrankung, also für Filteruntersuchungen, nicht zumutbar. Soweit es die Brustorgane betrifft, werden die Röntgenreihenuntersuchungen zur Erkennung von Krebserkrankungen eingesetzt. Diese Untersuchungen fahnden nicht allein auf Tuberkulose, sondern auch auf Anzeichen anderer Erkrankungen der Organe des Brustraumes, z. B. auf Bronchial- oder Lungenkrebs.

Für die Früherfassung des Krebses hat es sich als dringend notwendig erwiesen, die Zahl der ausgebildeten Hilfskräfte für zytologische Untersuchungen zu erhöhen. Das Staatsministerium des Innern hat daher die Bayerische Landesärztekammer bei der Einrichtung einer Schule für zytologische Assistentinnen unterstützt und dazu erhebliche Zuschüsse geleistet. Träger ist ein „Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen“. Die Geschäftsführung befindet sich bei der Bayerischen Landesärztekammer. Die Schule ist die erste und bisher einzige im Bundesgebiet.

Die 1956 gegründete Arbeitsgemeinschaft für Krebserkrankung und Krebsbekämpfung, der ein wissenschaftlicher Beirat zur Seite steht, nimmt sich der ärztlichen Fortbildung und der Laienaufklärung an. Auch dafür leistet der Staat erhebliche Zuschüsse.

Heilhilfspersonen

1. Hebammen

Das Hebammengesetz ist reformbedürftig. Zuständig hierfür ist der Bund. Die Reform sollte sich an der Tatsache orientieren, daß die Geburten heute überwiegend im Krankenhaus erfolgen.

Anstaltsgeburten v. H. aller Lebendgeborenen:

1956	33,8	davon in Großstädten	86,7
1960	64,2	davon in Großstädten	92,1
1964	79,6	davon in Großstädten	95,5
1966	87,1	davon in Großstädten	96,8
1967	89,2	davon in Großstädten	97,2

Am 31. 12. 1967 waren in Bayern 1430 Hebammen tätig, davon 1156 als niedergelassene Hebammen. Diesen niedergelassenen Hebammen wird ein jährliches Mindesteinkommen von derzeit DM 3600.— zuzüglich eines Pauschalatzes von DM 900.— für Sozialversicherungsbeiträge gewährleistet.

2. Krankenpflegepersonal

Trotz Zunahme der Zahl der Krankenpflegepersonen und des Nachwuchses wird nach wie vor über einen Mangel an Schwestern und Krankenpflegern geklagt.

Er ist bedingt durch Zunahme der Bevölkerung und der Krankbetten, Spezialisierung und Verfeinerung der Arbeitsmethoden im Krankenhaus und damit Verringerung des Bettenschlüssels, Herabsetzung der Arbeitszeit und durch frühzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf durch Heirat.

Maßnahmen zur Überwindung des Mangels sind Werbung (Wanderausstellung), finanzielle Förderung der Ausbildungsstätten und der Fortbildung und die Schaffung guter Unterkünfte.

Damit wurde erreicht, daß

a) die Zahl der Krankenpflegepersonen in den Krankenhäusern von 1954 bis 1967 um 82% zugenommen hat:

1954	11 365	Krankenpflegepersonen
1967	20 588	Krankenpflegepersonen

b) die Zahl der Schüler in Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegesulen in demselben Zeitraum um nahezu 150 v. H. zugenommen hat:

1954	2339	Schüler
1967	5698	Schüler

3. Assistentinnen in der Medizin

Die Kapazität der staatlichen Lehranstalten kann nicht mehr erweitert werden. Um mehr Ausbildungsplätze zu bekommen, werden nichtstaatliche Lehranstalten gefördert. Die Zuschüsse sind für die Ausstattung mit den erforderlichen Geräten und Einrichtungsgegenständen bestimmt. Noch 1969 soll der Unterricht in der von der Stadt Bayreuth errichteten Schule aufgenommen werden. Dann bestehen neben drei staatlichen Lehranstalten eine private und zwei kommunale Lehranstalten.

Hilfskrankenhäuser

Ansatz für Bayern 1968: DM 2 724 500.—
Vorläufiger Ansatz für Bayern 1969: DM 4 400 000.—

Durch die bauliche Vorbereitung von Hilfskrankenhäusern soll in Bayern Platz für zusätzlich 277 000 Krankbetten (= 18,5% der Planungszahl für das Bundes-

-Heel

Bei Schwindel jeder Genese,
Menière, Reisekrankheiten —

Vertigoheel®

-Heel

Otitis media. Dentition.
Unruhezustände

Viburcol®

„KINDERZÄPFCHEN“

Suppositorien

gebiet) gewonnen werden, um in einem Verteidigungsfall die zu erwartenden Verletzten und Kranken aufnehmen zu können.

Mit den zur Verfügung stehenden Mitteln wird zur Zeit — dem Bauzeit- und Finanzierungsplan des Bundes entsprechend — vorwiegend der funktionsfähige Ausbau der im Grundschutz errichteten unterirdischen Hilfskrankenhäuser finanziert.

Am 1. 1. 1968 waren in Bayern 55 Hilfskrankenhäuser mit insgesamt 34 570 Krankenbetten fertiggestellt, im Bau oder in der Planung (davon 22 im Grundschutz). Hierfür sind bisher insgesamt DM 35 490 000.— Bundesmittel zur Verfügung gestellt worden.

Krankenhausplanung

Nachdem der Bayerische Landtag am 21. 10. 1966 die Gesamtkrankenhausplanung für Bayern gebilligt hat, wurden die erforderlichen Verwaltungsvorschriften erlassen, um frühzeitig und wirksam darauf Einfluß nehmen zu können, daß die einzelnen Krankenhausbauvorhaben von vornherein mit den Grundsätzen der Krankenhausplanung abgestimmt werden (GemBek. der Bayerischen Staatsministerien der Finanzen und des Innern vom 29. 3. 1966, StAnz. Nr. 14 und Nr. 15, MABl. 177). Seit 1966 wurden 60 Krankenhausbauvorhaben fachlich vorgeprüft und 71 Baumaßnahmen fachlich geprüft.

Übertragbare Krankheiten

Die übertragbaren Krankheiten haben gegenüber früher an Gefährlichkeit für die Bevölkerung eingebüßt. Der Rückgang der Erkrankungshäufigkeit und der Sterblichkeit an übertragbaren Krankheiten hat verschiedene Gründe.

Einige davon sind:

1. verbesserte Umwelthygiene (z. B. Wohnungsbau, zentrale Trinkwasserversorgung, Abwasserbeseitigung),
2. prophylaktische Maßnahmen (z. B. Schutzimpfungen),
3. rasche und verbesserte mikrobiologische und serologische Diagnostik,
4. in vielen Fällen mögliche spezifische Behandlung mit Chemotherapeutica und Antibiotica,
5. konsequente Bekämpfung.

Die Sterblichkeit an übertragbaren Krankheiten ist heute geringer als die an Herz- und Kreislaufkrankheiten, Krebs oder Kraftfahrzeugunfällen.

Besonders zurückgegangen sind in den letzten zwanzig Jahren Diphtherie, Typhus abdominalis und — seit Einführung der Schluckimpfung (1962) — Poliomyelitis.

1. Diphtherie

Diphtherie in Bayern
auf 100 000 Einwohner

	Erkrankte	Verstorbene
1946	214	14,9
1950	71	2,8
1954	24	0,5
1958	7	0,2
1962	2,0	0
1966	0,8	0
1967	0,3	0

Noch in jüngsten Jahren gelegentlich beobachtete Gruppenerkrankungen an Diphtherie weisen aber auf die Bedeutung prophylaktischer Maßnahmen hin. Seit 1964 hat das Staatsministerium des Innern kostenlose Diphtherie-Schutzimpfungen, zusammen mit der Tetanuskomponente, allen Kindern angeboten, die erstmals in eine Gemeinschaftseinrichtung (Kindergarten oder Schule) eintraten. Die Impfbeteiligung war erfreulich groß. Schon 1965 hatten rund 400 000 Kinder eine Grundimmunisierung bzw. die Auffrischimpfung erhalten.

2. Typhus

Typhus abdominalis in Bayern
auf 100 000 Einwohner

	Erkrankte	Verstorbene
1946	42,8	5,3
1950	9,1	1,1
1954	3,5	0,3
1959	2,8	0,2
1960	1,7	0,1
1961	1,6	0,1
1964	1,3	0,1
1968	1,0	0
1967	0,8	0

Bemerkenswert ist, daß die bisher bekannten Antibiotika zwar eine wirksame Behandlung des Abdominaltyphus ermöglichen, jedoch nicht mit gleichem Erfolg lang dauerndes Ausscheiden der Erreger nach Überstehen der Krankheit verhüten.

Es ist daher notwendig, die Dauerausscheider und die Erfüllung von Auflagen, die ihnen nach dem Bundes-Seuchengesetz auferlegt werden, durch die Gesundheitsämter zu überwachen.

3. Poliomyelitis

Poliomyelitis in Bayern auf 100 000 Einwohner
(absolute Zahlen in Klammern)

	Erkrankte	Verstorbene
1960	12,5 (1182)	0,8 (75)
1961	4,8 (460)	0,5 (48)
1962	0,6 (61)	0,1 (10)
1964	0,1 (8)	0,1 (5)
1966	0 (3)	0 (3*)
1967	0 (3)	0 (1)

*) = Spätfolgen

Über die Bedeutung der Schluckimpfung gegen Poliomyelitis siehe „Gesundheitsvor- und -fürsorge, 1. Impfungen“.

4. Tuberkulose

Bei der Tuberkulose ist seit 20 Jahren ein Rückgang der Neuzugänge und des Bestandes an aktiv Tuberkulosekranken, mehr noch ein Rückgang der Todesfälle, zu verzeichnen.

Tuberkulose in Bayern

	Neuzugänge		Bestand		Verstorbene	
	insgesamt	auf 100 000 Einwohner	insgesamt	auf 100 000 Einwohner	insgesamt	auf 100 000 Einwohner
1948	32 494	349	76 584	824	5897	63,4
1950	18 687	204	68 369	745	3713	40,5
1954	14 509	158	61 207	668	2188	23,9
1958	13 700	148	54 215	587	1901	20,6
1962	9 231	95	41 169	426	1513	15,6
1966	8 892	87	34 059	333	1530	15,0
1967	8 318	81	32 119	312	1414	13,8

Die Tuberkulose bedarf danach weiter besonderer Aufmerksamkeit. Tuberkulinproben in den Schulen und die in Bayern gesetzlichen Röntgenreihenuntersuchungen werden konsequent fortgeführt. Seit dem zweiten Halbjahr 1959 haben die Röntgenschirmbildstellen 7873 offen Tuberkulose, 19 980 geschlossen, jedoch aktiv Tuberkulose, und 96 907 inaktiv, jedoch überwachungsbedürftige Tuberkulose festgestellt. Während desselben Zeitraums fanden sich bei den Röntgenreihenuntersuchungen 65 408 bisher unbekannte nichttuberkulöse Erkrankungen der Brustorgane, darunter 4050 Tumoren, größtenteils bösartiger Natur.

Esberiven-[®] Liniment

bei Erkrankungen des Venen- und
Lymphgefäßsystems, entzündlichen
und ödematösen Gewebeprozessen

Prompte Resorption

Steigerung der Blut- und
Lymphzirkulation

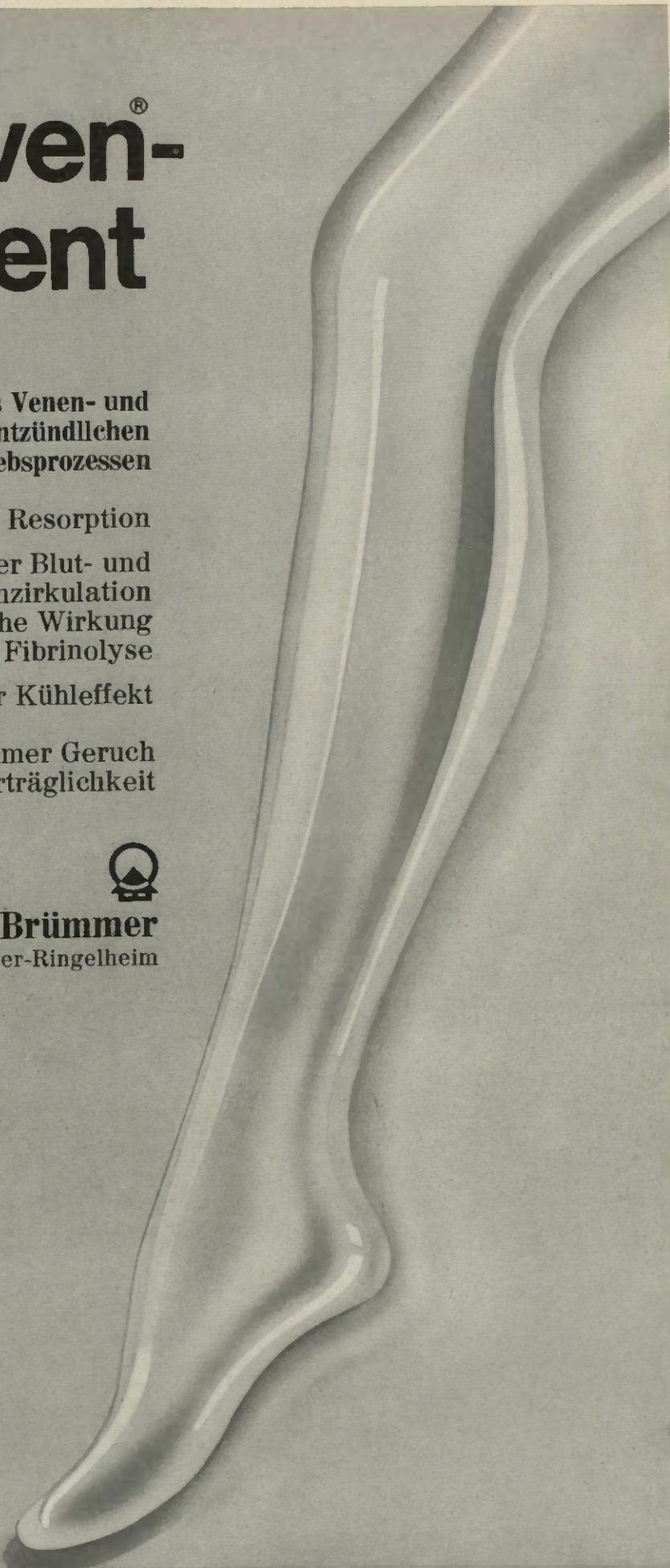
Antiphlogistische Wirkung
Fibrinolyse

Schmerzstillender Kühleffekt

Nota bene: Angenehmer Geruch
Ausgezeichnete Hautverträglichkeit



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim



5. Scharlach

Scharlach in Bayern

	Erkrankte		Verstorbene	
	insgesamt	auf 100 000 Einwohner	insgesamt	auf 100 000 Einwohner
1946	3 962	47,1	66	0,8
1950	18 428	201,1	44	0,5
1954	17 081	186,4	18	0,2
1958	8 627	93,4	3	0
1962	4 941	51,1	2	0
1966	8 498	83,4	2	0
1967	8 046	78,5	0	0

Der Scharlach verläuft heute im allgemeinen milder als früher, seine Komplikationen sind durch die Anwendung von Penicillin zu beherrschen.

6. Keuchhusten und Masern

Todesfälle in Bayern

	an Keuchhusten		Masern	
	insgesamt	auf 100 000 Einwohner	insgesamt	auf 100 000 Einwohner
1946	444	5,3	147	1,7
1950	237	2,6	99	1,1
1954	109	1,2	92	1,0
1958	40	0,4	83	0,9
1962	31	0,3	58	0,6
1966	13	0,1	22	0,2
1967	6	0,1	10	0,1

Über die Erkrankungshäufigkeit an Keuchhusten und Masern gibt es, da nur Todesfälle meldepflichtig sind, keine genauen Zahlen.

Das Problem der Massenimpfung gegen Masern, die — stärker als der Keuchhusten — mit einer gewissen Enzephalitisrate belastet sind, ist noch nicht gelöst. Noch ist zu wenig über Impfkomplicationen, Dauer des Impfschutzes und die Epidemiologie der Masern Jahre nach der Impfung bekannt. Auch nach einem Gutachten des Bundesgesundheitsamtes vom August 1968 sind Massenimpfungen gegen Masern in der Bundesrepublik zur Zeit nicht erforderlich.

7. Hepatitis infectiosa

Zu den übertragbaren Krankheiten, die nicht seltener geworden sind, gehört in erster Linie die Hepatitis infectiosa.

Hepatitis infectiosa in Bayern

	gemeldete Erkrankte		Todesfälle	
	insgesamt	auf 100 000 Einwohner	insgesamt	auf 100 000 Einwohner
1962	2551	26,4	28	0,3
1963	3256	32,2	26	0,3
1964	3968	40,0	21	0,2
1965	3828	38,1	23	0,2
1966	4074	40,0	16	0,2
1967	4189	40,8	14	0,1

Die Sterblichkeit an Hepatitis infectiosa ist durch die zahlreichen nicht ausgeheilten und nach langem chronischen Stadium an Leberzirrhose zum Tode führenden Erkrankungen erheblich höher als es die angegebenen Zahlen zeigen können. In ihrer Häufigkeit, der langen Krankheitsdauer, Rekonvaleszenz und den Folgezuständen liegt die große sozialhygienische Bedeutung der Hepatitis.

Eine kausale Behandlung der Hepatitis gibt es noch nicht, da ihr Erreger bisher nicht isoliert werden konnte. Ihrer Bekämpfung dienen seuchenhygienische Maßnahmen wie bei den enteralen Infektionen und die Verabreichung von Gamma-Globulin.

Tagung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung vom 15. bis 18. Mai 1969

Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a, Telefon 50 71 (vgl. S. 420).

8. Hirnhaut- und Hirnentzündungen, Salmonellen

Auch Hirnhaut- und Hirnentzündungen und Salmonellen sind nicht zurückgegangen.

Gemeldete Erkrankungen in Bayern an übertragbarer

	Hirnhaut- entzündung		Gehirn- entzündung	Salmonel- lose
	Meningokok- kenmeningitis	übrige Formen		
1962	294	153	40	426
1963	428	244	36	1135
1964	326	388	38	790
1965	284	333	25	1732
1966	240	460	20	2350
1967	336	1115	33	1931

Der ungewöhnlich warme Sommer 1967 hatte eine Reihe von Epidemien an Salmonellose und anderen infektiösen Darmkrankheiten wie auch an virusbedingter Meningitis (vor allem ECHO-Viren) gebracht, während die Häufigkeit dieser Erkrankungen im feuchtkühlen Sommer 1968 wesentlich geringer war. Die allgemeine Zunahme der Salmonellose hat eine Teilursache in der Einfuhr salmonellenverseuchter Futter- und Lebensmittel. Das Staatsministerium des Innern hat 1967 und 1968 für die Hausfrauen bestimmte Merkblätter „Infektionen durch Lebensmittel?“ herausgegeben, in denen auf Möglichkeiten hingewiesen wird, Salmonellen und andere infektiöse Darmkrankheiten beim Menschen zu verhüten.

9. Tollwut

Am 31. 12. 1968 waren 87 Landkreise mit 316 Gemeinden und 7 kreisfreie Städte von der Tollwut befallen. Zur Zeit sind sämtliche 7 Regierungsbezirke tollwutverseucht. Während bis zum Herbst 1968 die Zahl der tollwutbefallenen Tiere im Vergleich zum Jahre 1967 ungefähr gleich blieb, hat diese Zahl in den letzten beiden Monaten des Jahres 1968, vor allem in den neu verseuchten Kreisen, zugenommen.

Unfälle
Tödlich Verunglückte in Bayern

	insgesamt		davon d. Kraftfahrzeugunfälle	
	insgesamt	auf 100 000 Einwohner	insgesamt	auf 100 000 Einwohner
1943*)	3149	46,1	193	2,8
1950	4202	46,1	1092	11,9
1954	4593	50,1	2013	22,0
1958	4852	52,5	2012	21,8
1962	4857	49,9	2397	24,6
1964	5283	53,0	2806	28,3
1966	5488	53,9	2893	28,4
1967	8121	59,7	2910	28,4

*) = mit Pfalz

Bei den Unfällen mit Todesfolge fällt auf, daß sich ihre Zahl, gemessen an der Gesamtbevölkerung, in den vergangenen zwanzig Jahren nur wenig erhöht hat. Die Zahl der bei Kraftfahrzeugunfällen ums Leben gekommenen hat jedoch, bezogen auf die Einwohnerzahl, seit 1943 zehnfach, seit 1950 fast dreifach zugenommen. Der Anteil der bei Kraftfahrzeugunfällen tödlich Verunglückten an der Gesamtzahl der Unfalltoten betrug 1943 etwa 6%, 1950 etwa 26%, 1967 jedoch 48%.

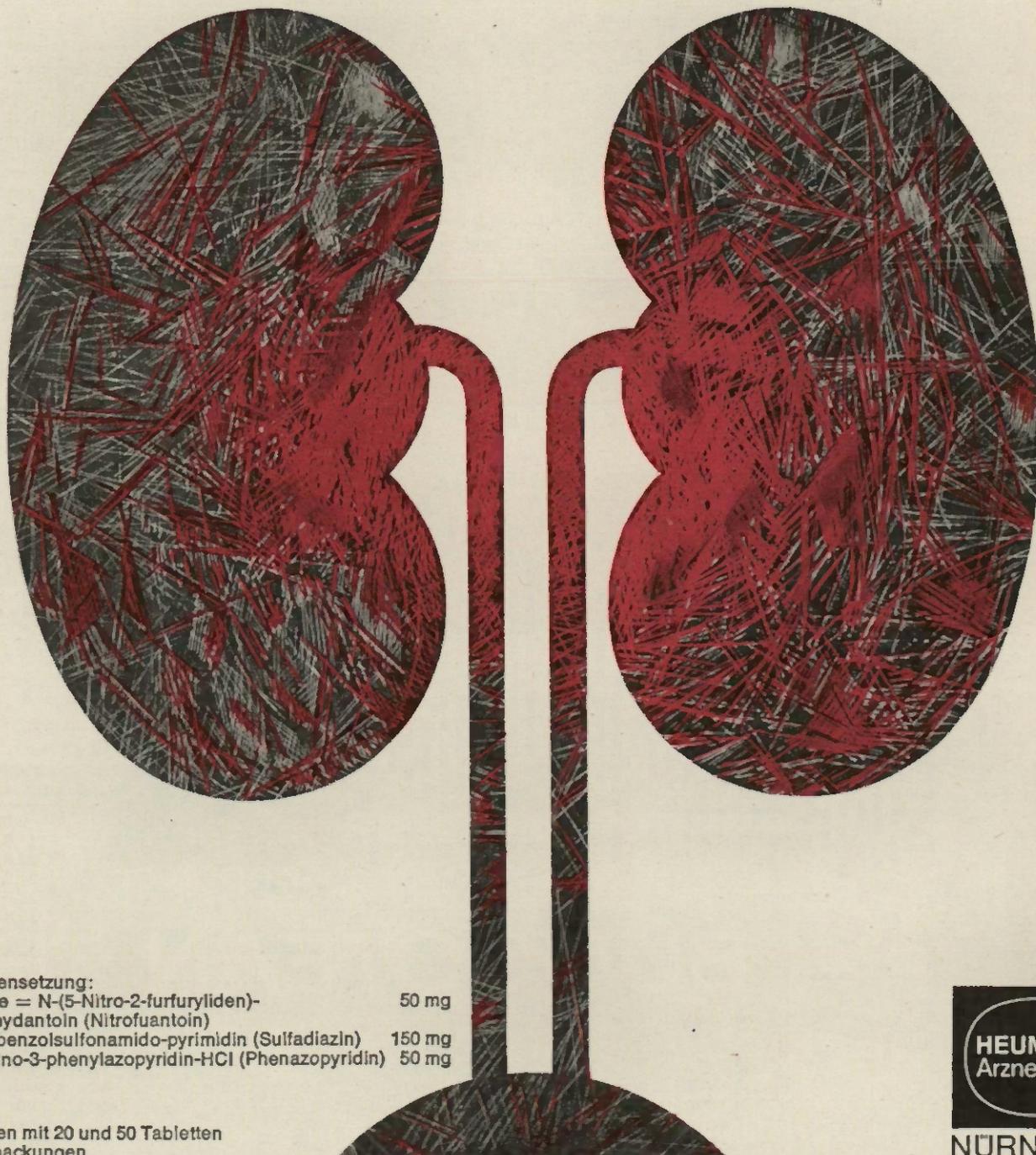
Neu

Gut verträgliche und hochwirksame
Nitrofurantoin-Sulfadiazin-Therapie

Urospasmon[®]

gegen Infektionen der Harnwege

Hohe Harn- und Gewebskonzentration
Breites Wirkungsspektrum
Besonders gute Magen-Darm-Verträglichkeit und
geringe Toxizität
Rasche Beseitigung von Begleitbeschwerden



Zusammensetzung:
1 Tablette = N-(5-Nitro-2-furfuryliden)-
1-aminohydantoin (Nitrofurantoin) 50 mg
p-Aminobenzolsulfonamido-pyrimidin (Sulfadiazin) 150 mg
2,6-diamino-3-phenylazopyridin-HCl (Phenazopyridin) 50 mg

Packungen mit 20 und 50 Tabletten
Anstaltspackungen

HEUMANN
Arzneimittel

NÜRNBERG

Schweigepflicht und amtsärztliche Zeugnisse über die gesundheitliche Eignung von Beamtenanwärtern

Anträge der Senatoren Dr. Dr. v. Gugel und Dr. Kläß

Das Bayerische Staatsministerium der Finanzen hat sich Anfang Mai 1968 zu der Frage amtsärztlicher Zeugnisse in dienstrechtlichen Angelegenheiten folgendermaßen geäußert:

„Die Einstellungsbehörde muß sich ein vollständiges Bild über den Gesundheitszustand eines Bewerbers machen, wenn sie eine sachgerechte Entscheidung treffen und ihr Ermessen pflichtgemäß ausüben will. Sie kann dabei nicht die Meinung des Amtsarztes über das Vorliegen der gesundheitlichen Voraussetzungen ungeprüft übernehmen, sondern muß sich selbst ein Urteil bilden. Hat die Einstellungsbehörde aber vom Amtsarzt nur ein Zeugnis in der geschilderten Kurzform erhalten, so ist sie nicht imstande, alle für die dienstrechtlichen Maßnahmen entscheidenden Gesichtspunkte zu überprüfen und in ihre Überlegungen einzubeziehen. Die mit der Einstellung befaßten Behörden haben daher ein berechtigtes Interesse an der vollständigen Mitteilung des amtsärztlichen Befundes.

Da die betreffenden Gesundheitsämter ihre Bedenken gegen die Ausstellung vollständiger Gesundheitszeugnisse aus der den Ärzten obliegenden Schweigepflicht ableiten, rege ich an, von den Bewerbern für Stellen des öffentlichen Dienstes bereits bei der Einstellung zu verlangen, daß sie den Amtsarzt von der Schweigepflicht entbinden und mit der Weitergabe des vollständigen Untersuchungsbefundes an den Dienstherrn einverstanden sind. Es ist zwar im Schrifttum umstritten (vgl. hierzu MÜLLER, „Weitergabe ärztlicher Gutachten an den Dienstherrn“, NJW 1966, S. 1152 ff.), ob der Amtsarzt der Schweigepflicht des § 300 StGB unterliegt und ob der Gesichtspunkt der Amts- und Rechts-hilfe die Ausstellung vollständiger amtsärztlicher Zeugnisse nicht nur rechtfertigt, sondern sogar gebietet. Diesen — soweit ersichtlich — von der höchstrichterlichen Rechtsprechung noch nicht geklärten Streitfragen kann aber dadurch aus dem Wege gegangen werden, daß von allen Bewerbern für den öffentlichen Dienst ihr ausdrückliches Einverständnis mit der Ausstellung vollständiger amtsärztlicher Zeugnisse verlangt wird.“

Daraufhin hat das Innenministerium am 10. Juli 1968 verfügt, daß alle ihr unterstellten personalbewirtschafteten Behörden von Personen, die sich dort um

ein Amt bewerben, einen Revers vorlegen lassen müssen, wonach sie den untersuchenden Amtsarzt von seiner Schweigepflicht entbinden und sich damit einverstanden erklären, daß die gesamten Unterlagen des Amtsarztes (Anamnese, Befund) an den präsumtiven Dienstherrn weitergeleitet werden.

Sowohl der Bayerische Medizinalbeamtenbund wie auch der Hartmannbund, Landesverband Bayern, haben sich durch Entschließungen gegen diese Anordnung gewendet, da sie nicht nur die ärztliche Schweigepflicht unterhöhlt, sondern auch die Menschenwürde der Betroffenen in unertragbarer Weise antastet.

Zwar liegt es eindeutig im Interesse der Staatsverwaltung und des Steuerzahlers, daß kein Beamter in den Staatsdienst übernommen wird, bei dem in absehbarer Zeit Krankheiten auftauchen können, die zu seiner Arbeitsunfähigkeit führen. Jedoch muß es uninteressant bleiben, aufgrund welcher Einzelheiten der Amtsarzt zu seinem Urteil kommt.

Die einstellende Behörde hat einen Bewerber nach seiner Eignung, seiner fachlichen Qualifikation und seiner Befähigung zu überprüfen. Die Feststellung seiner gesundheitlichen Eignung ist ein Teil der Eignungsüberprüfung. Der Amtsarzt wird dementsprechend nach dem Vorliegen einer endogenen Krankheit forschen. Er wird nach überstandenen Krankheiten, Unfällen, Kriegsdienstbeschädigungen und Operationen fragen müssen sowie nach Krankenhausaufenthalten. Er wird den allgemeinen physischen Eindruck, die Körperhaltung, aber auch psychische Momente (Simulation, Täuschungsversuche) überprüfen. Wegen ihrer besonderen Aufgaben hinsichtlich der Betreuung von Geisteskranken ist ein großer Teil der bayerischen Amtsärzte psychiatrisch vorgebildet. Bei weiblichen Bewerbern muß gynäkologisch untersucht werden, weil gerade das weibliche Genitale zu schwerwiegenden und langwierigen Erkrankungen führen kann. Die bei einer solchen Untersuchung gemachten Feststellungen werden im Akt des Amtsarztes festgehalten. Sie sind Grundlage für ein Urteil aus ärztlicher Sicht, wobei die besonderen Beanspruchungen des angestrebten Dienstes, wie etwa des Polizeivollzugsdienstes oder des



O.P. 150 ml

Tassenfertiges
Teepulver

BUCCOTEAN[®] TF

für Blase
und Nieren

Forst- und Vermessungsdienstes, zu einer anderen Beurteilung führen müssen als eine bloße Bürotätigkeit. Wenn die bayerischen Staatsministerien der Ansicht sind, daß sie nicht in der Lage seien, ihrem pflichtgemäßen Ermessen zu entsprechen, ohne Vorlage des gesamten ärztlichen Befundes, dann müssen sie doch von der Meinung ausgehen, daß die endgültig einstellende Behörde fachlich in der Lage ist, die aus medizinischen Gesichtspunkten heraus gezielten Beobachtungen des Arztes seien von einem Laien überprüfbar. In Wirklichkeit würden hier wahrscheinlich bereits terminologische Probleme auftauchen, die nur wiederum von einem Arzt verstanden und bewertet werden können.

Dementsprechend hat man in Hamburg ein ärztliches Gremium mit der Überprüfung dieser Gutachten befaßt. Wenn diese ärztlichen Gutachten von medizinischen Laien neuerlich überprüft werden, droht eine weit größere Gefahr von Fehlentscheidungen als im Falle der Übernahme des amtsärztlichen Untersuchungsergebnisses. Es ist zweifellos so, daß der Amtsarzt niemals über die Einstellung eines Beamten entscheiden kann, er ist in diesem Falle nur Gutachter für den endgültig Entscheidenden. Will man ein jeweiliges Obergutachten, so kann dieses wiederum nur von einem anderen Arzt abgegeben werden, der mit den Unterlagen des Erstuntersuchenden wirklich etwas anfangen kann. Im anderen Falle würde es sich lediglich um ein Aktengutachten handeln können, das schon deswegen unvollkommen sein muß, weil dem Beurteilenden nicht, wie dem Erstuntersuchenden, der Bewerber persönlich gegenübersteht.

Dem Bayerischen Senat legten aufgrund all dieser Erwägungen die Senatoren KRAMEL, GEBHARD, Dr. KLÄSS, SCHRAMM, ROTH und SCHAUMANN einen Antrag vor, der zum Ziel hat, die personalbewirtschaft-

tenden Behörden anzuweisen, sich auf medizinische Gutachten in Kurzform zu beschränken. In zwei Sitzungen haben die Ausschüsse für Rechts- und Verfassungsfragen und für Sozialpolitik und Gesundheitswesen gemeinsam mit Vertretern der Ministerien den Fragenkomplex behandelt. Dabei kam auch seitens der Regierungsvertreter die Ansicht zu Tage, daß die Praxis, wie sie die Ministerialentscheidungen ausgelöst haben, in manchen Fällen weit über das Ziel hinausgeschossen habe.

Das Plenum des Bayerischen Senats beendete seine ebenfalls eingehenden Beratungen über dieses Thema mit der Annahme eines von den Senatoren Dr. Dr. v. GUGEL und Dr. KLÄSS endgültig formulierten Antrages folgenden Inhalts.

„Die Staatsregierung wird ersucht, die Entschließungen der Staatsministerien, die im Verfolg der Note des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen vom 6. Mai 1968 — Az. P II 21 / 1/3 — I 7406 — an ihre unterstellten Behörden erlassen worden sind, zu überprüfen und die personalbewirtschaftenden Behörden anzuweisen, sich in dienstrechtlichen Angelegenheiten mit amtsärztlichen Gutachten in Kurzform zu begnügen, die sich auf das abschließende Urteil des untersuchenden Arztes beschränken, ob die gesundheitliche Eignung für eine bestimmte Maßnahme gegeben ist.“

Es ist zu hoffen, daß damit das Ärgernis ausgeräumt ist, das durch die Ministerialentschließungen entstanden war. Es versteht sich nicht nur aus der in der Rechtsbestimmung unklaren Frage der ärztlichen Schweigepflicht, sondern vor allem auch daraus, daß hier in die Persönlichkeitssphäre des einzelnen so tief eingegriffen wurde, daß mit Recht von einer Verletzung der nach dem Grundgesetz unantastbaren Menschenwürde gesprochen werden konnte.

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Das Problem der Verunreinigung der Luft in den Städten durch die Motorfahrzeuge

Von Adolf von Lippmann

Vom 2. bis 8. Juli 1968 war in Genf ein Ausschuß von Experten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusammengesetzt, der sich mit der Rolle zu beschäftigen hatte, die die Motorfahrzeuge bei der Verunreinigung der Luft in den Städten, namentlich im Hinblick auf mögliche Gesundheitsschädigungen der Bevölkerung und auf etwaige Rückwirkungen auf die Umwelt, spielen. Dazu sollten noch die Methoden der Entnahme von Luftproben und ihre Untersuchung, sowie etwaige Verhütungsmaßnahmen, die angewendet werden könnten, geprüft werden.

Der Bericht des Ausschusses ist nunmehr als Nr. 410 der „Série de Rapports techniques“ der WHO in Genf veröffentlicht worden^{*)}. Er gibt einen Überblick über

^{*)} La pollution de l'atmosphère des villes, notamment par les véhicules à moteur. — Rapport d'un Comité d'experts de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé: Série de Rapports techniques, 1969, Nr. 410. Preis sFr. 3.—. Die Veröffentlichung ist nur in französischer und englischer Sprache erfolgt.

Zu beziehen in der Bundesrepublik Deutschland: Govi-Verlag GmbH, 6000 Frankfurt, Beethovenplatz 1—3; W. E. Saabach, 5000 Köln, Follerstraße 2, Postfach 1510; Alex. Horn, 6200 Wiesbaden, Spiegelgasse 9.

das Problem und seine Tragweite, will aber nach dem Willen der Verfasser keine Entscheidung zuständiger Instanzen hinsichtlich einer künftig in dieser Beziehung einzuschlagenden Politik vorwegnehmen.

Wegen des Interesses, das die Frage der Luftverunreinigung in den Städten durch die Motorfahrzeuge auch für die Leser dieser Zeitschrift beanspruchen kann, wird im folgenden aus den Kapiteln der Veröffentlichung kurz berichtet, die einen Überblick über Art und Umfang der Beeinträchtigung der Atemluft in den Städten durch Motorfahrzeuge geben, sowie über die direkt und nur mittelbar möglichen Wirkungen für die Gesundheit der Bevölkerung.

Seit etwa 20 Jahren hat man sich auf internationaler Ebene bemüht, allgemein das Problem der Luftverunreinigung in den Städten zu lösen. In erster Linie war anfänglich daran gedacht, die Rauch- und Staubmengen zu verringern, die in der Industrie und in den Haushaltungen durch die Verwendung fester Brennstoffe entstehen. In einer Reihe von Ländern haben in der

Folge die in dieser Beziehung ergriffenen Maßnahmen zu einer beträchtlichen Verminderung dieser Verunreinigungen geführt. Dadurch ist jedoch bedauerlicherweise der allgemeinen Luftverpestung in den Städten nicht Einhalt geboten worden. Vielmehr ist sie weiter im Ansteigen, weil inzwischen eine Reihe weiterer vehementer Verunreinigungsquellen dazugekommen sind, wie etwa schlecht konstruierte oder im Betrieb mangelhaft überwachte Brenner von Ölheizungen und hauptsächlich aber die Abgase eines in den Städten ins Riesenhafte angewachsenen Kraftfahrzeugbestandes. Mit Ausnahme der schwefelhaltigen Gase, die durch die industrielle und häusliche Verbrennung fossiler Stoffe produziert werden, rührt heute der wesentlichste Teil der Verunreinigung der Luft in den Städten von dem Auspuff der Motorfahrzeuge her. Wenn auch aus den wenigen bisher entnommenen Luftproben sich noch keine allgemeinen Verunreinigungswerte ergeben haben, die über bestimmten angenommenen Toleranzgrenzen liegen, so darf nichtsdestoweniger übersehen werden, daß sich, je nach den vorliegenden örtlichen meteorologischen Bedingungen an Schwerpunkten des Verkehrsgeschehens, in den Städten zeitweise regelrechte Gassümpfe bilden, bei denen die Toleranzgrenzen aller Wahrscheinlichkeit nach zeitweise überschritten werden. Wenn es, außer in London und Genua, in Europa noch nicht zu derart katastrophalen Lagen gekommen ist wie in Los Angeles, darf trotzdem das Problem nicht außer acht gelassen und rechtzeitig für entsprechende Gegenmaßnahmen gesorgt werden, damit nicht eines Tages in der weiteren Entwicklung Gesundheitsschädigungen in einem Maß auftreten, gegen die dann „ad hoc“ praktisch soviel wie nichts unternommen werden kann.

Quelle, Art und Zusammensetzung des Auspuffs von Kraftfahrzeugmotoren

Der Auspuff von Vergaserkraftstoff und Dieselmotoren hat eine verschiedene Zusammensetzung.

Im Auspuff von Vergaserkraftstoffmotoren überwiegt das Kohlenoxyd^{*)}. In zweiter Linie finden sich Kohlenwasserstoffe, Stickstoffoxyde, bestimmte Oxydationsprodukte verschiedener Art und schließlich Metallverbindungen, die aus den Beimengungen herrühren, der sogenannten Additive, die das Klopfen der Brennstoffe verhindern sollen und meistens aus Bleiverbindungen bestehen. Der Auspuff ist aber nicht die einzige Quelle, die für eine Verunreinigung der umgebenden Luft verantwortlich gemacht werden kann. Zu einem gewissen Teil entweichen durch das Motor- und Kurbelgehäuse Kohlenwasserstoffe, ebenso aber auch durch Verdampfung bei den Tanks und Vergasern; und zwar entstehen etwa 20% der Verunreinigungen durch Verdampfung von Kohlenwasserstoffen, 25% über Motor- und Kurbelgehäuse, aber 55% der Verunreinigung entstehen durch den Auspuff von Kohlenwasserstoffen, Stickstoffoxyden und fast der Gesamtheit der Additive. Eine Untersu-

*) CO, die deutsche Bezeichnung ist Kohlenmonoxyd.

chung in den USA hat ergeben, daß bei einem Benzin-Kraftwagen bei einer Fahrleistung von 20 000 km folgende Mengen von Abgasen in die umgebende Luft entweichen:

Durch Verdunstung:	Kohlenwasserstoffe	60 kg
Über Motor- und Kurbelgehäuse:	Kohlenwasserstoffe	40 kg
Durch den Auspuff:	Kohlenoxyd	750 kg
	Kohlenwasserstoffe	140 kg
	Stickstoffoxyde	40 kg

Außerdem entweichen noch eine Reihe Oxydationsprodukte in geringeren Mengen.

Die Konzentration der Auspuffabgase und ihr Verhältnis zueinander ist abhängig von dem Bewegungszustand des Motors. Die Untersuchungen in den verschiedenen Ländern, wie in der Bundesrepublik Deutschland, Japan, England und den USA, sind zu nahezu gleichen Ergebnissen gekommen. Unter der Voraussetzung einer intakten Maschine und eines richtig eingestellten Vergasers ist der Auspuff bei zügiger Fahrt und bei mäßiger Beschleunigung am geringsten, weit höher jedoch beim Abbremsen und am höchsten bei langsamer Fahrt und beim Betrieb im Stand. Setzt man beim Kohlenoxyd die Auspuffmenge bei zügiger Fahrt mit 1 an, dann hat die Auspuffmenge bei mäßiger Beschleunigung etwa den gleichen Wert. Beim Abbremsen wird jedoch der Kohlenoxydausstoß bereits doppelt so hoch und erreicht bei langsamer Fahrt und beim Betrieb im Stand ungefähr die dreifache Menge dessen, was bei zügiger Fahrt ausgestoßen wird. Der Ausstoß von Kohlenwasserstoffen ist am geringsten bei zügiger Fahrt, steigt beim Beschleunigen etwas an. Bei langsamer Fahrt und im Betrieb im Stand wird er etwa doppelt so hoch und steigt bis zu Werten auf das Achtfache beim Abbremsen des Fahrzeuges an. Im wesentlichen handelt es sich dabei um unverbrannt ausgestoßenen vergastem Kraftstoff. Alle diese Werte werden natürlich bedenklich höher, je schlechter der mechanische Zustand des Motors und des Vergasers ist.

Der Auspuff von Dieselmotoren enthält weit weniger Kohlenoxyd als der der Vergaserkraftstoffmotoren. Der Ausstoß von Kohlenwasserstoffen und Stickstoffoxyden bewegt sich dagegen in etwa der gleichen Größenordnung. Weil dem Dieselmotorkraftstoff Additive, wie Bleiverbindungen, fehlen, ist im Auspuff auch keine derartige Verbindung enthalten. Jedoch scheint nach dem Ergebnis einer Reihe durchgeführter Untersuchungen der Staubanteil bei Dieselmotoren im Auspuff etwa zehnfach höher zu sein als beim Vergaserkraftstoffmotor. In diesem Staubanteil befinden sich auch Teerstoffe. Im ganzen gesehen ist festzustellen, daß die Hauptquelle der Luftverunreinigung durch Motorfahrzeuge in den Städten der Vergaserkraftstoffmotor ist, zu einem Teil schon deshalb, weil sich die Dieselfahrzeuge in der Minderheit befinden.

Bewährt bei
Rheuma
chron. Adnexitis
Erkältungskrankheiten

HUMOPIN[®]

Salicyl-Humin-Bad

Richard Schöning · Berlin



Die Gefahren der Auspuffgase

Die einzelnen Bestandteile des Auspuffs von Motorfahrzeugen bilden in verschiedenen Graden eine Gefährdung der menschlichen Gesundheit.

Etwa 11% des Auspuffs von Vergaserkraftstoffmotoren besteht aus Kohlenoxyd, einem enorm giftigen Gas. Eingeatmetes Kohlenoxyd verbindet sich sehr schnell mit dem Hämoglobin, zu dem es eine etwa 210fach höhere Affinität besitzt als der Sauerstoff. Das dabei gebildete Kohlenoxydhämoglobin gibt durch Zersetzung das Kohlenoxyd infolgedessen nur sehr langsam wieder frei, das dann ausgeatmet werden kann. Ein gewisser Bestandteil an Kohlenoxydhämoglobin befindet sich in den Großstädten im Blut von fast allen Menschen. Am niedrigsten ist der Gehalt dieses Stoffes im Blut von Nichtraucher, die einer normalen Atemluft mit geringem Kohlenoxydgehalt ausgesetzt sind. Bei Rauchern sind höhere Werte von Kohlenoxydhämoglobin festzustellen. Werden derartige Personen einer stark mit Kohlenoxyd angereicherten Atmosphäre ausgesetzt, so addieren sich die Kohlenoxydwirkungen nicht einfach, sondern sie potenzieren sich. Infolgedessen ist es ratsam, wenn man als Kraftfahrer im Stauungs- und Kolonnenverkehr in eine stark mit Kohlenoxyd angereicherte Atmosphäre gerät, das Rauchen zu unterlassen. Unter ungünstigen Umständen kann es nämlich infolge der Potenzierung der Kohlenoxydwirkung zu unangenehmen Störungen der Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit kommen. Schließlich wäre hier auch noch anzuführen, daß erfahrungsgemäß bei Kohlenoxydeinwirkungen auf den menschlichen Organismus Alkohol und Narkotika kontraindiziert sind. Selbst ein geringer Alkoholspiegel im Blut kann unter Einwirkung von stark kohlenoxydhaltiger Luft für den Kraftfahrer zu höchst unerwarteten und jedenfalls die Sicherheit beeinträchtigenden Erscheinungen führen.

Überschreitet der Kohlenoxydhämoglobingehalt im Blut eine bestimmte Grenze, so daß das Kohlenoxyd nicht mehr schnell genug abgebaut und ausgeatmet werden kann, dann kommt es infolge Sauerstoffmangels zu Lähmungen der Gehirn- und Kreislaufunktionen, die schon in kürzester Zeit irreversible Schädigungen des Organismus auslösen. Eine Sättigung von etwa 20% Kohlenoxydhämoglobin führt nach den bisherigen Erkenntnissen zu Bewußtlosigkeit und Tod. Um diesen Sättigungsgrad zu erzeugen, genügen schon sehr geringe Kohlenoxydkonzentrationen in der Atemluft. Bereits 0,05% Kohlenoxyd in der Atemluft bewirken bei stundenlangem Einatmen eine tödliche Vergiftung. Bei einer Konzentration von 0,3% genügt bereits ein viertelstündiges Einatmen, um tödlich zu wirken. Aber auch weit geringere Konzentrationen in der Atemluft können bei häufigem Einatmen zu chronischen Vergiftungen mit schweren Schädigungen führen. Kopfschmerzen, Vertigo, Ohrensausen, verlangsamte Respi-

ration und Pulsfrequenz sind Erscheinungen, die auch bei der Einatmung geringerer Mengen von Kohlenoxyd auftreten können. Totes und lebendes Blut wird durch Kohlenoxyd hell kirschrot gefärbt. Durch diese Verfärbung und durch Spektralanalyse bei Zugabe bestimmter Reduktionsmittel ist Kohlenoxyd auch in den geringsten Mengen im Blut nachzuweisen. Ein Fall, der erst kürzlich durch die Presse ging, hat in eindringlicher Weise die Gefahr einer Vergiftung durch Auspuffgase im Verkehr vor Augen geführt. Diese besteht hauptsächlich bei Stauungen im Flutverkehr und beim langsamen Kolonnenfahren in engen, schlecht durchlüfteten Straßen. Besonders groß ist diese Vergiftungsgefahr bei den Heizungs- und Klimaanlage von Kraftfahrzeugen, die die Luft für den Innenraum mit Hilfe von Gebläsen aus einem außerhalb des Wagens liegenden Raum entnehmen, der im gegebenen Fall in einem beträchtlichen Gassumpf liegt.

Kohlenwasserstoffe, namentlich Benzol, können bei Dauereinwirkung auch in geringen Mengen zu bedenklich chronischen Vergiftungen führen, die Leukopenie, Abnahme der Erythrozyten und des Hämoglobins und Thrombopenie zur Folge haben können.

Im Auspuff von Dieselmotoren sind feste Bestandteile in Form von Teerverbindungen festgestellt worden, die sich bei Tierversuchen im Labor als „kanzerogen“ erwiesen haben.

Als sogenannte Klopfbremse werden den Vergaserkraftstoffen in der Regel Bleiverbindungen, wie Bleitetraäthyl und Bleitetramethyl, beigefügt. Die Beifügungen dieser Additive erreichen im allgemeinen Werte bis zu 1 g pro Liter Kraftstoff. Bleitetraäthyl und Bleitetramethyl sind beides sehr gefährliche Stoffe, die bei Einatmung neben einer auffälligen Senkung des Blutdruckes schwerste Störungen des Zentralnervensystems hervorrufen. Der gefährlichste Stoff unter diesen beiden ist das Bleitetraäthyl, weil es nämlich die einzige Art von Bleiverbindungen ist, die schnell auch durch die unverletzte Haut absorbiert wird. Die Absorption durch die Haut ist gleich gefährlich wie die Einatmung der Dämpfe. In diesem Zusammenhang muß einmal eindringlich vor der Gefahr gewarnt werden, die in der Verwendung von Vergaserkraftstoff als Waschmittel, z. B. für beschmutzte und verölzte Maschinenteile, liegt. Der größte Teil der Zerfallsprodukte der Antiklopfadditive geht in die Atmosphäre durch den Auspuff in Form kleinster Partikel über. Etwa ein Drittel bleibt im Motor oder im Auspufftopf und wird dann in Form größerer Partikel ausgestoßen. Die dabei entstehenden Verbindungen führen der Atmosphäre in einem Umfang Blei zu, der bisher stark unterschätzt worden ist. Eine Berechnung in den USA hat ergeben, daß durch die Benzinfahrzeuge im Jahr 1966 in den Vereinigten Staaten 200 000 t Blei in die Atmosphäre gelangt sind, eine Menge, die weit höher ist als alle bisher in der Industrie durch Blei verursachten Luftverunreinigungen.

RECORSAN[®] - HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

O.P. Tube zu 30 g

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Grind- und
Eiterausschläge
der Haut, an Nägeln
und Haaren,
Panaritien,
Furunkel,
Karbunkel,
Brust- und
Schweiß-
drüsenabszesse

ilon abszess- Salbe®

Saubere Anwendung
hautfreundlich



JULIUS REDEL
CESRA- Arzneimittelwerk
Haueneberstein bei Baden-Baden

Bestrebungen gehen nun dahin, Bleiadditive im Vergaserkraftstoff durch andere zu ersetzen. In der UdSSR sind derartige Beimengungen von Bleiverbindungen zum Vergaserkraftstoff in einer Reihe von Städten verboten worden.

Bei der Einatmung von Bleiverbindungen werden etwa 25 bis 50% absorbiert. Nach den Untersuchungen der WHO ist ein bestimmter geringer Bleispiegel im Blut jedes Stadtbewohners nachzuweisen. Er bewegt sich in einer Größenordnung von 15—40 μ g/100 ml. Von Experten wird dieser Wert für tolerierbar gehalten. Es besteht aber die Befürchtung, daß unter dem Einfluß weiterer Verunreinigung der Luft durch Bleiverbindungen gewisse Toleranzgrenzen, die man noch nicht genau kennt, überschritten werden könnten, was dann zu erheblichen Schädigungen von Einzelindividuen führen kann. Das tückische an der Bleivergiftung ist, daß es keine subjektiven Symptome oder objektive klinische Anzeigen gibt, die positiv eine Bleivergiftung anzeigen. Unter den Berufskrankheiten ist daher die Bleivergiftung am schwierigsten zu diagnostizieren. Allerdings weiß man, welche Systeme des Körpers davon betroffen werden können. Wie die Merkblätter des National Safety Council in den USA angeben, sind die ersten Symptome chronischer Bleivergiftungen so allgemeiner Art, daß sie ebensogut auf andere Ursachen zurückgeführt werden können, wie beispielsweise Störungen des Verdauungssystems in Form von Appetitlosigkeit, vagen Unterleibsbeschwerden, Schmerzen in den Gelenken und Muskeln usw. Der zulässige und damit ungefährliche Bleigehalt des Blutes wird von amerikanischen Forschern mit 0,01—0,06 mg pro 100 g reinen Blutes angegeben. Es sind jedoch auch Fälle bekanntgeworden, bei denen Werte um 1,5—2 mg Blei im reinen Blut noch keine Bleivergiftung verursacht haben. In diesem Zusammenhang ist aber darauf hingewiesen worden, daß Werte in dieser Größenordnung auf alle Fälle eine Indikation für die Gefährdung durch Blei sind und den unmittelbaren Anstoß geben müssen, etwas zu unternehmen.

Veränderungen in der Atmosphäre durch Auspuffgase

Eine weit gefährlichere Erscheinung im Zusammenhang mit dem Auspuff von Kraftfahrzeugmotoren ist zuerst in Los Angeles bekanntgeworden. Hier wurde zuerst der sogenannte „smoke“ beobachtet, eine Nebelart nicht natürlicher Herkunft, die nicht nur die Sichtverhältnisse bedenklich beeinflußt, sondern auch bei der Einatmung eine erhebliche Gefahrenquelle für den menschlichen Organismus darstellt, und zwar nicht nur für Menschen mit bereits geschwächter Konstitution. Personen mit bereits bestehenden Kreislaufschäden oder Schäden des Respirationsapparates sind bei solchen Nebelbildungen bereits in einer ganzen Reihe von Fällen ums Leben gekommen. Infolgedessen wird beim Eintritt einer solchen Lage in Los Angeles der Kraftfahrzeugverkehr eingestellt und die Verwendung von Brennstellen, die ihre Abgase ins Freie führen, für die Dauer der Erscheinung verboten. Die Untersuchung dieses Vorganges hat ergeben, daß die in die Luft ausgestoßenen Kohlenwasserstoffe und Stickstoffoxyde nach Erreichen eines bestimmten Sättigungsgrades in unbewegter Luft durch intensive Sonneneinstrahlung im Wege einer fotochemischen Reaktion in ein Gemisch sehr komplexer oxydierender Substanzen verwandelt werden, die dann einen dichten bräunlichen

Nebel von noch weitgehend unbekannter Zusammensetzung erzeugen. Eine derartige Erscheinung ist, außer in einigen Städten in den Vereinigten Staaten, in Europa bis jetzt nur in Genua und London beobachtet worden. Man glaubt aber zu wissen, daß die bräunlichen Dunstglocken unserer Städte im Sommer, die, wie z. B. auch über der Stadt München, weithin sichtbar sind, auf dieselbe Weise zustande kommen. Man wird daher die Augen nicht davor verschließen können, daß unter der Voraussetzung der gleichen extremen meteorologischen Bedingungen eines Tages derartige Erscheinungen auch bei uns auftreten können.

Anschr. d. Verf.: Adolf v. Lippmann, Reischach 10, 8201 Prutting über Rosenheim

AMTLICHES

Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München

Landgerichtsrat Dr. Johann FUCHS wurde auf die Dauer von fünf Jahren zum Stellvertreter des Untersuchungsführers des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München ernannt.

(Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern)

Verordnung über die Errichtung einer Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen

Vom 27. Dezember 1968

Aufgrund des § 1 der Verordnung über die Einrichtung der staatlichen Behörden vom 31. März 1954 (BayBS I S. 37) wird bestimmt:

1. Im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird eine Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen errichtet.
2. Die Akademie soll zur Ausbildung und Fortbildung von Ärzten und sonstigem Personal von Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens und zur angewandten Forschung auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens beitragen.
3. Zur fachlichen Beratung der Akademie wird ein Beirat gebildet.

In den Beirat können berufen werden

- a) je ein Vertreter der Länder, die ihre Ärzte in den Lehrgängen der Akademie zur Vorbereitung auf die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst ausbilden lassen,
 - b) ein Leiter eines Gesundheitsamtes,
 - c) ein Medizinalreferent einer Regierung,
 - d) ein Mitglied des Prüfungsausschusses für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes,
 - e) weitere Sachverständige nach Bedarf.
4. Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1969 in Kraft.

Schon vor 1945 hatte in München eine Staatsmedizinische Akademie bestanden. Ihre Aufgaben nahm in der Zwischenzeit das Bayerische Staatsministerium des Innern wahr. Bereits seit den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts werden in München Amtsärzte in besonderen Lehrgängen ausgebildet.

Der nächste Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung beginnt im Herbst 1969. Interessierte können Ärzte sich schon jetzt bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, anmelden.



Confludin

Wenn
sich das Herz
bemerkbar macht...

muß es nicht immer eine manifeste und dekompensierte Herzinsuffizienz sein. Dann entscheidet sich der Arzt für die kleine Herztherapie. Um die kleine Herztherapie noch effektiver zu machen, wurde Confludin® entwickelt.

Confludin® ist myokard- und koronarwirksam. Confludin® verhindert eine abrupte Veränderung der gestörten Kardialfunktionen, so daß Hyper- und Hypotoniker Confludin® ohne Nebenwirkungen vertragen. Confludin® kumuliert nicht. Confludin® hat einen sekundär tranquillisierenden Effekt . . ., alles Wirkungen, die das funktionell gestörte Herz wirksam regulieren.

Unter Confludin® macht sich das Herz nicht mehr bemerkbar. Der Patient ist zufrieden.

Verschreibungsformen: Tropfen 20 und 50 ml
Dragees 40 und 100 Stück



Arznei Müller Bielefeld

Niemand

macht es

preiswerter!

DURAPHENICOL DURAPHENICOL 500

Chloramphenicol + Vit. B-Komplex
in Kapselform

Packungen/Preise lt. AT. m. MWSt.:

12 Kapseln DURAPHENICOL			
250 mg DM 6.15		500 mg DM 9.50	
24 Kapseln DURAPHENICOL			
250 mg DM 11.60		500 mg DM 17.90	
100 Kapseln DURAPHENICOL			
250 mg DM 36. -		500 mg DM 53.20	

Zusammensetzung:

1 Kapsel DURAPHENICOL enthält:
250 mg Chloramphenicol + Vit. B-Komplex

1 Kapsel DURAPHENICOL 500 enthält:
500 mg Chloramphenicol + Vit. B-Komplex



DURACHEMIE
GmbH & Co. K.G.
DUISBURG

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Zur Meldepflicht des Leichenschauers

Urteil des Bayerischen Obersten Landesgerichtes vom
23. Januar 1969 — RReg. 4 a St 157/68

Leitsatz

Von der in Art. 43 des Polizeistrafgesetzbuches für Bayern (PStGB) bestimmten Anzeigepflicht für Leichenschauer bei dem Verdacht eines gewaltsamen Todes sind ausgenommen Fälle, in denen der Tod dem natürlichen Verlauf eines vom behandelnden Arzt einwandfrei festgestellten Leidens oder Krankheitszustandes entspricht. Zum natürlichen Ablauf der Dinge gehört dabei im Einzelfall auch, wenn das festgestellte Leiden oder der festgestellte Krankheitszustand zu einem Sturz und damit zu Verletzungen führt, wie sie sonst bei Unfällen vorliegen können, die möglicherweise auf ein alleiniges oder zumindest mitwirkendes Verschulden Dritter zurückzuführen sind.

Aus den Gründen:

I.

1. Gegen die beiden angeklagten Ärztinnen war wegen je einer vorsätzlich begangenen Übertretung des Art. 43 Abs. 1 PStGB in Verbindung mit § 9 Abs. 2 der Oberpolizeilichen Vorschriften über die Leichenschau vom 20. 11. 1885 (BayBS II S. 134) Anklage erhoben. Das Amtsgericht W. ließ die Anklage nur wegen fahrlässig begangener Taten zu und sprach mit Urteil vom 21. 6. 1968 beide Angeklagten frei.

2. Das Amtsgericht geht von folgendem Sachverhalt aus: Am 22. 9. 1967 wurde der 79jährige Rentner K. unmittelbar vor seinem Wohnanwesen mit Gesichtsverletzungen, einem Unterkieferbruch sowie Schürf- und Prellwunden an den Händen und den Knien aufgefunden und sofort ins Kreiskrankenhaus W. verbracht. Dort verstarb er am 4. 10. 1967 an Herz-Kreislaufversagen. Die behandelnden Ärzte nahmen aufgrund der Angaben des Patienten und seiner Angehörigen an, er habe sich die Verletzungen durch einen Sturz, hervorgerufen durch einen Schwindelanfall — K. hatte u. a. Zerebralsklerose —, zugezogen. Später tauchte der Verdacht auf, K. sei möglicherweise von einem bis jetzt unbekannt gebliebenen Kraftfahrzeug angefahren worden.

Am 4. 10. 1967, „als noch nicht die Rede davon war, daß K. möglicherweise durch einen Kfz-Unfall die Verletzungen erlitten hatte“, nahm die Angeklagte Dr. H. die Leichenschau vor. Eine Anzeige an die Gemeinde wegen des Verdachts eines gewaltsamen Todes unterließ sie. Die Leiche wurde zur Feuerbestattung nach M. überführt. Am 5. 10. 1967 nahm hier die Angeklagte Dr. P. als Amtsärztin der Stadt M. die nach dem Gesetz über die Feuerbestattung erforderliche zweite Leichenschau vor. Auch sie unterließ eine Anzeige an die Gemeinde.

...

3. Die Revisionen der Staatsanwaltschaft rügen die Verletzung des sachlichen Rechts. Die Staatsanwaltschaft meint insbesondere, daß das Amtsgericht den Begriff des gewaltsamen Todes verkannt habe. Im übrigen habe allenfalls ein Verbotsirrtum (Subsumtionsirrtum) vorgelegen. Ein solcher sei bei beiden Angeklagten nicht entschuldbar, weil sie sich kraft ihres Amtes als Leichenschauer über den Begriff des gewaltsamen Todes Klarheit hätten verschaffen können und müssen.

II.

Die zulässigen Rechtsmittel sind unbegründet.

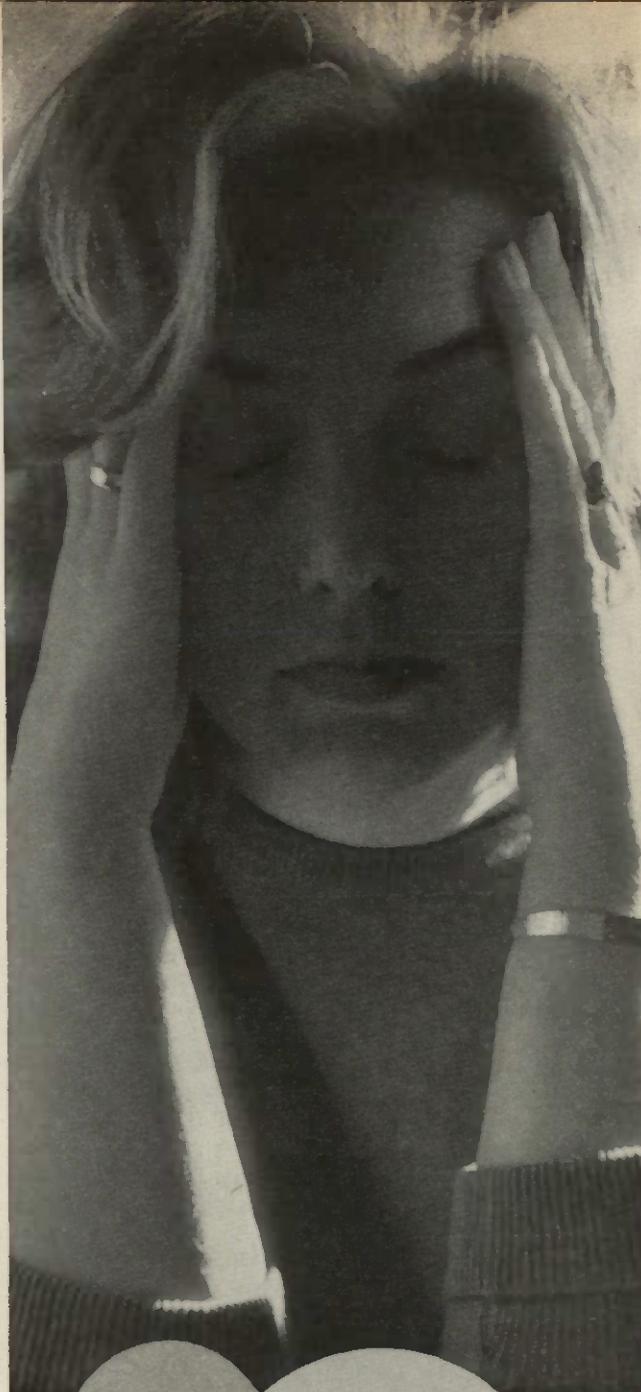
1. Nach Art. 43 Abs. 1 PStGB werden u. a. Leichenschauer bestraft, wenn sie bei Ausübung ihres Berufes von Todesfällen, welche den Verdacht eines gewaltsamen Todes erregen, Kenntnis erlangen und hiervon nicht sogleich der Verwaltungsbehörde Anzeige machen. Inhaltsgleich mit dieser Vorschrift ist § 9 Abs. 2 der Oberpolizeilichen Vorschriften über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung vom 20. 11. 1885 (BayBS II S. 134), die ihrerseits auf § 159 StPO hinweisen. Art. 43 PStGB dient ersichtlich der Aufklärung aller nicht natürlichen Todesfälle, also in erster Linie der Aufdeckung von Kapitalverbrechen, aber auch der notwendigen Aufklärung bei Selbstmorden und Unglücksfällen (Käab-Rösch, LStVG, 2. Aufl., Rdnr. 1 zu Art. 43 PStGB). Dies ergibt sich auch aus der früheren Dienstanweisung der Leichenschauer im Anhang zu den obengenannten Oberpolizeilichen Vorschriften. Dort war als Zweck der Leichenschau bezeichnet:

„Die Verheimlichung von gewaltsamen oder durch strafbare Vernachlässigung oder medizinische Puschereien herbeigeführten Todesarten zu hindern, zur Ermittlung ansteckender Krankheiten sowie zur Herstellung genauer Sterbelisten mitzuwirken und die Beerdigung Scheintoter zu verhüten.“

Die Verwaltungsbehörde (Gemeinde- oder Polizeidienststelle, vgl. Käab-Rösch, aaO, Rdnr. 9) ist als Empfängerin der Anzeige gemäß § 159 Abs. 1 StPO zur sofortigen Weiterleitung der Anzeige an die Staatsanwaltschaft oder an den Amtsrichter verpflichtet, die dann prüfen, ob eine richterliche Leichenschau (unter Zuziehung eines Arztes als Sachverständigem) oder die Leichenöffnung veranlaßt ist. In der von den Bayerischen Staatsministerien der Justiz, des Innern und der Finanzen aufgrund des § 159 StPO erlassenen Bekanntmachung vom 3. 12. 1953 (StAnz. Nr. 52, BayBS VJu IV S. 173), in der nähere Anordnungen über die Pflichten der Polizeidienststellen in den Fällen des § 159 StPO getroffen sind, ist in Abschnitt II Nr. 1 als „nicht natürlich“ der „durch eine strafbare Handlung, durch Selbstmord oder sonst durch äußere Einwirkung herbeigeführte Tod“ erläutert.

Nach dem dargelegten Zweck des Art. 43 PStGB, aufgrund des angeführten, das weitere Verfahren der Adressaten der Anzeige betreffenden Vorschriften und auch im Hinblick auf die Klarlegung des Begriffs des nicht natürlichen Todes in der Bekanntmachung vom 3. 12. 1953 müssen von der in Art. 43 PStGB bestimmten Anzeigepflicht alle Fälle ausgenommen bleiben, in denen der Tod dem natürlichen Verlauf eines vom behandelnden Arzt einwandfrei festgestellten Leidens oder Krankheitszustandes entspricht. Zum natürlichen Ablauf der Dinge gehört dabei im Einzelfall auch, wenn das festgestellte Leiden oder der festgestellte Krankheitszustand zu einem Sturz und damit zu Verletzungen führt, wie sie sonst bei Unfällen vorliegen können, die möglicherweise auf ein alleiniges oder zumindest mitwirkendes Verschulden Dritter zurückzuführen sind.

Überdies müssen für den Verdacht, daß der Tod nicht auf natürliche Weise eingetreten ist, tatsächliche Anhaltspunkte vorhanden sein. Der Verdacht kann erregt werden durch objektive äußere Anzeichen oder sonstige Umstände, z. B. Verletzungen, die der Leichenschauer wahrnimmt, aber auch durch Mitteilungen dritter Personen allein oder in Verbindung mit sonstigen An-



Psychatrin®

Depressive Gemütszustände, Angst, Stresssituationen, Wetterföhligkeit, diabetische und arteriosklerotische Gemütsverstimmmungen. Hepaticum.

20 und 100 Dragées
1 Dragée enthält:
Extr. Hyperic. e herba aicc. stand. 250 mg
(0,3 mg Hypericin), 50 mg Vit. C,
Chlorophyll.

zeichen. Immer wird es auf die Gegebenheiten des Einzelfalles ankommen. Je ungewöhnlicher der Todesfall an sich ist, desto näher liegt ein Verdacht. Allerdings braucht der Leichenschauer weit entfernt liegende, nur theoretische Möglichkeiten nicht in den Kreis seiner Erwägungen einzubeziehen (vgl. dazu auch Bengl-Berner-Emmerig, LStVG, Anm. 3 b zu Art. 43 PStGB).

2. Unter Berücksichtigung dieser allgemeinen Grundsätze ist jedenfalls im Ergebnis die Verneinung des Tatbestandes des Art. 43 PStGB durch das Amtsgericht nicht zu beanstanden.

...

MITTEILUNGEN

Strauß prüft Steuerwünsche der freien Berufe

Neue Denkschrift in Bonn „mit Interesse“ zur Kenntnis genommen.

Die neue Denkschrift zur Besteuerung der freien Berufe, von der Steuerexperten-Kommission ihres Bundesverbandes unter Vorsitz von Rechtsanwalt Dr. jur. Hans-Joachim HEBER, Düsseldorf, und unter Mitwirkung des Soziologen und Lehrbeauftragten J. F. Volrad DENEKE, Bad Godesberg, erarbeitet, hat der Bundesminister der Finanzen, Dr. h. c. Franz Josef STRAUSS, wie er wissen ließ, „mit Interesse zur Kenntnis genommen“. Dem Präsidenten, Dr. med. dent. Karl WINTER, Düsseldorf, sagte er schriftlich zu, die Vorschläge zur gerechteren Besteuerung in seinem Haus sorgfältig zu prüfen. Zu diesem Grunde ließ er sie bereits der Steuerkommission des Bundes zuleiten.

Der Bundesverband der freien Berufe, der als Dachorganisation von 47 Mitgliedsverbänden die Interessen von rund 300 000 Freiberuflern im Bundesgebiet vertritt, hatte die Denkschrift vorgelegt, um generell eine gerechtere Besteuerung zu erreichen. Dabei wurde von bisher völlig neuen Gesichtspunkten der sogenannten „Lebensleistung“ wie die für freie Berufe besonderen Bedingungen für Ausbildung, Berufstätigkeit und Risikovorsorge ausgegangen. Angestrebt wird jedoch nicht etwa eine Sonderstellung der freien Berufe, sondern ihre stärkere Berücksichtigung in einem gerechteren Steuersystem. So soll z. B. der verhältnismäßig späte Beginn ihrer praktischen beruflichen Tätigkeit durch gestaffelte Tarifaufschläge bei der Einkommensteuer-Veranlagung berücksichtigt werden. Steuerfreie Rücklagen sollen der Bildung von „Berufsvermögen“ dienen, wozu Ausstattung und Investitionen gehören sollen. Daneben sollte das „Vorsorgevermögen“ eine selbstverantwortliche, den freien Berufen entsprechende Sicherung gegen die Wechselfälle des Lebens sowie für das Alter und die Hinterbliebenen ermöglichen.

Nach dem geltenden Steuerrecht sind die freien Berufe gegenüber den Arbeitnehmern immer noch erheblich benachteiligt.

— bfb III/89 —

Errichtung einer Werkstatt für geistig Behinderte in Regensburg

Beschützende Werkstätten als Arbeitsstätten für Behinderte, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht bestehen können, sind dringend notwendig, um solchen Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Es ist daher sehr zu begrüßen, daß durch die Initiative eines freien Trägers erneut eine solche Einrichtung in Bayern geschaffen werden kann. Die maßgebliche Beteiligung der kommunalen Gebietskörperschaften verdient Anerkennung und Nachahmung.

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Dr. Bruno MERK, bewilligte der Ortsvereinigung Regensburg des Vereins „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind“ mit dem Sitz in Oberisling einen Zuschuß von DM 100 000.— zur Errichtung einer beschützenden Werkstatt für 50 geistig Behinderte in Regensburg-Lappertsdorf.

Die Stadt Regensburg, der Landkreis Regensburg sowie der Bezirk Oberpfalz beteiligen sich an der Finanzierung des Projekts mit zusammen DM 160 000.—. Damit wird über die Hälfte der für den Bau und die Ausstattung der Einrichtung erforderlichen Mittel, die insgesamt DM 506 300.— betragen, von der öffentlichen Hand aufgebracht. Tatkräftige Unterstützung leistet die Stadt Regensburg. Sie gewährt einen Zuschuß von DM 80 000.—. Im übrigen wird die Einrichtung mit beträchtlichen Eigenleistungen des Trägers von DM 116 300.—, einem Zuschuß der „Aktion Sorgenkind“ von DM 80 000.— und einem Bankdarlehen von DM 50 000.— finanziert.

Treffen der Luftwaffen-Studenten-Kompanie Göttingen

Die ehemaligen Medizinstudenten der Luftwaffen-Studenten-Kompanie Göttingen (Schülerkompanie) treffen sich anlässlich der 1. Diagnostik-Woche, die vom 6.—10. Juni 1969 in Karlsruhe stattfindet, am Samstag, den 7. Juni 1969, 20.00 Uhr, mit Damen, im „Parkhotel“, 7500 Karlsruhe, Ettlinger Straße 23.

Anmeldungen sind zu richten an: Dr. med. H.-J. Uhlemann, 7500 Karlsruhe-Durlach, Pfnztaustraße 32.

Quartierbestellungen nimmt der Verkehrsverein Karlsruhe e. V., 7500 Karlsruhe, Bahnhofsplatz 8, entgegen.

Mitteilung der Melusin Arzneimittel GmbH

Die Melusin Arzneimittel GmbH, Düsseldorf, hat ihre Präparate

effox spezial (Mittel zur Gewichtsabnahme)
und

Phlemin (Nikotinentwöhnungsmittel
mit appetithemmender Komponente)

aus dem Handel gezogen.

Tonsilgon®

Basistherapie
bei lymphathischen Reaktionen
(Tonsillitiden, Pharyngitiden, chronischem Racheninfekt)

BIONORICA KG
NÜRNBERG

Obstipation?



Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Februar 1969*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Nachdem im Januar die Erkrankungsziffer an Scharlach ziemlich niedrig war — 47 Fälle je 100 000 Einwohner (auf ein Jahr umgerechnet) —, stieg sie im Februar wieder auf 58. Gegenüber dem Vormonat kaum verändert war die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung.

Typhus, Paratyphus und Ruhr traten im Februar wie in den vorhergegangenen Wintermonaten nur in einigen

wenigen Fällen auf. Die Ziffer der Salmonellose-Erkrankungen (durch Salmonella-Bakterien erregte Darm-entzündung) ging im Berichtsmonat geringfügig von sechs auf fünf je 100 000 der Bevölkerung zurück. Ebenso sank die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung), und zwar von 42 im Januar auf 36 im Februar, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. Februar bis 1. März 1969 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus ob-dominalis		Para-typhus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritide Infectiosa						
					Kleberruhr		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		Übrige Formen				
	E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		der. paraf. Fälle		Meningo-kokken-Meningitis		Übrige Formen		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	191	—	—	—	—	8	—	6	—	—	—	2	—	—	—	1	—	17	—	—	
Niederbayern	1	—	17	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	1	—	7	—	—	
Oberpfalz	—	—	28	—	—	—	—	2	—	1	—	—	1	—	2	—	—	—	—	1	—	—	
Oberfranken	—	—	97	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	
Mittelfranken	—	—	58	—	—	—	—	6	2	7	—	—	1	—	—	—	—	—	—	10	—	—	
Unterfranken	—	—	23	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
Schwaben	1	—	45	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	
Bayern	2	—	459	—	—	—	—	20	2	20	—	—	2	—	4	—	3	—	3	—	40	—	1
München	—	—	121	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	7	—	—	
Nürnberg	—	—	31	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	
Bayern	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
Regensburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose				Brucellose				Leptospirose				Malaria-Ersterkrankung		Toxoplasmosose		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
					Psittakose		Übrige Formen		Bang'sche Krankheit		(Übrige Formen)		Feldfieber		Conicolofieber							
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	2	—	80	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	25
Niederbayern	—	—	55	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—
Oberpfalz	—	—	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	29
Oberfranken	—	—	24	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Mittelfranken	—	—	23	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3
Unterfranken	—	—	39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	10
Schwaben	—	—	39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	10
Bayern	2	—	290	1	2	—	4	—	1	—	2	—	1	—	1	—	1	—	10	—	—	84
München	—	—	41	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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

NEUE THERAPEUTIKA

Lanacard[®] 1/4 Lanacard[®] 1/8 (früher Lanacard)

Zusammensetzung: Lanacard 1/4: 1 Dragée enthält 0,250 mg Digoxin, 0,125 mg wasserlösliche Lanataglykoside in 0,833 mg Begleitstoffen gleicher Hydrophilie (Lanacardin[®]).

Lanacard 1/8: 1 Dragée bzw. 1/2 ml Liquidum (= 12 Tropfen) enthält 0,125 mg Digoxin, 0,125 mg wasserlösliche Lanataglykoside in 0,833 mg Begleitstoffen gleicher Hydrophilie (Lanacardin[®]).

1 Suppositorium enthält 0,350 mg Digoxin, 0,350 mg wasserlösliche Lanataglykoside in 2,330 mg Begleitstoffen gleicher Hydrophilie (Lanacardin[®]).

Indikationen: Tachykardie, normo-frequente und leicht bradykarde Herzinsuffizienz jeder Genese, absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern.

Nebenwirkungen: Bei Hypokaliämie kann es zum Auftreten von Unverträglichkeitserscheinungen kommen, die sich nach Absetzen von Lanacard und Substitution von Kalium zurückbilden.

Dosierung: Zur mittleren Sättigungsbehandlung über fünf Tage 3× tgl. 1 Dragée Lanacard 1/4 bzw. 2 Dragées Lanacard 1/8 bzw. 25 Tropfen bzw. 1 Suppositorium. Zur Erhaltungstherapie 2× tgl. 1 Dragée Lanacard 1/4 bzw. 4× tgl. 1 Dragée Lanacard 1/8 bzw. 12 Tropfen bzw. 2× tgl. 1 Suppositorium.

Handelsform: Lanacard 1/4:

- OP mit 20 Dragées DM 2,04 o. MwSt.
- OP mit 50 Dragées DM 4,34 o. MwSt.
- OP mit 100 Dragées DM 8,30 o. MwSt.
- Anstaltspackung mit 500 Dragées.

Lanacard 1/8:

- OP mit 20 Dragées DM 1,90 o. MwSt.
- OP mit 50 Dragées DM 4,06 o. MwSt.
- OP mit 100 Dragées DM 7,63 o. MwSt.
- Anstaltspackung mit 500 Dragées.

Lanacard Liquid.:

- OP mit 10 ml DM 1,90 o. MwSt.
- OP mit 25 ml DM 4,06 o. MwSt.
- OP mit 50 ml DM 7,63 o. MwSt.
- Anstaltspackung mit 250 ml.

Lanacard Suppos.:

- OP mit 10 Suppos. DM 3,71 o. MwSt.

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

Novogen[®]

Tagesanalgetikum. Verschreibungspflichtig. Novogen ist ein neuartiges Analgetikum insofern, als es nicht nur akute und chronische Schmerzen für eine Zeitdauer bis zu 8 oder 10 Stunden behebt, sondern vor allem auch das oft nachwirkende Mißempfinden sowie die Abgeschlagenheit prompt beseitigt.

Zusammensetzung: Jedes Dragée enthält: Dimethylaminophenyl-dimethylpyrazolon 150 mg, Phenyl-dimethylpyrazolon

135 mg, Acid. isoamylaethylbarbituric. 50 mg, Coffein. citric. 15 mg, N, N-Dimethyl-β-phenylisopropylamin-hydrochlorid 5 mg.

Indikationen: Schmerzzustände bei grippalen Infekten und Erkältungskrankheiten, bei rheumatischen Erkrankungen, vaskulären Kopfschmerzen, Föhn- und wetterbedingten Beschwerden, neuralgischen Schmerzen, Herpes-zoster-Schmerzen, dysmenorrhöischen Beschwerden, postoperativen Schmerzen, nach Alkoholabusus sowie bei allen starken Schmerzen.

Dosierung: Meistens genügt die Einnahme eines Dragées nach dem Frühstück, um den Patienten von Schmerzen zu befreien und ihn unbeschwert seinem Beruf nachgehen zu lassen. Mittags wird durchweg ein weiteres Dragée genommen. Gegen das Einnehmen von morgens 2—3 Dragées oder insbesondere auch bei einem Migräneanfall bestehen keine Bedenken.

Handelsform: 20 Dragées in moderner Durchdrückpackung DM 4,60.

Hersteller: Temmler-Werke, 3550 Marburg.

Redul[®] plus, Redul[®] plus forte (rezeptpflichtig)

Zusammensetzung: Redul plus: 1 g Redul-Natrium + 0,1 g Buformin in Retard-Form; Redul plus forte: 1 g Redul-Natrium + 2× 0,1 g Buformin in Retard-Form.

Indikationen: Orales Antidiabetikum für den übergewichtigen oder zu Übergewicht neigenden Altersdiabetiker.

Ungenügendes Ansprechen eines Altersdiabetes auf β-zytrotrope Monotherapie

a) bei der Ersteinstellung (sogenannte Primärversager)

b) nach zunächst erfolgreicher Behandlung (sogenannte Sekundärversager).

Kontraindikationen: Diabetisches Koma und Präkoma, starke Azetonurie, Stoffwechselbelastungen (Infektionskrankheiten, Operationen, Unfälle, langdauernde Kortikosteroidtherapie), Niereninsuffizienz, Schwangerschaft.

Dosierung: Die Kontrollpackung Redul plus enthält für jeden Tag 1 Tablette Redul zu 1 g (länglich/gelb) und 1 Dragée Buformin retard (rund/weiß).

Die Kontrollpackung Redul plus forte enthält für jeden Tag 1 Tablette Redul zu 1 g und 2 Dragées Buformin retard.

Im allgemeinen gilt für Redul plus: tgl. 1 Tabl. Redul zu 1 g vor und 1 Dragée Buformin retard zu 0,1 g nach dem Frühstück. Bei Verordnung von Redul plus forte wird zusätzlich ein 2. Dragée Buformin retard zu 0,1 g eingenommen, und zwar nach dem Mittag- oder Abendessen.

Handelsformen: Redul plus: Kontrollpackung mit

28 Tabletten zu 1 g Redul +

28 Dragées zu 0,1 g Buformin retard DM 24,15 m. MWSt.

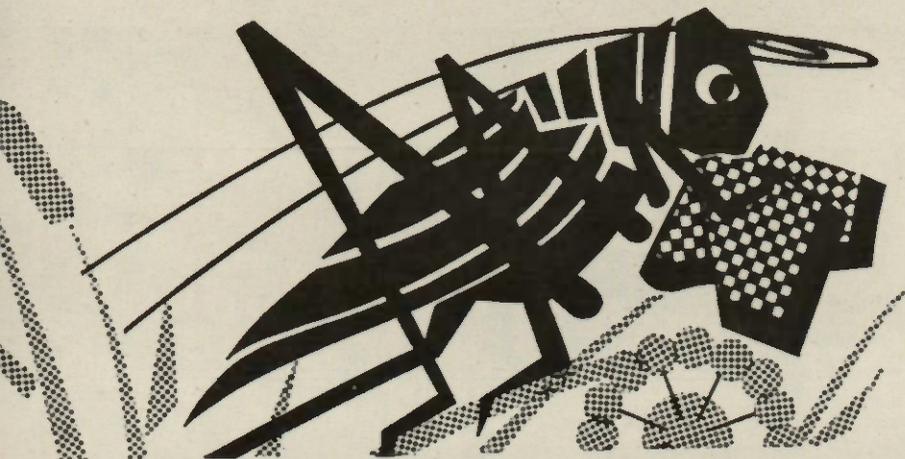
Redul plus forte: Kontrollpackung mit

28 Tabletten zu 1 g Redul +

56 Dragées zu 0,1 g Buformin retard DM 32,— m. MWSt.

Hersteller:

Bayer, 5090 Leverkusen, und Schering AG, 1000 Berlin.



Bei Heuschnupfen

Prosplen

Biologisches Antiallergikum

O.-P. 25 Dragées

O.-P. 100 Dragées

O.-P. 10 ccm Tropfen



IFAH GMBH · HAMBURG

BUCHBESPRECHUNGEN

Dr. Walther KOERTING: „Die Deutsche Universität in Prag — Die letzten hundert Jahre ihrer Medizinischen Fakultät.“ Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer, 1968, 301 Seiten, broschürt, kostenlose Abgabe an Interessenten.

Seien wir uns bewußt: das weiß-blaue Rautenfeld entstammt dem böhmischen Raum. Diese Tatsache allein ist Anlaß genug, ein *eximium opus* zu würdigen, das ein in der Medizingeschichte nicht unbekannter einstiger Prager Gynäkologe hier dankenswerterweise mit einer philologischen Akribie vor Augen führt; bescheiden in der Herstellungsgestaltung — dies hindert nicht, dem Herausgeber erst recht zu danken —, persönlich zurückhaltend in der Darstellung, die ganz gewiß in solchem dokumentarischem Fall des Pragmatismus nicht entraten konnte. Denn hier ist er am Platz, und die Ordnung richtet sich nach der Ausbreitung der Fachdisziplinen, zu deren jeder ein Kleindrucktext vorgeht, der mit großer jahrelanger Mühseligkeit die Entstehung und Entwicklung des Lehrfachs vorträgt. Wie viele Fachredner werden davon Gebrauch machen können! Das Werk war weiterhin ein *Desiderat*, da ja schon andere Fakultätsgeschichten sparsam sind. Verfasser will von den letzten 100 Jahren reden und muß doch — wie Faust — im stillen bekennen: „Hier stock' ich schon.“ Wie das singende Kind, im Wald sich beruhigend, beginnt daher das Vorwort zunächst mit jener Quellensichtung, die sich aus dem Geschehen der Umsiedlung ergibt. Der bayerische Raum wurde nicht ohne Gastgeschenk durchdrungen. Die Bibliotheksquellen flossen dem Bemühen zu, die Institutionen zollten Beiträge bei, und dennoch mußte manches untergehen, was Emigration und Umsiedlung zerstreuen ließen. Wie weit dieser Prager Raum in unser Land auslangt, von Regensburg und Würzburg bis Breslau und Berlin, das weiß der Schreiber dieser Zeilen, der heute noch davon zehrt, was ihm die mächtige Gestalt eines Friedrich Kraus beigebracht hat.

Doch adaptieren wir uns zunächst dem weiteren Atemzug des Autors. Die letzten hundert Jahre bedingen eine Aufklärung der höchst verwickelten jahrhundertlangen geschichtlichen Vorgänge.

Sie beginnen nicht im Land selbst, sie umspielen die Pontifikalzeit Klemens' VI. (Petrus Roger), des Abtes von Fécamp und Lehrers Karls IV. Die entsprechende Papstbulle von 1347 ist vom Verfasser abgedruckt. Was bedeutet das? Man darf darauf hinweisen, daß in dieser karolinischen Zeit in Böhmen eine große religiöse Bewegung aufbrach, die einige Weltbedeutung hatte. Karl selbst war von väterlicher Seite her Luxemburger, durch die Mutter ein Premyslide. Gerade dieser Einschub war von besonderer staatspolitischer Wirkung, wenn er auch die „*Connaissance du monde*“ in Frankreich gelernt hatte. Und in den Wirrungen stand ihm eben jener Roger zur Seite. Diese Komponenten — im Buch dokumentarisch belegt, aber verständlicherweise nicht ausgeführt — muß man kennen, um auf jenes Prag als Mittelpunkt eines wachsenden Großstaates zuzugehen. War es nicht Frankreich gelungen, mehrere

Völker zu einigen, warum nicht hier exemplarisch die zwei vorhandenen? All das sollte ohne völkische Abschließung geschehen. Und so langte dieses neue Reich mit großem Schritt aus: als Karl starb, rechneten dazu Mähren und Schlesien, Ober- und Unterlausitz, Oberrhein zu großem Teil und bis Nürnberg hinein reichende luxemburgische Besitzungen. 1344 erstand das Erzbistum; im Verhalten war Karl fortschrittlich, er stand abseits der Deutschen Mystik, abseits der „*Devotio moderna*“. Dies muß man als Hintergrund aufleuchten lassen, um die Universitätsgründung 1348 zu begreifen. Der Dominikaner Johann Dambach richtete das Generalstudium ein. So wurde Prag durch die Universitätsgründung zur Hauptstadt des Deutschen Reiches, Karl stiftete das Allerheiligenkolleg für verdiente Professoren auf der Burg und das Karlskolleg 1366. Zu den Landsmannschaften zählten bayerische, sächsische, polnische Volkszugehörigkeiten. In der böhmischen Nation war das Tschechische maßgebend. Der Kaiser nahm, wie der legendäre Karl der Große, am Unterricht teil. Es war die Zeit der nominalistischen Richtung der Theologie.

Geistige Weltmacht war hier erstanden, die Hochschule war eine Weltuniversität. Man kann ruhig behaupten, daß die karolinische Gründung als Idee neben der des alexandrinischen oder napoleonischen Weltreichs stehen kann. Um so tragischer waren die Wirkungen seines Todes. Wenzel IV. war schwach, so daß sich die nationalen Spaltungen vertieften. Dies wiederum stärkte den tschechischen Widerstand. Die karolinische Überlegenheit der Person war dahin. Nationale Kämpfe entstanden. Schon 1384 wirkte sich dies auf die Universität aus, da Tschechen und Deutsche gegeneinander hadereten. Das Karlskolleg wurde umstritten, auf deutscher Seite setzte sich der Rektor Konrad von Soltau dafür ein. Der Exodus der Professoren um 1400 ist bekannt. Man ging nach Heidelberg, Erfurt, Köln, Wien, Krakau. Verfasser dokumentiert als nächste Etappe das unselige Kuttenberger Dekret: Wir befinden uns in der Zeit, in der Johann Hus Priester wurde. Wenige Jahre danach entstand das bewußte Dekret (1409). Die Tschechen hatten sich einen solchen Stimmerfolg nicht erhofft (böhmische Nation 3 Stimmen, der Rest nur je eine). Zum Dank wurde Hus Rektor nach dem neuen Statut. Wenzels Deutschenhaß hing mit politischen Mißerfolgen zusammen. Aus dem endenden 16. Jahrhundert führt Verfasser einen eigenartigen Mann vor, der als Protestant (damals waren die Lutheraner eine Hauptstütze in Böhmen für die Deutschen) zugleich Arzt, Historiker und Diplomat war; schon in Wittenberg war er außerordentlicher Professor für Chirurgie, später ordentlicher Professor der Anatomie: Johannes Jessenius von Jessen. Er wirkte besonders in der Politik der ungarischen Stände um 1609. Die Vielfalt der Auswirkungen kennzeichnet deutlich den beginnenden Barock, zu dem dann auch der hier nicht genannte antipelagianische Theologe und Arzt Hieronymus Hiernheim und der platonische Kepleranhänger aus Böhmen, der Arzt Marcus Marci (1635) gehören. Jessenius traf, als Widersacher Ferdinands I., ein tragisches Geschick; er wurde verhaftet und grausam exekutiert (1621).

Zur risikolosen lokalen
antibakteriellen Therapie

TYROSUR[®]

Engelhard

Salbe

Wund-Puder

Diese Tyrothricin-Präparate
verursachen keine Sensibili-
sierungen und sind in ihrem
Wirkungsbereich den
Penicillin-Präparaten analog.



Fabrik pharmazeutischer Präparate Karl Engelhard · Frankfurt a. M. · gegr. 1872

Die neue Situation liegt so: Das Carolinum wurde den Jesuiten überlassen. Der Erzbischof errichtete ein Seminar mit Promotionsrecht, und Ferdinand III. verselbständigte die weltlichen Fakultäten der Juristen und Mediziner (Carolina). 1654 erfolgte Vereinigung der Jesuitenakademien mit der Carolina. Kaiser Leopold I. adelte sämtliche erfolgreichen Schüler des Königlichen Wenzel-Gymnasiums.

Die Forderung nach einer eigenen deutschen und eigenen tschechischen Universität wurde 1866 bei Verdienst von A. Knoll und E. Hering erhoben. 1882 erfolgte unter Franz Joseph die Schaffung der tschechischen Universität. Nach Untergang der österreichischen Monarchie blieb die deutsche Universität erhalten, und zwar innerhalb der tschechoslowakischen Republik. Die Spannungen blieben. Das sogenannte „Protektorat“ übernahm die Universität ins Reich. Im Jahr 1848 meldeten sich zugleich mit dem Ersten Allslawischen Kongreß slawische Verselbständigungen an; die im Märzsturm gebildete „Akademische Legion“ wurde 1849 aufgelöst. Soweit die Vorgeschichte in großen Zügen, die in den Hauptteil der letzten 100 Jahre überleitet. Dieser homerische Schiffskatalog von hochbedeutenden Gelehrten der Medizin kann nur auswahlweise, also leider subjektiv, wiedergegeben werden. Kußmauls Schilderung des dem heiteren Wien gegenüber dem düsteren Prag wird vorangesetzt; sie enthält die Fortschrittlichkeit der psychiatrischen Disziplin, die im Gegensatz zum perennierenden „Wiener Gugelhupf mit die Weinbeerln“, wie man den „Narrenturm“ nahe der Pathologie nannte (Ref.) mit Riedel begann und die Tradition über Anton Pick, Gabriel Anton (später in Halle), Jahnel (Neuroserologie), Sittig, Pözl, zum tragischen Ende Gampers im Waldensee, bis zum Bonhöffer-Schüler Kurt Albrecht, in der Protektoratszeit führte. Verfasser schildert die Lage der deutschen Kliniken um 1938 samt Anstalten. Bei Schilderung der Anatomie lesen wir die Namen des so witzigen Hyrtl, Purkinjes und Gads (Lehrer Goldscheiders — Ref.). Die Histologie erinnert an Flemming, Toldt und Siegmund Mayer. 1884 wurde das Hygienische Institut in den Kellerräumen der Physiologie errichtet, um erst 1907 einen Neubau zu finden. Die Analogie an die Kämpfe des verstorbenen Münchner Hygienikers Braun drängen sich auf.

Auch die 1885 in Kellerräumen eingerichtete Pharmakologie bedurfte einer Wartezeit in der Pathologie bis zum ersten Weltkrieg. Diese selbst mit Prosektur befand sich in Nähe von Krankenzimmern; schließlich erstand ein Neubau 1859. Die Gründung des Josephinischen Prager Allgemeinen Krankenhauses trug den Stempel sozial-aufklärerischer Ziele (Armenbehandlung). 1820 wurde ein Zubau nötig. Der Grund der Chirurgie wurde 1873 zur Zeit der Berufung Heines gelegt. Auch hier hielt die Beengung bis 1938 an. Darunter litten Gussenbauer und Wölfler. Daß nach altem Brauch der Hôtel-Dieu-Bauten zwei Leute in einem Bett liegen mußten, störte das fortschrittliche Jahrhundert nicht. „Lebensgefährlich“ bezeichnet Verfasser die Zustände in der Röntgenologie bis 1937. Früh be-

gann durch Alt die Förderung der Oto-Rhinologie. Vorlesungen wurden von ihm schon 1842 gehalten. Das eigentliche Fachinstitut entstand erst 1906. Das Schicksal der Inneren Klinik, als der Königin der Medizin, war ebenso dürftig, da es keinen Hörsaal gab (Przibram 1882) und erst nach der Übersiedlung der tschechischen Klinik der Hörsaal zuungunsten eines Krankenzimmerecks frei wurde. Die Organisation der Dermatologie zierte der Name Philipp Josef Picks. Auch in dessen Amtsschreiben ist die Rede von „sanitätswidrigen Räumen“. Groß wurde der Ruhm der geburtshilflichen Klinik, die in der Mitte des 19. Jahrhunderts schon Weltruf erlangte. Die gynäkologische Klinik blieb primitiv (unter Schauta etwa 1890). Diese Auswahl an Beispielen zeigt, daß dem Aktiv-Fortschrittlichen der Kliniker und Gelehrten das Ewig-Gestrige der Ministerialbürokratie offenbar zugrunde liegt, wie es jenes Faustwort aussagt: „Weh Dir, daß Du ein Enkel bist.“

Der nächste große Abschnitt ist der Biographie der Lehrstuhlinhaber gewidmet. Man kann hier keine Auswahl treffen; der Leser selbst muß erfahren, welche Männer von Prag aus die geistigen Fäden zu uns herüber gesponnen haben, mag es sich um E. Bumms Lehrer v. Scanzoni handeln oder um Adalbert Czerny, dem kammermusizierenden Kinderarzt, dessen Schule Referent in Berlin genoß. Hier wäre alles Zuviel zugleich zu wenig, wenn Namen wie Czermak, Sattler, G. A. Wagner, Franqué, Chiari, Schloffer, Pitha, Oppolzer, Epstein, Jaksch, Paltauf, Maschka, Ewald Hering, Hamperl, Klebs usw. aufklingen. Dieser Teil allein ist als lexikographische Arbeit preisenwert und zugleich notwendig. Der Abschluß handelt über die Promotionsvorgänge, auf die sich schon Referent bei der Münchener Durchführung berief und die zur Zeit im Dunkel traditionsloser, also ahistorischer Scheinsachlichkeit verharren müssen. Verfasser beschrieb auch die etwa 1908 eingeführte Zahnheilkunde (H. Boennecken) und die Veterinärmedizin, die 1846 durch Franz Werner, der schon 1853 verstarb, ihren ersten Ordinarius fand. Zahlreiche Reproduktionen, ein genaues Namensregister und eine reichhaltige Bibliographie schließen ein Werk ab, von dem man im echten Sinngehalt sagen muß: „σωζειν τὰ φαινομενα“.

Einfacher ausgedrückt: Man muß alles daransetzen, die Vergangenheit der Gedächtnisschwäche des Menschen zu entreißen.

Professor Dr. Werner Leibbrand, München

„Die Sozialversicherung der Gegenwart“. Jahrbuch für die gesamte Sozialversicherung und Sozialgerichtsbarkeit — Nachschlagewerk für Wissenschaft und Praxis. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachkenner, herausgegeben von Th. MAUNZ und H. SCHRAFT.

Band 7 mit Dokumentation für 1967, 342 Seiten, Gr. -8°, Plastikeinband, Schutzumschlag, 69 DM. Erich Schmidt Verlag, Berlin—Bielefeld—München, 1969.

Der nunmehr erschienene 7. Band dieses für Praxis und Wissenschaft inzwischen unentbehrlich gewordenen Nachschlagewerkes gibt einen wertvollen Beitrag zur Stand-

Neurovegetalin®

VERLA-PHARM
TUTZING/OBB.

das klassische Sedativum

25 Dragées 50 Dragées

25 50 100 Dragées

verstärkt mit psychotroper Komponente

Neurovegetalin® forte

ortbestimmung der Sozialversicherung und bietet eine umfassende Bestandsaufnahme der einschlägigen gesellschaftlich und wirtschaftlich wichtigen sozialen Gegebenheiten des Jahres 1967. Mit dem Jahrbuch haben sich die Herausgeber die Aufgabe gestellt, von Jahr zu Jahr einen Querschnitt durch die heutige Sozialversicherung auf den Gebieten der Gesetzgebung, der Verwaltung und der Rechtsprechung zu liefern. Im Laufe der Jahre ist das Jahrbuch allmählich für alle interessierten Kreise nahezu unentbehrlich geworden, weil eine Dokumentation in diesem Umfang und, trotz einiger noch bestehender Lücken, in dieser Vollständigkeit nicht existiert. Bei der Vielfalt der Lebensverhältnisse ist es für jede praktische und wissenschaftliche Arbeit auf dem sozialen Gebiet unerlässlich, sich von der Sozialversicherung als ganzem ein Bild zu machen und zu einem Überblick und Gesamtverständnis ihres Rechtes und ihres Wesens zu gelangen. Für alle Berufe und Institutionen, die sich in etwa mit der Sozialpolitik der Sozialversicherung und dem Sozialrecht befassen, stellen die Jahrbücher ein außerordentlich brauchbares Arbeitsmaterial dar.

Von den früheren Jahrgängen sind beim Verlag noch eine beschränkte Anzahl lieferbar. v. L.-n.

„Der Arzt in der pharmazeutischen Industrie“ — Mediziner in den Schaltstellen der Pharma-Industrie.

Anmerkungen zu einer Broschüre der Bundesärztekammer.

Die Bundesrepublik ist seit 1960 nach den USA der zweitgrößte Pharma-Exporteur der Welt. Von den 330 neuen Arzneistoffen, die in den Jahren 1960—1965 auf dem Arzneimittelmarkt der Welt eingeführt wurden, stammen allein 62 neue Substanzen aus den Forschungszentren der deutschen pharmazeutischen Industrie. Hinter den USA, die mit 73 neuen Pharmaka den Arzneischatz der Welt bereicherte, nimmt die Bundesrepublik damit auch hier die zweite Stelle ein.

Für den Arbeitsplatz eines Wissenschaftlers in den Forschungslaboratorien der deutschen Pharma-Industrie werden heute etwa DM 300 000.— jährlich aufgewendet. Die Entwicklungskosten für einen neuen Wirkstoff erreichen mehrere Millionen Mark (Trefferquote 4000:1). Die deutsche pharmazeutische Industrie, noch vor einem halben Jahrhundert als „Apotheke der Welt“ beschrieben, steht trotz der Kriegszerstörungen und dem Verlust von Warenzeichen und Patenten wieder in der ersten Reihe der „Weltapotheken“. Von den heute in Deutschland verordneten neuen Medikamenten stammen etwa 70 v. H. aus Entwicklungen der letzten 20 Jahre.

Wer über den Arzt in der Pharma-Industrie berichtet, sollte sich diese Zahlen und Daten für einen Augenblick in Erinnerung rufen. Denn an den wissenschaftlichen Schaltstellen dieses so wichtigen Industriezweiges mit den prozentual höchsten Forschungs- und Entwicklungskosten sitzen Ärzte. Der Erfolg der forschenden Pharma-Industrie im Kampf gegen die Krankheit, Seuchen und Infektionen, ist deshalb zugleich und vor allem auch ihr Erfolg — der Erfolg der Mediziner. Auf vielen Plätzen im Bereich der pharmazeutischen Industrie steht er, der Arzt, immer an der Schwelle zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und neuen Problemstellungen. Höchste Verantwortung — das bedeutet hier immer wieder forschen und prüfen und informieren.

Nach Feststellungen der Bundesärztekammer und des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie waren Anfang 1967 insgesamt 1210 Ärzte in der pharmazeutischen Industrie tätig. Bereits 1964 wurde durch den Vorstand der Bundesärztekammer ein besonderer Ausschuss „Ärzte in der pharmazeutischen Industrie“ gebildet. Zur Darstellung eines umfassenden Berufsbildes des Mediziners in der pharmazeutischen Industrie hat Prof. Dr. J. STOCKHAUSEN, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, jetzt eine Publikation

mit dem Titel „Ärzte in der pharmazeutischen Industrie“ herausgegeben. Übersichtlich gestaltet werden hier die einzelnen Aufgabenbereiche des Mediziners in der Industrie in acht gesonderten Abschnitten beschrieben. „Im großen und ganzen“, heißt es dort, „gibt es zwei Gebiete in der pharmazeutischen Industrie, in denen Mediziner ihren Arbeitsbereich finden. Einmal ist es die Forschung — im weitesten Sinne — und zum anderen der Vertrieb. Dabei kann ganz generell davon ausgegangen werden, daß es sich bei der Forschung um Tätigkeiten ‚im weißen Kittel‘ und im Vertrieb um Tätigkeiten ‚im grauen Anzug‘ handelt. Zwischen Forschung und Vertrieb haben dabei die meisten forschungstreibenden pharmazeutischen Firmen noch eine Abteilung ‚Klinische Forschung‘ eingeschaltet.“ Die übrigen Arbeitsbereiche des Mediziners liegen meist im Bereich der Stabsabteilungen der pharmazeutischen Industrie. Dazu gehören etwa die medizinisch-wissenschaftlichen Abteilungen und die Abteilung für wissenschaftliche Information. Auch die Arbeitsgruppe medizinisch-wissenschaftliche Dokumentation ist hier integriert. Im Vertriebsbereich ist dann besonders die Stellung des Mediziners als Produktgruppenleiter hervorzuheben. Mit Auslandspositionen schließlich werden erfahrungsgemäß meist solche Mediziner betraut, die sich vorher auch in der Zentrale wie in den Außenbüros im Inland bewährt haben.

Im einzelnen ergeben sich aus dieser Strukturanalyse nach Prof. Stockhausen folgende Tätigkeitsmerkmale für die verschiedenen Aufgabenbereiche des Mediziners in der pharmazeutischen Industrie: Ärzte entscheiden über die Vorrangigkeit dieser oder jener Forschungsvorhaben und Entwicklungsprogramme. Ärzte bestimmen nach pharmakologischen, toxikologischen, histologischen, galenischen und klinischen Prüfungen die richtigen Indikationen und Dosierungen. Ärzte sind bereit, in einem bestimmten Entwicklungsstadium ein neues Pharmakon im frewilligen Selbstversuch zu erproben. In den wissenschaftlichen Informationsabteilungen schließlich führen Ärzte den partnerschaftlichen Dialog mit der Ärzteschaft in Klinik und Praxis.

Die kleine Schrift der Bundesärztekammer vermittelt zu allen diesen Funktionen des Arztes in der pharmazeutischen Industrie ein sehr anschauliches Bild. Die Schrift wird deshalb allen nützlich sein, deren Zukunft als Arzt noch nicht auf einen bestimmten Tätigkeitsbereich fixiert ist. Sie ist aber auch allen Medizinern zu empfehlen, die entweder als niedergelassene Ärzte oder als Kliniker ihren Kontakt mit der pharmazeutischen Industrie bisher nur auf das Gespräch mit dem wissenschaftlichen Mitarbeiter im Außendienst beschränkt haben. (M. N.)

„Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke“ — Rechtschreibung, Aussprache, Herkunft, Bedeutung, Verwendungsweise. LVI, 639 Seiten, Leinen, DM 24,—. Bibliographisches Institut, Mannheim, und Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Retransplantation, Nephorrhaphie und selbst das so einfache Wort Akne: Wie wird es geschrieben, ausgesprochen, betont, getrennt, gebeugt? Wie lautet die Mehrzahl? Welches Geschlecht hat es? Wo stammt es her? Welchem Spezialgebiet gehört es an? Schließlich: Was bedeutet es überhaupt?

Es kommt nicht allzuoft vor, daß sich Mediziner und Sprachwissenschaftler an einen Tisch setzen, um zusammenzuarbeiten. In dem Fall, der hier zu besprechen ist, geschah es trotzdem. Das fast 700 Seiten starke Ergebnis dieser seltenen Kooperation ist das „Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke“. Es erscheint in der Reihe der Duden-Wörterbücher.

Gleich zwei Verlage haben ihre speziellen Erfahrungen eingebracht: Das Bibliographische Institut, Mannheim, mit dem Referat Fachwort der Dudenredaktion, Leitung Karl-Heinz AHLHEIM, und der Georg Thieme Ver-

Bad Aibling OBERBAYERN ★
MOORHEILBAD

Rheuma, Frauenleiden, Arthrosen
Ärzte-Sonderschrift durch die Kurverwaltung
Tel. 08061/521



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

MEDIMENT

Mildes Hautreizliniment

OXYMORS

SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWAHRT

KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMFLORA UND DER NIEREN
Vermifuge Wirkung!

bei Oxyuriasis

KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!

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

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



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

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

Gegen

Enuresis nocturna

hat sich HICOTON als Spezifikum
seit Jahrzehnten bestens bewährt! In
allen Apotheken erhältlich. Prospekt
und Muster kostenlos durch den
Alleinhersteller: „MEDIKA“
Pharm. Präparate, 8 München 21

Zolghadar

Inh. Humbert Saemmer



TEPPICHE
aus PERSIEN
und CHINA

München Maximilianstr. 33 u. 34
Ingolstadt Theresienstr. 28

Privatnervenklinik Gauting

Vorortsnähe München, in landschaftlich schöner Lage
Intime Atmosphäre, keine geschlossene Abteilung

Leitender Arzt Dr. Philipp Schmidt

Heilschlaf, Psychotherapie, Bäder, Röntgen etc.

8035 Gauting, Bergstraße 50, Telefon München 86 28 06

Eine alte Bäderkultur in neuem Glanz
mit völlig erneuerten Kur- u. Bade-Einrichtungen

! Einzige naturwarme
Glaubersalz-Quelle
Deutschlands

BAD BERTRICH

MOSEL

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

MAGEN-,DARM-,LEBER-,GALLE - und STOFFWECHSELKRANKHEITEN

Inklusiv-Pensionspreise von 18,- - 40,- DM Prospekte durch Kurdirektion u. Reisebüros

Ihre Kleinanzeige

Stellenausschreibung -
Vertretung - Assistenz
Niederlassungsankündigung usw.
wird entgegengenommen von
der Anzeigenverwaltung des
Bayerischen Arzteblattes: Atlas
Verlag und Werbung GmbH,
& Co. KG., 8000 München 15,
Sannenstraße 29
Telefon 55 80 81 - FS 05 33662

... sorglos reisen - vorher zu uns kommen

(Fast 10 Millionen Bundesbürger können diesen Sommer beruhigt
die Haustür hinter sich abschließen, weil sie uns
einen Giro-»Dauerauftrag« gegeben haben.)

Die Geldsachen erledigen wir für Sie. Wir beschaffen Ihnen vorher Reise-
schecks und ausländische Zahlungsmittel. Während Ihrer Abwesenheit
führen wir über Ihr Girokonto Terminzahlungen wie Miete, Versicherun-
gen, Strom, Gas aus, und was Sie uns außerdem noch durch Dauerauf-
trag aufgegeben haben. Ihre Wertsachen verwahren wir in unserem
Tresor. Spannen Sie uns auch bei Ihren Reisevorbereitungen ein! Wir ste-
hen zu Ihrer Verfügung. Vorher zu uns kommen - und dann: Gute Reise.



wenn's um
Geld geht-
SPARKASSE

lag, Stuttgart, mit seinem ehemaligen Lektoratsleiter Hermann LICHTENSTERN, auf dessen Materialsammlung das Wörterbuch basiert. Sammelzeit: rund 20 Jahre. Heutiger Stand: etwa 30 000 Stichwörter.

Der Personenkreis, den dieses Werk erreicht, ist außerordentlich groß. Im Grunde umfaßt er alle, die es in irgendeiner Weise mit der Fachsprache Medizin zu tun haben: Den erfahrenen Arzt, seine Mitarbeiter, die Schwestern und Helfer, die Sekretärin ebenso wie jeden interessierten Laien, der seine Zeitung aufmerksam liest oder medizinische Sendungen in Funk und Fernsehen verfolgt.

Es handelt sich nicht um ein Sachlexikon oder Handbuch der Medizin, sondern um ein Wörterbuch; sein Ziel ist in erster Linie klare und vernünftige Richtlinien für eine einheitliche Rechtschreibung zu schaffen. Die Erklärung der einzelnen Stichwörter gehört dann dazu. Sie ist knapp und verständlich gefaßt. Sie komplettiert diese wichtige Neuerschließung, die einen längst überfälligen Beitrag zur Vereinheitlichung der medizinischen Fachterminologie leistet. Ohne diese Vereinheitlichung kann eine sinnvolle, gebrauchsfähige und — wie entscheidend — unmißverständliche Nomenklatur nicht zustande kommen.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Arbeitstagung zur Diagnose und Therapie der Mukoviszidose

am 2./3. Mai 1969 in Erlangen

Am 2./3. Mai 1969 findet eine Arbeitstagung mit praktischen Übungen zur Diagnose und Therapie der Mukoviszidose (zystische Fibrose) für Ärzte, Krankengymnastinnen und Kinderkrankenschwestern statt.

Ort: Universitäts-Kinderklinik Erlangen.

Auskunft: Privatdozent Dr. Stephan, 8520 Erlangen, Loschgestraße 15.

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V.

vom 19. bis 21. Mai 1969 in Nürnberg

Die 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin findet in der Zeit vom 19. bis 21. Mai 1969 in der Meistersingerhalle, Nürnberg, Münchener Straße 21, statt.

Hauptthemen:

Wunde und Wundinfektion
Infektionen nach Osteosynthesen
Verletzungen bei Kindern
Aus der Versicherungs- und Versorgungsmedizin
Aus der Verkehrsmedizin

Auskunft: Dr. med. W. Perret, Chefarzt der Allianz-Versicherung, 8000 München 22, Königinstraße 28, Telefon 3 80 04 08

18. Ärztlicher Fortbildungskurs am 3./4. Mai 1969 in Bad Kissingen

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. Schettler

Samstag, 3. Mai 1969 (Kleiner Kursaal)

I. Endokrinologie für die Praxis

Vorsitz: Dr. W. A. Müller, Stuttgart

8.30—9.05 Uhr:

Prof. Dr. Reinwein, II. Medizinische Klinik der Universität Düsseldorf

„Entstehungsweise und Behandlung der Schilddrüsenunterfunktion“

9.10—9.45 Uhr:

Dozent Dr. Göbel, Medizinische Universitätsklinik Tübingen

„Hirsutismus“

9.50—10.25 Uhr:

Prof. Dr. Lauritzen, Vorstand der Frauenklinik der Universität Ulm

„Die bormonalen Störungen im Klimakterium“

10.45—11.20 Uhr:

Prof. Dr. J. J. Karl, I. Medizinische Klinik der Universität München

„Formen des männlichen Hypogonadismus“

11.25—12.00 Uhr:

Dozent Dr. Ditschuneit, Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel des Zentrums für Innere Medizin der Universität Ulm

„Produktion und Abgabe des Insulins“

anschließend

II. Ätiologie, Therapie und Klinik der Fettleber

Round-table-Gespräch:

Moderator: Prof. Dr. Kommerell, Heidelberg

Dozent Dr. Thaler, I. Medizinische Klinik der Universität Wien

„Alkoholische Fettleber“

Prof. Dr. Kommerell, Medizinische Klinik und Poliklinik der Universität Heidelberg

„Fettleber und latenter Diabetes mellitus“

Priv.-Doz. Dr. Dölle, Medizinische Universitätsklinik Marburg/Lahn

„Klinik und Verlauf der Fettleber“

Dr. Pfleiderer, Medizinische Klinik der Universität Heidelberg

„Therapie der Fettleber“

III. Praktische Therapie der Magen-Darmkrankheiten

Vorsitz: Dr. E. Hafter, Zürich

15.00—15.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. J. Fahrländer, Medizinische Universitätsklinik, Bürgerspital, Basel

„Diät bei Magen-Darmkrankheiten“

15.35—16.05 Uhr:

Dr. E. Hafter, Zürich

„Konservative Therapie der Magen-Darmkrankheiten“

16.10—16.40 Uhr:

Prof. Dr. H. W. Schreiber, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Marienkrankenhauses, Hamburg

„Aktuelle chirurgische Probleme der Magen Chirurgie“

16.45—17.15 Uhr:

Dr. W. Stille, I. Medizinische Universitätsklinik Frankfurt/Main

„Reisediarrhoe“

Auch bei

Mykosen=Jacosulfon

ungt.
pulv.

} im Wechsel
auftragen

17.20—17.50 Uhr:

Prof. Dr. Franken, II. Medizinische Klinik der Städtischen Krankenanstalten, Düsseldorf

„Therapie der Leberkrankheiten“

anschließend Diskussion

Sonntag, 4. Mai 1969 (Kleiner Kursaal)

IV. Erkrankungen des Kolons

Vorsitz: Professor Dr. Gg. Maurer, München

9.00—9.30 Uhr:

Prof. Dr. Ley, 2. Medizinische Klinik rechts der Isar der Technischen Hochschule, München

„Arten und Therapie der Kolitis“

9.35—10.05 Uhr:

Prof. Dr. Gg. Maurer, Direktor der Chirurgischen Klinik rechts der Isar der Technischen Hochschule München

„Tumoren des Dickdarms, Diagnostik und Therapie“

10.10—10.40 Uhr:

Dr. H. Schäfer, Oberarzt der Chirurgischen Klinik rechts der Isar der Technischen Hochschule München

„Neue Gesichtspunkte in der Therapie der Peritonitis“

11.00—11.30 Uhr:

Prof. Dr. Reiter, Pharmakologisches Institut der Universität München

„Medikamentöse Beeinflussung der Darmmotilität“

11.35—12.05 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Frosch, 2. Medizinische Klinik rechts der Isar, der Technischen Hochschule München

„Die Obstipation“

12.10—12.40 Uhr:

Doz. Dr. Singer, Chefarzt der Kinderklinik des Stadtkrankenhauses München-Schwabing

„Angeborene Erkrankungen des Kolons und Erkrankungen im Kindesalter“

12.45—13.15 Uhr:

Prof. Dr. K. A. Schmauss, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses am Friedrichshain, Berlin

„Klinik und Therapie der periproktitischen Abszesse“.

Auskunft: Dr. H. Brügel, Chefarzt des Saale-Sanatoriums, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20, Telefon 09 71 / 30 71

4. Fortbildungstagung der Ärztlichen Kreisverbände Oberfrankens

am 10. Mai 1969 in Coburg

Die 4. gemeinsame Fortbildungstagung der Ärztlichen Kreisverbände Oberfrankens findet nicht — wie bereits in Heft 2/1969 angekündigt — am 26. April 1969, sondern am 10. Mai 1969 im Großen Festsaal des Kongreßhauses der Stadt Coburg, Am Rosengarten, statt.

Beginn: 9.30 Uhr s.t.

Thema:

„Diagnostik und Therapie des Diabetes in Klinik und Praxis“

Wissenschaftliche Leitung:

Professor Dr. med. H. Mehnert, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Stadtkrankenhauses München-Schwabing

9.30 Uhr:

Begrüßung

9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Mehnert, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Stadtkrankenhauses München-Schwabing

„Aktuelle Probleme der Diabetes-Forschung“

10.15 Uhr:

Dr. H. Förster, Institut für vegetative Physiologie, chemisch-physiologisches Institut der Universität Frankfurt

„Labor-Diagnostik des Diabetes mellitus“

10.50 Uhr:

Dr. med. W. Lübken, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Stadtkrankenhauses Heilbronn

„Früherkennung des Diabetes mellitus“

11.25 Uhr:

Round-table-Gespräch zu den Themen des Vormittages

zur Diskussion eingeladen:

Prof. Dr. Grüning, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Kronach

Prof. Dr. Kabelitz, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Bayreuth

Priv.-Doz. Dr. med. J. Meitner, Chefarzt des Städtischen Krankenhauses Hof

Priv.-Doz. Dr. med. H. Schmidt, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Landkrankenhauses Coburg

13.45 Uhr:

Farbtonfilm aus der Filmreihe BOEHRINGER „Diabetes“

14.15 Uhr:

Prof. Dr. H. Mehnert, München

„Probleme der Diabetes-Diät“

14.40 Uhr:

Prof. Dr. B. Knick, Oberarzt der II. Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Mainz

„Orale Antidiabetika“

15.35 Uhr:

Prof. Dr. P. Petrides, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Bethesda-Krankenhauses Duisburg

„Insulin-Therapie“

16.10 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Edel, Oberarzt der I. Medizinischen Klinik der Universität München

„Nierenerkrankungen bei Diabetes mellitus“

17.00 Uhr:

Round-table-Gespräch zu den Themen des Vormittags

zur Diskussion eingeladen:

Prof. Dr. Grüning, Prof. Dr. Kabelitz, Dozent Dr. med. J. Meitner, Priv.-Doz. Dr. med. H. Schmidt.

Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Coburg, 8630 Coburg, Mühlgasse 12.

Passiorin

Rein pflanzliches Dauersedativum

Pessil. inc., Salix alb., Crataeg. oxyac.!

Ohne Gewöhnungsgefahr

Ohne Nebenwirkungen

unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems

MONS' CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



2. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane e. V.

am 14. Juni 1969 in Bad Reichenhall

Das 2. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane findet am 14. Juni 1969 im Staatlichen Kurhaus Bad Reichenhall statt.

Wissenschaftliche Leitung:

Professor Dr. M. J. Halhuber und Privatdozent Dr. H. Blaha

Thema:

„Lunge und Herz — ihre Wechselwirkung aus der Sicht der Prävention und Rehabilitation“

Programm:

8.15 Uhr:

Jahreshauptversammlung der Mitglieder der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt

9.00 Uhr s. t.:

Beginn der Vormittagssitzung:

Prof. Dr. H. Otto, Pathologisch-anatomisches Institut der Universität Erlangen-Nürnberg

„Cor pulmonale und Pulmo cardialis aus der Sicht des Morphologen“

Priv.-Doz. Dr. R. Zeilhofer, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Erlangen-Nürnberg

„Pathophysiologische Aspekte — Grundlagen und Meßmethoden“

Obermedizinalrat Dr. H. Hofmann, Oberarzt der Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, Bernried

„Frühdiagnostik des Cor pulmonale chronicum“

Medizinaldirektor Dr. J. Nummerger, Leiter der radiologischen Abteilung des Zentralkrankenhauses der LVA Oberbayern, Gauting

„Zur radiologischen Diagnostik des Cor pulmonale chronicum“

Priv.-Doz. Dr. K. Bachmann, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg

Dr. B. Grünwald, Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, Bernried

Obermedizinalrat Dr. W. Günthner, Oberarzt des Klinischen Sanatoriums „Trausnitz“ der LVA Ndb./Opf., Bad Reichenhall

Obermedizinalrat Dr. H. Hofmann, Oberarzt der Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, Bernried

Medizinaldirektor Dr. H. Milz, Oberarzt der Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, Bernried

„Bewegungstherapie beim Cor pulmonale chronicum?“

15.00 Uhr s. t.:

Beginn der Nachmittagssitzung:

Priv.-Doz. Dr. H. Blaha, Chefarzt des Zentralkrankenhauses der LVA Oberbayern, Gauting

„Prävention des Cor pulmonale chronicum aus der Sicht des Pulmologen“

Medizinaldirektor Prof. Dr. M. J. Halhuber, Chefarzt der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern, Bernried

„Rehabilitation beim Cor pulmonale chronicum aus der Sicht des Kardiologen“

Prof. Dr. R. Schubert, Direktor der II. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Das Cor pulmonale chronicum in der Geriatrie“

Prof. Dr. H. Blömer, Direktor der I. Medizinischen Klinik des Klinikums r. d. Isar der Technischen Hochschule München

„Das Bild der Lungenstauung bei erworbenen Herzfehlern“

18.30 Uhr s. t.:

Podiumsgespräch:

„Der individuelle Langzeittherapieplan bei Patienten mit chronischem Cor pulmonale“

Teilnehmer: alle Referenten, außerdem freie Diskussion aller Kolloquiumteilnehmer

Auskunft: Medizinaldirektor Dr. O. P. Schmidt, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums „Trausnitz“ der LVA Niederbayern-Oberpfalz, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9

Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte

am 5./6. Juli 1969 in Erlangen

Am 5./6. Juli 1969 findet in Erlangen die Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte, unter der Leitung von Professor Dr. E. Schreck, statt.

Hauptthemen:

„Manifestationen von Kollagenosen am Sehorgan“ mit einem Referat von Professor Dr. J. François, Gent, sowie „Kreislaferkrankungen und Auge“ mit einem Referat von Professor Dr. H. Neubauer, Köln.

Auskunft: Professor Dr. E. Schreck, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 27

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab

Heloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige
Sekretion

Dilsoprominhydrochlorid

steilt an der
Magenschleimhaut
physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

KONGRESSREISEN**Ärztliche Kongreßreisen**

Das Deutsche Reisebüro (DER) führt in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Pressestelle für Baden-Württemberg sowie den Redaktionen „Bayerisches Ärzteblatt“, „Niedersächsisches Ärzteblatt“ und „Rheinisches Ärzteblatt“ folgende Kongreßreisen durch:

Studienreise für Hals-, Nasen-, Ohrenärzte in die Sowjetunion
vom 3. bis 14. Mai 1969

Studienreise für Orthopädie und Unfallchirurgie in die Sowjetunion
vom 12. bis 25. Mai 1969

Kongreßreise zur XXIII. Generalversammlung des Weltärztebundes nach Paris
vom 22. bis 28. Juni 1969

Kongreßreise zum VII. Internationalen Kongreß für Klinische Pathologie nach Montreal
vom 13. bis 19. Juli 1969

Kongreßreise zum XVI. Internationalen Kongreß für Arbeitsmedizin nach Tokyo
vom 22. bis 27. September 1967

Kongreßreise zum XII. Internationalen Kongreß für Radiologie nach Tokyo
vom 6. bis 11. Oktober 1969

Kongreßreise zum X. Internationalen Krebs-Kongreß nach Houston
vom 24. bis 29. Mai 1970

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21

Anmeldungen erbeten an: Deutsches Reisebüro, Abteilung „Ärztliche Kongreßreisen“, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25—27

Reise zum Studium der Gynäkologie und Geburtshilfe in die Sowjetunion

vom 11. bis 24. September 1969

In der Zeit vom 11. bis 24. September 1969 führt das Deutsche Reisebüro (DER), Frankfurt/Main, in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Pressestelle für Baden-Württemberg sowie den Redaktionen „Bayerisches Ärzteblatt“, „Niedersächsisches Ärzteblatt“ und „Rheinisches Ärzteblatt“ eine Sonderflugreise zum „Studium der Gynäkologie und Geburtshilfe in die Sowjetunion“ durch. Die Reise beginnt in Frankfurt und führt auf dem Hinfug über Helsinki zunächst nach Leningrad, weiter über Moskau und anschließend in den Süden nach Tiflis und Erewan. Rückflug über Kiew und Prag nach Frankfurt.

Das wissenschaftliche Programm, welches mit Unterstützung der Sektion Medizin des Osteuropa-Institutes an der Freien Universität Berlin zusammengestellt wurde, sieht u. a. die Besuche der Institute für Gynäkologie und Geburtshilfe in Leningrad, Moskau, Tiflis und Erewan, des Zentralinstitutes für ärztliche Fort-

bildung in Moskau, des Forschungsinstitutes für Physiologie und Pathologie der Frau in Tiflis, des sanitärhygienischen Medizinischen Institutes in Leningrad, Fachgespräche mit örtlichen Vertretern der Gesundheitsbehörden bzw. in Moskau des Gesundheitsministeriums vor.

Die Teilnehmer erhalten auf der ca. 8000 km langen Reise durch die schönsten Städte und Gebiete der Sowjetunion einen umfassenden Einblick in Aufbau, Organisation, Probleme und Stand des Medizinalwesens allgemein und speziell auf dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe. Die wissenschaftlichen Besichtigungen werden unter Begleitung eines Fachdolmetschers durchgeführt.

Die Reisekosten betragen pro Person DM 1998,— (alles inklusive auf der 1. Klasse-Hotel-Basis, bei Unterbringung im Doppelzimmer mit Bad/WC; Einzelbettzimmer gegen Zuschlag beschränkt möglich). Für Begleitpersonen, die nicht am wissenschaftlichen Programm interessiert sind, wird ein touristisches Zusatzprogramm gegen Extrapreis (DM 60,—) arrangiert.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21

Anmeldungen erbeten an: Deutsches Reisebüro, Abteilung „Ärztliche Kongreßreisen“, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25—27

KONGRESSKALENDER

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

Mai 1969:

- 2.—3. 5. in Erlangen: Arbeitstagung zur Diagnose und Therapie der Mukoviszidose. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Stephan, 8520 Erlangen, Loschgstraße 15.
- 2.—3. 5. in München: Phonokardiographie-Kurs für Fortgeschrittene. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85 (App. 26).
- 2.—3. 5. in Saarbrücken: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Auskunft: Institut für Arbeitsmedizin der Universität des Saarlandes, 6600 Saarbrücken, Maistatter Straße 17.
- 2.—4. 5. in Würzburg: Kongreß der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Krankenhausapotheker. Auskunft: Dr. H. Hohner, 8000 München 15, Pettenkoflerstraße 8a.
- 2.—5. 5. in Bregenz: Internationale ärztliche Fortbildungstagung Bodensee in Verbindung mit der Fortbildungstagung der Österreichischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Prim. Dr. K. Wachter, A-6700 Bludenz, Vorarlberg.
- 3. 5. in Würzburg: Fortbildungstagung der Medizinischen Poliklinik der Universität (Thema: „Innere Erkrankungen im Alter“). Auskunft: Prof. Dr. P. Polzien, 8700 Würzburg, Klinikstraße 8.
- 3.—4. 5. in Bad Kissingen: 18. Ärztlicher Fortbildungskurs. Auskunft: Dr. Brügel, Chefarzt des Saale-Sanatoriums, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20.

Omnisedan®

für den Tag
Kapseln · barbituratfrei

hilft bei nervöser Erschöpfung
geistiger Überbeanspruchung
bei Spannungs- und Angstzuständen
bei Cervikal- und Lumbalsyndrom

Ober
Alltags-
Ärgernisse
lächeln
können



TAESCHNER



- 3.—5. 5. in Paris: Fortbildungskurs für Nephrologie. Auskunft: Prof. J. Crosnier, Hôpital Necker, 149, rue de Sèvres, F-75 Paris XVIe.
- 4.—13. 5. in Salsomaggiore-Terme: 7. Fortbildungskongreß des Europaeum Medicum Collegium (Thema: „Prophylaktische Möglichkeiten und therapeutische Schwerpunkte“). Auskunft: Sekretariat des europäischen Fortbildungskongresses deutschsprechender Ärzte, z. H. Frau J. Lahr, 6000 Frankfurt NO 14, Hallgartenstraße 73.
- 5.—9. 5. in Berlin: Immissionseinwirkungen (Staubkurs). Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 5.—23. 5. in Bad Wörishofen: „Moderne Kneipptherapie in Klinik und Praxis — 75 Jahre Kneippärztebund“. Auskunft: Ärztliche Gesellschaft für Physiotherapie — Kneippärztebund e. V., 8937 Bad Wörishofen, Postfach 475.
- 7.—10. 5. in Erfurt: 18. Tagung der Gesellschaft für Orthopädie. Auskunft: Orthopädische Klinik der Medizinischen Akademie, X-50 Erfurt, Regierungsstraße 42a.
- 7.—11. 5. in Genua: 32. Internationaler Kongreß für Gerichts- und Sozialmedizin (in franz. Sprache). Auskunft: Dr. A. Hadengue, Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università, Via de Toni 12, I-16100 Genua.
- 8.—11. 5. in Stuttgart: 50. Tagung der Deutschen Röntgengesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. R. Gläuner, Marienhospital, 7000 Stuttgart, Böheimstraße 37.
- 9.—14. 5. in Hannover: 72. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal 1, Postfach 1220.
10. 5. in Coburg: 4. Fortbildungstagung der Ärztlichen Kreisverbände Oberfrankens (Thema: „Diagnostik und Therapie des Diabetes in Klinik und Praxis“). Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Coburg, 8630 Coburg, Mühlgassee 12.
- 10.—11. 5. in Salzburg: 6. Fortbildungstagung der Salzburger Ärztesellschaft (Themen: „Die respiratorische Insuffizienz“ — „Die Zukunft in der Medizin“). Auskunft: Dr. F. Hochleitner, Müllner Hauptstraße 48, A-5020 Salzburg.
- 10.—12. 5. in Venedig: Internationales Symposium über „Probleme der Präventiv- und Sozialmedizin“. Auskunft: Dr. A. Torresini, I-30126 Lido di Venezia, Ospedale al Mare.
- 10.—17. 5. in München: Ärztekurs für Homöopathie, Kurs B, des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Dr. med. Martin Stübner, 8900 Augsburg, Singerstraße 1.
- 13.—16. 5. in Sary Smokovec: Konferenz mit internationaler Beteiligung über neue Arzneiformen. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Prag 2.
14. 5. in Bad Nauheim: Ordentliche Hauptversammlung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie. Auskunft: Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, 6000 Frankfurt, Karlstraße 21.
14. 5. in Klagenfurt: Neurologisches Symposium. Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 14.—16. 5. in Karlsbad: Internationales Symposium über nukleare Medizin. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne Sokolská 31, Prag 2.
- 14.—17. 5. in Bonn: 15. Jahrestagung der Deutschen EEG-Gesellschaft. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. H. Penin, Nervenklinik, 5300 Bonn-Venusberg.
- 14.—17. 5. in München: 121. Jahresversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Dr. med. Willibald Gawlik, 8170 Bad Tölz, Marktstraße 35.
- 15.—17. 5. in Bad Lauterberg/Harz: 6. Gesundheitspolitischer Kongreß „Gesundheits und Leistung“. Auskunft: Landesverein für Volksgesundheitspflege Niedersachsen e. V., 3000 Hannover, Am Karls-Peters-Platz 17.
- 15.—17. 5. in Klagenfurt: Kärntner Ärztetreffen. Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 15.—18. 5. in Regensburg: 41. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus.
- 16.—17. 5. in Bad Homburg: Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Dr. W. Hahn, 2300 Klei-Wik, Weimarer Straße 8.
- 16.—17. 5. in Bad Reichenhall: Gemeinschaftstagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde und der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Auskunft: Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 8000 München 15, Malstraße 11.
- 16.—17. 5. in München: Bayerischer Zahnärztetag. Auskunft: Bayerische Landes Zahnärztekammer, 8000 München 15, Schubertstraße 5.
- 16.—17. 5. in Ulm: 4. Tagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. med. Federlin, 7900 Ulm, Zentrum für Innere Medizin der Universität, Steinhövelstraße 9.
- 16.—18. 5. in Kassel: 5. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen (Thema: „Echte Fortschritte in der Therapie“). Auskunft: Landesärztekammer Hessen, 6000 Frankfurt 90, Broßstraße 8.
- 18.—22. 5. in Mainz: 40. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. H. Naumann, 1000 Berlin 19, Spandauer Damm 130.
- 19.—21. 5. in Mailand: Internationaler Kongreß über Muskelkrankungen. Auskunft: Dr. Canai, Clinica delle Malattie Nervose e Mentali, Via F. Sforza 35, I-20122 Mailand.
- 19.—21. 5. in Nürnberg: 33. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin. Auskunft: Dr. A. Perret, 8000 München 22, Königinstraße 28.



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 CHEMISCHE FABRIK, Gauting bei München

- 19.—23. 5. In Berlin: Einführung in die Begutachtungskunde. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 22.—27. 5. Kongreßreise nach London: (Englisch-deutscher Erfahrungsaustausch über medizinische und ärztliche Probleme). Auskunft: Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung e. V., 2060 Bad Oldesloe, Hude 1.
24. 5.—7. 6. In Montecatini Terme: VII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer („Notfälle, Soforttherapie und Nachsorge in Praxis und Klinik“) — Seminarkongreß. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal I, Postfach 1220.
25. 5.—2. 6. In Travemünde: 1. Fortbildungskongreß des Deutschen Kassenarztverbandes. Auskunft: Kongreßdienst des Deutschen Kassenarztverbandes, 2000 Hamburg 73, Postfach 420.
- 27.—31. 5. In Eforie-Nord: 14. Internationaler Kongreß für Thalassotherapie. Auskunft: Union des Soc. des Sciences Médicales, str. Progresului 9—10, Bukarest.
- 27.—31. 5. In Mainz: 53. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. G. Seifert, 2000 Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 27.—31. 5. In Münster: 32. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auskunft: Prof. Dr. Ritterfeld, 4400 Münster, Westring 10.
27. 5.—1. 6. In Berlin: 18. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Verbindung mit dem 2. Deutschen Zahnmedizinischen Fortbildungskongreß und der Internationalen Pharmazeutisch- und Medizinisch-Technischen Ausstellung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 1000 Berlin 41, Postfach 410.
- 28.—30. 5. In Saarbrücken: Arbeitstagung über die Probleme der Geschlechterziehung in Kindergarten, Schule und Hochschule. Auskunft: Geschäftsstelle des Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung e. V., 5320 Bad Godesberg, Bachstraße 3—5.
28. 5.—1. 6. In Stresa: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. Auskunft: Prof. Dr. Hausser, 2000 Hamburg 20, Lenhartzstraße 6.
- 29.—31. 5. In Leiden: 19. Kongreß der Internationalen Gesellschaft zum Studium der Bronchien. Auskunft: Prof. Dr. Swierenga, St. Antonius Ziekenhuis, Utrecht.
29. 5.—3. 6. In New York: III. Kongreß der Internationalen Vereinigung für Unfall- und Verkehrsmedizin. Auskunft: Dr. med. Walter Schwarz, 1000 Berlin 19, Brixplatz 4.
30. 5.—1. 6. In Baden-Baden: 85. Wanderversammlung der Vereinigung Süddeutscher Neurologen und Psychiater. Auskunft: Frau L. Müller, 7570 Baden-Baden, Maria-Viktoria-Straße 33.
31. 5.—1. 6. In Pforzheim: Tagung der Süddeutschen Kinderärzte. Auskunft: Prof. Dr. O. H. Braun, 7530 Pforzheim, Städtische Kinderklinik.

Nach Redaktionsschluß eingegangen:

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

veranstaltet vom 15. bis 18. Mai 1969 im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer die 42. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

Donnerstag, 15. Mai 1969

20.00 Uhr — Reichssaal des Alten Rathauses

Festvortrag

Prof. Dr. Jürgen Moltmann, Seminar der Evangelisch-Theologischen Fakultät Tübingen
„Politische Theologie“

Freitag, 16. Mai 1969

9.00 Uhr — Vortragssaal: Stadttheater

1. Hauptthema

„Lymphoretikuläre Abwehr und immunosuppressive Therapie“

Samstag, 17. Mai 1969

9.00 Uhr — Vortragssaal: Stadttheater

2. Hauptthema

„Fortschritte in Diagnostik und Therapie maligner Tumoren“

Sonntag, 18. Mai 1969

9.00 Uhr — Vortragssaal: Stadttheater

„Neue Erkenntnisse bei Erkrankungen der Schilddrüse“

Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a, Telefon (09 41) 50 71

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

BAD ORB/Spessart Herz - Kreislauf - Rheuma
Wirbelsäulenschäden nat. Kohlensäuresoie - Moor - Fango

Bellagenblinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
Bene-Chemie GmbH, München.
Elfefango, chem.-pharm. Werke, Bad Neuenahr.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 6000 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, 6000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Tel. 55 80 61, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigentel verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München.

Druck: Richard Pfaum Verlag München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.



Sanhelios
 Pharmaz. Fabriken . 1 Berlin 62 . Ruf 711588

PREDNISON und PREDNISOLON 'Sanhelios' 5 mg

Zusammensetzung

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

Indikation

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

Preise gem. A. T. m. U.

20 Tabletten nur DM 5,25

50 Tabletten DM 12,10 · 100 Tabletten DM 23,— · Klinikpackung zu 500 Tabletten

Landesversicherungsanstalt Württemberg

Wir suchen für unsere Vertrauensärztlichen Dienststellen in

**Crailsheim, Heidenheim, Scharndorf,
Schwüb. Gmünd und Ulm**

je einen

Arzt (Ärztin)

mit guter Ausbildung.

Für Bewerber, die noch nicht im Beamtenverhältnis stehen, erfolgt die Einstellung zunächst nach Vergütungsgruppe II a BAT. Bei Erfüllung der beamtenrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme nach 6 Monaten in das Beamtenverhältnis als Medizinalrat möglich. Die Stellen sind nach Bes.-Gruppe A 14 LBO ausgezeichnet.

Nebentätigkeit (Privatpraxis außerhalb der Dienststelle, Gutachtertätigkeit für fremde Kostenträger) wird auf Antrag gestattet.

5-Tage-Woche. Umzugskosten werden im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen vergütet. Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir behilflich. Für die Dauer der getrennten Haushaltsführung wird verheirateten Bewerbern Trennungentschädigung gezahlt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die

**Landesversicherungsanstalt Württemberg
Abteilung Krankenversicherung
7000 Stuttgart-W, Schlußstraße 71**

Der Landkreis Dachau (15 km vor München) sucht einen

Chefarzt

für die innere Abteilung

für sein neues Haus.

Das Krankenhaus Dachau (362 Betten) wird Ende 1970 bezogen werden. Die innere Abteilung wird voraussichtlich etwa 150 Betten einschließlich Infektionsabteilung umfassen. Das neue Haus wird daneben noch Hauptabteilungen für Chirurgie und Gynäkologie erhalten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten bis spätestens 16. 5. 1969 an das

Landratsamt Dachau

Für das Kreiskrankenhaus Dachau

15 km vor München (z. Z. 180 Betten, nach Fertigstellung des Neubaus 360 Betten), wird für sofort oder später ein

Assistenzarzt

(Verg.-Gr. II a / I b Lkr.-AT)

gesucht. Kenntnisse in modernen Anästhesieverfahren und chirurgische Vorbildung erwünscht.

Geboten wird: Gesonderte Bereitschaftsdienstvergütung, Zusatzversicherung, Beihilfen, geregelte Arbeitszeit.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an das

LANDRATSAMT DACHAU

Sie sind Arzt und wollen sich
beruflich verändern?

Die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung

bietet Ihnen bei Interesse für soziale
und arbeitsmedizinische Fragen

im bayerischen Raum eine **Lebensstellung** als

Arbeitsamtsarzt

— Medizinaloberrat —

bei den Arbeitsämtern Schwandorf, Schweinfurt, Landshut und Passau.

Die Anstellung erfolgt zunächst im Angestelltenverhältnis mit Verg.-Gr. II mit Aufstiegsmöglichkeit nach Verg.-Gr. I b MTA; bei Vorliegen der beamtenrechtlichen Voraussetzungen baldige Übernahme in das Beamtenverhältnis als Medizinalrat (BesGr. A 13), in der Regel nach 3 Jahren Beförderung zum Medizinaloberrat (BesGr. A 14).

Bewerber, die bereits als Medizinalbeamte tätig sind, können als solche übernommen werden (auch in BesGr. A 14). Vorausgesetzt wird vierjährige ärztliche Tätigkeit nach Erlangung der vollen Approbation. Erwünscht sind praktische Erfahrungen in der ärztlichen Begutachtung und berufskundliche Kenntnisse. Für Einarbeitung in die Aufgaben des Ärztlichen Dienstes im Arbeitsamt und für laufende ärztliche Fortbildung wird Sorge getragen.

Trennungsgeld, Umzugskosten und Beihilfen werden nach den gesetzlichen Bestimmungen gewährt. Unterstützung bei der Beschaffung einer Wohnung, 5-Tage-Woche, Ausübung einer Privatpraxis wird auf Antrag gestattet.

Bei Interesse ist die Möglichkeit für eine vorübergehende Tätigkeit bei einer Auslandskommission gegeben.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden bis zum 15. Mai 1969 erbeten an den

**Präsidenten der Bundesanstalt für Arbeits-
vermittlung und Arbeitslosenversicherung,
8500 Nürnberg, Frauentorgraben 33-35**

Für die

**Spezialklinik Bad Trißl zur Vor-, Weiter-
und Nachbehandlung von Tumorkranken**

suchen wir

Krankenschwestern

1 Diätassistentin

1 Krankengymnastin

1 Dauernachtwache

Das Haus liegt in der Gemeinde Oberaudorf im Landkreis Rosenheim in einer landschaftlich sehr reizvollen Umgebung.

Es wird übertarifliche Bezahlung, geregelte Dienstzeit geboten. Wohnung und Verpflegung möglich.

Bewerbungen werden erbeten an:

**Spezialklinik Bad Trißl
8203 Oberaudorf/Inn**

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes