BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 7 | München, Juli 1969 | 24. Jahrgang

Tablettensucht

Von Hans Sattes

Von einer Tablettensucht spricht man dann, wenn ein Mensch in eine solche Abhängigkeit von einem Medikament geraten ist, daß es ihm nicht mehr gelingt, ohne fremde Hilfe auf die Wirkung des Medikamentes zu verzichten. Es ist dabei von Wichtigkeit, sich klar zu machen, daß diese Abhängigkeit sowohl körperlicher wie auch seelischer Art ist. Die Süchtigkeit, d. h. die Gefährdung, die einem Menschen daraus erwächst, daß er dem Einfluß einer Sache unter Verlust seiner Entscheidungsfreiheit anheimgefallen ist, beschränkt sich nicht auf die Abhängigkeit von Rauschmitteln oder sonstigen Medikamenten. Eine süchtige Abhängigkeit kann gegenüber vielen Regungen und Strebungen entstehen und der besonderen Bedeutung des Wesens der Sucht kann man nur dann bewußt werden, wenn man sich klar macht, daß dieses Wort nicht von „suchen" herkommt, sondern daß man ihm in den Silben „Seuche" und „siech" wiederbegegnet.

Wenn von Tablettensucht die Rede ist, so mag dies nach der ersten Vorstellung, die man mit dem Begriff „Tablette" verbindet, harmloser klingen, als wenn vielleicht die Morphiumsucht oder die Rauschmittelsucht schlechthin besprochen werden sollen. Es wird sich erweisen, daß dieser Eindruck trügerisch ist. Einer allenthalben zu machenden Erfahrung entspricht es zwar, daß die großen dramatischen Suchterkrankungen nach dem Genuß der klassischen Rauschmittel, also der Opium-Alkaloide und ihrer Ersatzpräparate, an Häufigkeit nicht zugenommen haben, auch die Fälle von Sucht, die nach der Einverleibung von Haschisch, etwa beim modernen Marihuana-Rauchen auftreten, sind im großen und ganzen gesehen nicht von der Bedeutung, wie man es aufgrund sensationeller Zeitungsmeldungen erwarten könnte. Bei dem LSD, einem synthetischen Rauschmittel und Phantastikum, das sich z. Z. einer besonderen Publizierung erfreut, wird übrigens noch bestritten, daß es sich um ein echtes Suchtmittel handelt.

In der Nachkriegszeit konnte man in zunehmendem Maße die Beobachtung machen, daß immer mehr suchtgefährdete Menschen auf synthetische Ersatzpräparate der Opium-Alkaloide auswichen, von denen sich in nicht wenigen Fällen zeigte, daß sie in ähnlicher Weise zur Sucht führen können wie Opium-Alkaloide, zu deren Ersatz sie gerade wegen der Suchtgefahr bei letzterer entwickelt worden waren. Der Verbrauch derjenigen Medikamente, die in dem Betäubungsmittelgesetz erfaßt sind, unterliegt einer sehr strengen Kontrolle, die es ihrerseits erlaubt, den Kreis der Süchtigen mit einer gewissen Sicherheit zu erkennen. Das gilt indessen nicht für die große Zahl der Medikamente, die zwar rezeptpflichtig sind, deren Erlangung aber bekanntlich keineswegs große Schwierigkeiten bereitet und bei denen eine einigermaßen verläßliche Kontrolle der Verbraucher schlechthin unmöglich ist. Natürlich kann man die Höhe des Umsatzes genau feststellen und gerade diese Höhe, die erstaunliche Ziffern aufweist, kann als ein sicheres Indiz dafür dienen, daß mit vielen Medikamenten, wenn nicht Sucht, so doch zweifellos Mißbrauch getrieben wird. Es gibt im Grunde genommen nichts, das nicht mißbräuchlich verwendet werden könnte, sei es eine Idee, eine Person oder eine Sache. Ein Mißbrauch, d. h., ein „falscher Gebrauch eines Objektes liegt dann vor, wenn dieses in einer ungewöhnlichen, d. h. qualitativ oder quantitativ vom Durchschnitt abweichenden, in der Regel sinnwidrigen, nicht selten auch sittenwidrigen Form benutzt wird, wobei auch die Möglichkeit von Schädigungen, sowohl des Objektes wie auch des Benutzers oft außer acht bleibt" (LAUBENTHAL). Es ist zwar notwendig, Mißbrauch und Sucht zu trennen, aber es kann kein Zweifel sein, daß der Weg zur Sucht in der Regel über die Gewöhnung und über den Mißbrauch eines Medikamentes führt; es gibt zweifellos fließende Übergänge gerade bei den Medikamenten, die im folgenden besprochen werden sollen und es kann vor allem nicht bestritten werden, daß auch der Mißbrauch eines Medikamentes, ohne daß schon eine Sucht mit allen ihren Kriterien vorliegt, einen Menschen zugrunde richten kann. Ein Mißbrauch ist dann um so beklagenswerter, um nicht zu sagen tragisch, wenn er mit einem Objekt getrieben wird, das bei rechtem Gebrauch nicht anders als segensreich bezeichnet werden kann. Es braucht an dieser Stelle nicht daran erinnert zu werden, was die Medizin dem Medikament zu verdanken hat, und Medikament und Medizin bedeuten ja in weiten Bereichen der Medizin nahezu das gleiche. Um so verhängnisvoller bleibt der Umstand, daß in immer größerem Umfang Medikamente, deren ausgezeichnete Wirkungen, die sie bei richtiger Indikation entfalten, auch der schärfste Tablettenfeind nicht bestreiten kann, mißbräuchlich verwendet werden und zur Sucht führen können. Dabei ist nicht zu bestreiten, daß in der überwiegenden Zahl aller Fälle von Mißbrauch und Sucht am Beginn eine durchaus vertretbare, oft sogar notwendige und unum-

gängliche Indikation bestand. Die meisten Menschen, die süchtig werden, wissen ja gar nicht, was eine Sucht ist, sie vertrauen sich der Wirkung eines Medikamentes an, weil sie mit seiner Hilfe Beruhigung oder Schlaf finden wollen, weil sie eine notwendige Beruhigung suchen oder einer Aufmunterung bedürfen, oder weil sie die Tablette vielleicht von Asthmaanfällen mit all ihrer Qual befreit.

Zudem werden die Tabletten ja in der Regel vom Arzt verordnet, also von einer Autorität, von der sie Hilfe erwarten, wenn auch die Zahl derjenigen, die im Bewußtseln der psychischen Wirkung der Tablette unter Umgehung des Arztes sich etwa Tranquillzer oder Aufputschmittel zu verschaffen wissen, immer größer wird. Bei Opiat-Süchtigen kann man gelegentlich erleben, daß sie tatsächlich nach der ersten Injektion von Morphium oder einem anderen Betäubungsmittel eine Wirkung erleben, daß sie eigentlich sofort auf eine Wiederholung dieser Wirkung drängen. Während also in solchen Fällen eine Sucht gleichsam auf einmal entsteht und den betreffenden Menschen gleichsam im ersten Ansturm überwältigt hat, begegnet man bei den Tablettensüchtigen in der Regel einem langsamen Einschleichen der Wirkung, die sich über Wochen und Monate erstreckt und bei der es oft unmöglich wird, zu sagen, wann eine Gewöhnung eingetreten ist, wann schon von einem Mißbrauch gesprochen werden muß und zu welchem Zeitpunkt die Kriterien einer Sucht vorhanden sind.

Es kann ja im Grunde genommen, so möchte man meinen, nichts Unschuldigeres geben, als die vom Arzt gegen Schmerzen, gegen Schlaflosigkeit oder gegen Asthma verordneten Tabletten einzunehmen. Am Beispiel der Schmerzbekämpfung darf aufgezeigt werden, wie diese schleichende, ganz unbemerkt verlaufende Überwältigung der Persönlichkeit durch Tablettenwirkung vor sich geht. Aus einer berechtigten Indikation heraus wird gegen Schmerzen irgend welcher Art ein Analgetikum verordnet. Dabei ist es aber schon wichtig, zu bedenken, daß sich die meisten Analgetika nicht auf die Erzielung der Schmerzfreiheit beschränken, sondern daß sie aus Bestandteilen zusammengesetzt sind, die in Form von Barbitursäure, Coffein, Codein usw. auch beruhigende oder anregende Wirkungen entfalten. Das ist grundsätzlich ja auch erwünscht, wenn mit einem Medikament neben einem analgetischen auch ein sedierender Effekt erzielt werden kann, wobei die eine Wirkung die andere sogar zu potenzieren vermag. Wenn indessen ein solches Medikament eine zeitlang eingenommen wird, dann ist die Beobachtung zu machen, daß, das ist individuell ganz verschieden, von dem betreffenden Patienten bald früher, bald später, nicht mehr entschieden werden kann, ob die Tablette wirklich nur noch gegen die Schmerzen einverleibt wird, gegen die die Tablette ursprünglich und ganz begründet verordnet worden ist. Es zeigt sich nämlich, daß über die Schmerzfreiheit hinaus eine Beeinflussung des Befindens erfolgt, von der man nicht mehr sagen kann, daß sie allein auf einer Entspannung durch Schmerzfreiheit beruht, sondern mit der ein Gefühl der Beruhigung, vielleicht sogar der Anregung und Euphorisierung verbunden ist und das man zusammenfassend als eine Einflußnahme auf die Stimmung bezeichnen kann. Natürlich wäre es eine hohe Anforderung, von dem Patienten eine solche Differenzierung und Entscheidung hinsichtlich der Wirkungsweise der Tablette zu erwarten oder zu verlangen. Er fühlt sich jedenfalls nach der Einnahme der Tablette besser, wobei er nicht zu entscheiden vermag, worauf dieses Sichbesserfühlen beruht. Noch wichtiger wird aber der Umstand, daß er nach einer entsprechenden Zeit die Tablette kaum noch entbehren kann, weil sich dann, wenn er sie wegläßt, Beschwerden einstellen, bei denen er wiederum nicht in der Lage ist, zu entscheiden, welcher Art diese Beschwerden eigentlich sind. Der Patient ist natürlich geneigt, als Verursachung dieser Beschwerden Störungen anzunehmen, gegen die ihm die Tablette ursprünglich verordnet ist, während es sich in Wirklichkeit bei diesen Beschwerden schon darum handelt, daß er in eine Abhängigkeit von der Tablette geraten ist. Diese Abhängigkeit ist psychosomatischer Art, d. h., sie geht sowohl auf ein unabweisbares Bedürfnis des Körpers zurück, der die Wirkung der Tablette nicht mehr entbehren kann, wie darauf, daß in psychischer Hinsicht auf das künstlich herbeigeführte Wohlbefinden nicht mehr verzichtet werden kann. Diese Entwöhnungs- oder sogar schon Entzugserscheinungen können schon sehr bald außerordentlich lästig oder sogar quälend werden, und wenn sie ein solches Ausmaß erreicht haben, daß der Patient schlechterdings nicht mehr ohne die betreffende Tablette auskommt, kann man keinen Zweifel mehr daran haben, daß der Weg zu einem Abusus oder auch zu einer Sucht schon eine beträchtliche Strecke weit zurückgelegt ist. Das Bedürfnis nach Medikamenten, die zu einer Abhängigkeit und zu einer Sucht führen können, ist ganz typischer Art, gerade deswegen, weil die psychische Komponente dabei sehr bald unverkennbar in den Vordergrund tritt. Es ist ein grundlegender Unterschied zwischen der rein somatisch bedingten Abhängigkeit, die ein Herzkranker seinem Digitalis oder Strophanthin gegenüber empfindet oder ein Diabetiker gegenüber seinem Insulin und dem Drang, dem Verlangen, ja der Gier, die die Tablettensüchtigen äußern, wenn sie sich schon in einer Abhängigkeit von dem betreffenden Medikament befinden. Die Art des Bittens um die Tablette, die oft gar kein Bitten mehr bleibt, sondern ein Fordern, ein heischendes Verlangen, ein Bestehen auf der Tablette wird, zeigt untrügerisch an, in welchem Maße die Freiheit der Entschließung, die Tablette einzunehmen oder nicht, verlorengegangen ist. Es braucht dabei nicht notwendig gleich oder bald zu einer Erhöhung der Dosis zu kommen, wie es für die Entstehung der ausgesprochenen Sucht typisch ist. Viele Patienten bringen es fertig, ihre Tabletteneinnahme jahrelang auf der gleichen Höhe zu halten, während man in anderen Fällen exzessive Steigerungen der Tabletteneinnahme erlebt. Erst kürzlich sahen wir einen Kollegen, der täglich 60 Phanodorm einzunehmen pflegte, der mit dieser Menge von Barbitursäure, die unter Umständen ausreichen würde, drei Menschen tödlich zu vergiften, seine Praxis versah, Auto fuhr. Weit entfernt davon, bei einer solchen Dosis schläfrig zu sein, fühlte er sich vielmehr erst bei dieser Dosis einigermaßen leistungsfähig. Gerade an einem solchen Beispiel kann man sich klar machen, wie die ursprüngliche Wirkung, derentwegen das betreffende Medikament ursprünglich wohl begründet und indiziert war, immer mehr an Bedeutung verliert und sich geradezu in das Gegenteil verkehrt. Man begegnet einer völligen Zweckentfremdung, wenn ein Schlafmittel, wie

Phanodorm, eingenommen werden muß, um sich wach zu halten, oder wenn Schmerzmittel zur Beruhigung und zur Belebung, oder Asthmamittel zur Aufbesserung der Stimmung eingenommen werden müssen. Gerade diese Zweckentfremdung ist ein Kriterium für den Mißbrauch, den Abusus, der mit einer Sache, in diesem Fall mit einem Medikament, getrieben wird, und dem man in der Sucht begegnet.

Was die einzelnen Klassen von Medikamenten betrifft, die zum Mißbrauch und zur Sucht führen können, so darf mit der Besprechung der Hypnotika, also der Schlafmittel, begonnen werden. Die Fähigkeit, im Schlaf erwünschte Entspannung und die in psychischer und physischer Hinsicht erforderliche Erholung zu finden, ist ja individuell sehr verschieden und die Schlaflosigkeit ist ein Symptom vieler Krankheiten. Prädestiniert zu einer Schlafmittelsucht sind aber nicht so sehr die Patienten, bei denen die Schlafstörung im Rahmen eines anderen Leidens, vielleicht einer endogenen Depression auftritt, sondern vielmehr diejenigen, die konstitutionell als sogenannte schlechte Schläfer gelten müssen. Man findet unter diesen Patienten nicht selten asthenische, in körperlicher und psychischer Hinsicht oft stimmungslabile, zu depressiven Verstimmungen neigende Persönlichkeiten, die einmal die Schlaflosigkeit als besonders quälend empfinden und bei denen sich häufig eine sogenannte Erwartungsangst entwickelt, d. h. eine nicht selten ganz neurotisch anmutende Besorgnis, nicht einschlafen zu können. Ohne verhehlen zu wollen, daß die Behandlung einer solchen konstitutionellen Schlafstörung oft sehr große Schwierigkeiten machen kann, ist doch darauf hinzuweisen, daß gerade bei der Verordnung von Schlafmitteln nicht selten mit einer Großzügigkeit verfahren wird, die nicht vertretbar bleibt. So sollte es vor allem aufhören, daß z. B. in Krankenhäusern die Nachtschwester die Schlafmittel direkt offeriert, um nicht zu sagen, anpreist. Gerade bei Schlafmitteln wird sehr bald eine Steigerung der Dosis notwendig, wenn es sich nicht um solche Patienten handelt, bei denen die Tablette gewissermaßen zum Amulett wird und bei denen es beinahe schon genügt, daß sie auf dem Nachttisch liegt. Ein Mißbrauch liegt aber sicher dann vor, wenn die Schlafmittel nicht mehr zum Einschlafen genommen werden, sondern wenn sie auch am Tage dazu dienen, eine beruhigende Wirkung auszuüben, die zunächst in der Form erlebt wird, daß eine als angenehm empfundene Dösigkeit entsteht. Von einer Sucht muß man besonders dann sprechen, wenn der Mißbrauch der Schlafmittel zu einer paradoxen Wirkung geführt hat. Man versteht darunter die Beobachtung, daß Schlafmittel nach einem Mißbrauch, der sich über Monate und Jahre erstreckt hat, nicht mehr zu der eben genannten Dösigkeit führen, sondern im Gegenteil zu einer Belebung oder, besser ausgedrückt, zu einem solchen Zustand, der allein noch ein aktives Handeln ermöglicht und der im Grunde genommen nur relativ als Belebung imponieren kann. Es ist immer wieder erstaunlich, zu sehen, mit welchen ungeheuren Dosen, die bei jedem anderen Menschen, die nicht an eine solche Überdosierung gewöhnt sind, der Körper solcher Schlafmittelsüchtigen fertig wird.

Daß ein jahrelanger Gebrauch von Schlafmitteln, namentlich wenn sie Barbitursäure enthalten, nicht ohne sehr schwerwiegende psychische und neurologische Störungen bleiben kann, ist nur natürlich. Man trifft bei solchen Patienten auf eine allgemeine erhebliche Beeinträchtigung der Verstandestätigkeit, auf eine Konzentrationsschwäche und auf eine allgemeine Verlangsamung des Denkens. Barbitursäure war früher fast das einzige Antiepileptikum, und es hat sich herausgestellt, daß eine ganze Reihe von Wesenszügen, die man auf eine epileptische Wesensveränderung zurückführte, z. B. die typische Verlangsamung des Denkens, in Wirklichkeit die Folgen der chronischen Barbitursäureintoxikation gewesen sind. Typisch für Schlafmittelsüchtige ist auch die emotionelle Labilität, die Neigung zu Unleidigkeit und reizbaren Verstimmungen, zu psychasthenischen Bildern mit einer Einengung des Interessenkreises. Besonders hinzuweisen ist auf die nicht selten auftretende Suizidtendenz, die bei manchen Schlafmittelsüchtigen nur deswegen nicht tödlich wird, weil sie ungeahnte Mengen vertragen. Nicht weniger charakteristisch wie auf psychischem Gebiet ist die chronische Barbitursäurevergiftung auf neurologischem. Man sieht einen Nystagmus, Abschwächung der BDR, Koordinationsstörungen, eine dysarthritische Sprache, ferner Gangstörungen, so daß das Krankheitsbild einer multiplen Sklerose zum Verwechseln ähnlich sehen kann.

Wenn im folgenden einige Schlafmittel genannt werden, so heißt das nicht, daß diese eher zu Mißbrauch und Sucht führen würden als andere, die nicht genannt werden, aber es ist ja nicht möglich, die ganze Liste der Schlafmittel aufzuzählen.

Bei der raschen Verbreitung, das *Contergan* seinerzeit gefunden hatte, war es nur naheliegend, an einen Mißbrauch zu denken, wobei darauf hingewiesen werden muß, daß auch jetzt, nachdem dieses Mittel aus dem Handel gezogen ist, noch viele Patienten bedauern, darauf verzichten zu müssen, weil es sich in der Tat als ein ausgezeichnetes Hypnotikum erwiesen hat. Ohne, daß sich etwa aus der Reihenfolge eine Platzziffer hinsichtlich der Gefährlichkeit ergeben würde, seien nur noch die Schlafmittel *Adalin*, *Doriden*, *Medomin*, *Noludar*, *Pernocton*, *Persedon*, *Phanodorm*, *Revonal*, *Secundal*, *Somnifen*, *Valium* und *Veronal* genannt.

Bei der Zusammensetzung der Schmerzmittel, wobei hier von denjenigen abgesehen werden soll, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, spielen das *Phenacetin* sowie das *Pyrazolon* und die Salicylsäurederivate die Hauptrolle. Die Verbreitung, die diese Mittel gefunden haben, ist noch größer als die der Schlafmittel. Es wurde schon darauf hingewiesen, daß bei der chronischen Einnahme dieser Tabletten neben der analgetischen, bald die leicht euphorisierende Wirkung, namentlich des Phenacetins, zu einer immer neuen Einverleibung Anlaß gibt. Von KIELHOLZ (Basel) wurde darauf aufmerksam gemacht, daß die mißbräuchliche Verwendung von vorwiegend Phenacetin-haltigen Kombinationspräparaten, besonders in der deutschsprachigen Schweiz, seit dem zweiten Weltkrieg zu einer eigentlichen Volksseuche geworden sei.

Die Gefährlichkeit der hierher gehörigen Tabletten, es seien nur genannt, *Saridon*, *Optalidon*, *Treupel-* und *Spalttabletten*, *Melabon*, *Pyramidon*, *Quadronal*, *Thomapyrin* und *Veramon*, wird dadurch erhöht, daß sie besonders leicht zugänglich sind und gewissermaßen einen besonders harmlosen Eindruck machen. Bei der Einnahme dieser Tabletten spielen eine tatsächliche oder vielleicht auch nur so erlebte körperliche und

psychische Überforderung in vielen Berufen eine Rolle. Besonders oft findet man unter den Analgetika-Süchtigen psychasthenische, selbstunsichere, kontaktschwache, aber auch gewissenhafte und ehrgeizige Persönlichkeiten, bei denen eine Diskrepanz zwischen ihrer tatsächlichen Leistungsfähigkeit und ihren Zielsetzungen besteht (KIELHOLZ).

Gerade von den Patienten dieser Gruppe werden übrigens besonders häufig der Mißbrauch und die Sucht bagatellisiert, sei es aus einem schlechten Gewissen heraus, oder weil sie wirklich von der Harmlosigkeit der Tablette überzeugt sind. Die meisten der hierher gehörigen Tabletten führen ihrerseits bei längerer Verwendung zu Kopfschmerzen, vor allem können bei der Entziehung sehr beträchtliche Abstinenzsyndrome auftreten. Der chronische Verbrauch kann zu sehr weitgehenden Veränderungen der ganzen Persönlichkeit führen. Man sieht einmal eine ausgesprochene affektive Labilität mit einer allgemeinen Gereiztheit und Überempfindlichkeit und einer Neigung zu Stimmungsschwankungen, die von einer oberflächlichen Euphorie bis zu einer reizbaren Morosität reichen, darüber hinaus aber zu einem allgemeinen Verlust des Persönlichkeitsgefüges, zu dem, was man Entkernung einer Persönlichkeit nennen kann. Die Patienten wirken ausgebrannt, erloschen, mit einer Einschränkung der Initiative, einer Einengung des ganzen Interessenkreises, einer zunehmenden Passivität, mit einem Verlust des Verantwortungsgefühles und vor allem mit einer zunehmenden Unaufrichtigkeit, um nicht zu sagen Verlogenheit, die zum Wesen jedes Süchtigen gehört. Natürlich fehlen auch hier nicht schwere körperliche Schädigungen, z. B. in Form von Störungen der blutbildenden Organe sowie der Nieren.

Nicht die Ausschaltung von Reizen, nicht die Sedierung und Ruhigstellung, sondern genau im Gegenteil eine Belebung, eine Steigerung des Antriebes, ein Verlust der Empfindung de. Ermüdung, dieses wichtigen Signals des Körpers, vor allem ein Wachhalten, wird bei der Einnahme der Tabletten gesucht, die als Weckamine eine zunehmende Bedeutung gewinnen und die aus der Ephedrin-Benzedrinreihe stammen. Hier wären Präparate wie *Benzedrin*, *Pervitin*, *Preludin*, *Ritalin* u. a. zu nennen. Als sogenannte Appetitzügler haben sich einige dieser Tabletten ebenfalls auf eine sehr unschuldige Weise eingeführt, aber es zeigte sich bald, daß die das Hungergefühl beeinflussende Wirkung mehr und mehr hinter dem deutlich euphorisierenden Effekt zurücktrat. Diese Tabletten, die zur körperlichen und psychischen Leistungssteigerung Verwendung fanden, sie spielen beim Doping zur sportlichen Leistungssteigerung immer wieder eine Rolle, werden auch bei psychischen Anforderungen, namentlich von Studenten, aber auch von Gymnasiasten bei der Vorbereitung auf Examina gebraucht. Vor allem sensitive, ehrgeizige, oft auch neurotische und psychasthenische Persönlichkeiten glauben, auf diese Weise zu einer Erhöhung ihres geistigen und körperlichen Potentials zu kommen, gelegentlich finden sie auch in sexueller Hinsicht Verwendung. Natürlich bleibt die künstliche Beeinflussung des Müdigkeitsgefühles, namentlich des Schlafentzuges, nicht ohne Folgen. So ist es verständlich, daß Zustände einer gespannten Reizbarkeit entstehen, einer flattrigen emotionellen Unruhe, einer Überwachheit, in der die betreffenden Patienten allen Reizen gleichsam schutzlos preisgegeben sind. Dosissteigerungen sieht man gerade bei diesen Tabletten schon sehr bald notwendig werden. Bei suchtmäßigem Gebrauch dieser Medikamente kann es zu sehr schweren psychiatrischen Zustandsbildern kommen, die mit ihren Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen darüber hinaus beim Auftreten von optischen und haptischen Halluzinationen zu dem ausgeprägten Bild einer Schizophrenie oder jedenfalls eines schweren Beeinträchtigungswahnes führen können.

Erst in den letzten Jahren wurde bekannt, daß auch Asthmamittel wegen ihres Gehaltes an Ephedrin bei einem chronischen Gebrauch, wie es ja in der Regel einem Asthma entspricht, süchtig machen können. Gerade bei Asthmatikern ist es natürlich oft sehr schwierig, zu entscheiden, ob ihr Verlangen nach den entsprechenden Tabletten wirklich durch die quälenden Beschwerden des Asthmaanfalles bedingt ist, oder ob das Verlangen schon auf eine suchtmäßige Abhängigkeit zurückgeht. Die psychosomatischen Verflechtungen beim Asthma sind ja bekannt und so kann sich ein Circulus vitiosus einspielen in der Form, daß sich die Entziehungserscheinungen gerade in Form von Asthmaanfällen ausdrücken. Das Ephedrin findet sich gerade wegen seiner vasokonstriktorischen Wirkung auch in Mitteln, die zur Behebung des Schnupfens oder zur Abschwellung der Nasenschleimhaut verwendet werden. Man sieht hier wieder, in welchen ganz harmlos erscheinenden Medikamenten oder Kombinationspräparaten Stoffe enthalten sind, die, wie das Ephedrin, infolge seiner belebenden und euphorisierenden Wirkung zur Sucht führen können. Bei chronischem Gebrauch dieser Mittel ist, wie bei dem Mißbrauch der Weckamine, eine zunehmende Gereiztheit zu beobachten, eine allgemeine emotionelle Labilität, Schlafstörungen stellen sich ein und auch bei diesen Mitteln können gelegentlich schwere psychotische Zustände in Form eines Beeinträchtigungswahnes mit Sinnestäuschungen beobachtet werden. Auch bei den bekannten Asthmamitteln wie *Astmolysin*, *Felsol* oder *Taumasthman* sind bei chronischer Verwendung ähnliche psychische Störungen mit Schlaflosigkeit und schließlich auch psychotische Bilder mit Wahnbildungen und Sinnestäuschungen zu beobachten.

Die weitaus größte Verbreitung haben in den letzten zehn Jahren zweifellos die Tabletten gefunden, bei denen psychische Wirkungen gleichsam nicht nur in Kauf genommen werden, wie dies bei Schlaf-, Schmerz- oder Asthmamitteln der Fall ist, sondern die gerade wegen ihrer psychischen Wirkung verordnet und angepriesen werden. Es handelt sich um die sogenannten Tranquilizer oder Ataraktika. Es kann jetzt nicht mehr bestritten werden, daß mit diesen Tabletten ein weltweiter Mißbrauch getrieben wird. Es handelt sich um die bekannten *Meprobramate*, ferner um Mittel wie *Librium* oder *Valium*, die sich einer Publizität erfreuen, die allein schon zwingend dafür spricht, daß die Verbreitung dieser Tabletten keineswegs auf einer wünschenswerten ärztlichen Indikation beruhen kann. Das nimmt nicht wunder, wenn man bedenkt, daß bei der Einnahme dieser Tabletten ein Wegscheuchen aller Verdrießlichkeiten des Alltags in Aussicht gestellt wird, daß sie als „Happy pills" das Glück schlechthin versprechen, daß sie zu einer Harmonisierung der Persönlichkeit verhelfen sollen und wie so fort die Anpreisungen einer geschäftstüchtigen Reklame lauten. Da ist es natürlich nur zu verständlich, daß der moderne Mensch,

der es offenbar immer weniger versteht, mit seinen Stimmungen und Verstimmungen fertig zu werden, nach solchen Tabletten greift, die ihm ausdrücklich eine Ausgewogenheit des Gemüts und den Frieden seiner Seele versprechen. Das Verlangen oder sogar die Sucht nach Perfektionierung, die ebenfalls ein Zeichen des modernen Menschen ist, macht auch vor psychischen Bereichen nicht halt und so zeigt sich das Bestreben, auch die Stimmung, das seelische Befinden zu manipulieren, um diesen modernen Ausdruck zu gebrauchen, mit dem ebenfalls so viel Mißbrauch getrieben wird, und zu perfektionieren.

Der Psychiatrie wurde sogar tadelnd vorgehalten, daß sie mit ihrer Warnung vor dem Mißbrauch solcher Tabletten den Menschen daran hindere, eines Glückes gewärtig zu werden, das er sich medikamentös verschaffen könne. Mit allem Nachdruck muß aber darauf aufmerksam gemacht werden, daß doch tatsächlich von einer Harmonisierung der Persönlichkeit oder von der Vermittlung eines Zustandes, der als Glück bezeichnet werden könne, überhaupt nicht die Rede sein kann. So wie ein Mißbrauch mit diesen Tabletten getrieben wird, so wird auch ein Mißbrauch mit solchen Begriffen wie Harmonie, Seelenfrieden oder Glück getrieben.

Die oberflächliche Gelassenheit, die Indolenz und Gleichgültigkeit, die durch solche Tabletten hervorgerufen werden, haben nicht das geringste gemeinsam mit der Tranquilitas animi oder der Ataraxia mit diesen hohen beseelten Begriffen aus der Philosophie der Antike.

Die flüchtige Verdeckung der Lebensangst, die mit diesen Tabletten möglich wird, ist dann keine Therapie, wenn es sich nicht um wirkliche Krankheitszustände handelt, innerhalb deren Angst und Sorge auftreten. Es muß auch an dieser Stelle wieder betont werden, daß die Tranquilizer und Ataraktika ausgezeichnete Hilfsmittel, die man nicht missen möchte, darstellen, wenn die richtige Indikation zu ihrer Verwendung vorliegt, aber es ist noch einmal hervorzuheben, die Sorgen des Alltags und die schlechte Stimmung sind keine Krankheiten, die einer ärztlichen Hilfe bedürfen, und sie sind vor allem auch nicht medikamentös zu behandeln. Wie eingangs schon erwähnt wurde, ist an jede medikamentöse künstliche Beeinflussung der Stimmung die Gefahr geknüpft, daß der betreffende Mensch diesem chemischen Vermittler einer besseren Stimmung verfallen kann. Das gilt vom Alkohol bis zur Kopfschmerztablette. Bei den Tranquilizern kann man sehr gut beobachten, was für eine trügerische Harmonisierung der Persönlichkeit bei ihrem Mißbrauch oder bei ihrer suchtmäßigen Verwendung auftreten kann. Schon allein eine höhere Dosierung dieser Tabletten kann zu sehr unangenehmen körperlichen Sensationen wie Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und anderen körperlichen Störungen führen, vor allem zeigt sich aber die Abhängigkeit in den Entziehungserscheinungen, bei denen man Zustände einer morosen Gereiztheit begegnet, einer gesteigerten quälenden Motilität und vor allem gerade der Angst, der der Patient durch die Einnahme des Mittels zu entgehen suchte, nur daß es sich jetzt nicht mehr um eine konstitutionell bedingte Unsicherheit und Ängstlichkeit handelt, sondern um dranghafte Angstzustände schweren Ausmaßes, bei denen nicht selten ernsthafte Suizidregungen auftreten. Natürlich sind solche Kranke, die sich erst durch die mißbräuchliche Verwendung dieser Tabletten wirklich krank gemacht haben, gezwungen, gegen diese Zustände der Verzweiflung erneut zu den betreffenden Tabletten zu greifen, mit dem Erfolg, daß sie eine euphorisierende Beglückung erleben, die aber dann wieder einer um so größeren Angst Platz machen, wenn das Mittel weggelassen wird.

Bei allen besprochenen Tabletten kommt es entscheidend auf die Persönlichkeiten an, die zu ihnen Zuflucht nehmen. Ebenso wie man es vom Alkohol sagen kann, führen auch die genannten Tablettenwirkungen gleichsam zu einer Demaskierung der Persönlichkeit, freilich auch zu einer Verzerrung, bis dann in der Sucht in Form von organischen und psychischen Bildern die Beeinträchtigung der Persönlichkeit so schwer geworden ist, daß wieder eine gewisse Gleichförmigkeit der Zustandsbilder erreicht wird. Aus der zumindest erwünschten Abschaltung von lästigen Reizen, die in Form der genannten trügerischen Gelassenheit und Indolenz erlebt wird, entwickeln sich bald eine verdrossene Arbeitsunlust, Müdigkeit und Schläfrigkeit, die abgelöst werden können von einer mißgestimmten Gereiztheit oder auch einer unangemessenen, manchmal wirklich läppisch wirkenden Euphorie und gerade in diesen Zuständen treten individuelle Persönlichkeitszüge besonders akzentuiert in Erscheinung, weil durch die Intoxikation die steuernden Barrieren des sich Zusammennehmens durchlässig geworden sind.

Auch mit der Nennung der Tranquilizer und Ataraktika ist die Liste der Tabletten, die grundsätzlich einen Mißbrauch und eine Sucht nach sich ziehen können, noch nicht erschöpft. Man kann aber nicht sagen, wie es gelegentlich behauptet wird, daß im Grunde genommen jede Tablette süchtig machen könne. Es mag vorkommen, daß der eine oder andere mit irgendeiner objektiv gesehen, indifferenten Tablettenwirkung subjektiv ein Erlebnis empfindet, so daß die betreffende Tablette für ihn zum unersetzbaren Amulett wird. Das ist unbedenklich, so lange die Wirkungen der betreffenden Tabletten unbedenklich bleiben. Auch mit Laxantien kann aber z. B. Mißbrauch getrieben werden, und man kann Frauen begegnen, bei denen man den Eindruck hat, daß ihr Wohlbefinden nicht so sehr von ihrer körperlichen Schlankheit abhängt, als von dem Füllungszustand ihres Darmes. Daran sieht man, wie Abführmittel in einem Umfange eingenommen werden, daß man von einem Mißbrauch und vielleicht sogar manchmal auch von einer Sucht sprechen kann. Hier handelt es sich nicht, jedenfalls primär nicht, um zerebrale Wirkungen, es kommt vielmehr auf dem Weg über eine chronische Verarmung an Kali im Blut zu einer neuen Obstipation, die seinerseits wieder zum Gebrauch von Abführmitteln zwingt, so daß ein sehr unheilvoller Circulus vitiosus entstehen kann.

Die Suchtgefahr bei Hustenmitteln kann wegen ihrer großen Bedeutung nicht unerwähnt bleiben, wenn an Tabletten wie *Acedicon*, Dicodid, Codein oder *Ticarda* erinnert werden darf. Migränemittel müssen genannt werden, die sogenannten *Nervina*, die in der Regel Belladonna und Barbitursäure enthalten, und auch bei der Nennung dieser Präparate ist eine Vollständigkeit noch nicht erreicht.

Zum Abschluß darf noch betont werden, daß es das gemeinsame Kriterium aller Tabletten, die in diesem Vortrag genannt wurden, bleibt, daß sie zu einer Beeinflussung der Stimmung führen. So ist es gut zu er-

klären, daß die einzelnen Tabletten, bei denen eine Sucht entstehen kann, untereinander vertauschbar sind. Man sieht immer wieder, daß die Süchtigkeit von einer Tablette, die ihnen verboten wurde, nachdem man erkannt hatte, daß sie in Abhängigkeit von ihr stehen, auf eine andere mit einer ähnlichen Wirkung ausweichen und es läßt sich die Regel aufstellen, daß jede Tablette, mit der Entziehungserscheinungen beseitigt werden können, oder die ähnliche Wirkungen vermitteln, wie diejenigen, die mißbräuchlich verwendet wurden, grundsätzlich auch die Gefahr in sich birgt, ihrerseits zur Sucht zu führen. Die Feststellung mag hart klingen, daß es dann, wenn eine Sucht entstanden ist, zur erfolgreichen Therapie fast schon zu spät ist. Die Prognose einer Sucht, nicht nur die der klassischen Rauschgiftsucht, sondern aller Suchten, die bei den genannten Tabletten eintreten kann, muß nach wie vor als ungünstig bezeichnet werden. Es bedarf sehr großer Anstrengungen, einem Menschen die Freiheit wieder zu verschaffen, die er verloren hat, wenn er in die Abhängigkeit einer Tablette geraten ist. Um den Ernst der Situation zu kennzeichnen, in die ein Süchtiger geraten kann, muß darauf hingewiesen werden, daß eine Entziehung grundsätzlich nur in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung möglich ist. Gerade wegen der schweren Gefährdung in körperlicher und in psychischer, darüber hinaus aber auch in familiärer und sozialer Hinsicht, gerade auch im Hinblick auf die ungünstige Prognose einer Sucht, kann die Notwendigkeit einer Prophylaxe, d. h. einer kritischen Wachsamkeit bei jeder Verordnung und bei jeder Einnahme der heute genannten Tabletten nicht genug betont werden.

(Vortrag anläßlich des III. Sozialmedizinischen Kurses am 18. November 1968 in München.)

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. Hans Sattes, 8700 Würzburg, Füchsleinstraße 15

(Aus dem Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik der Universität Erlangen-Nürnberg [Direktor: Professor Dr. Dr. E. Weinig])

Ärztliche Schweigepflicht bei Fahruntüchtigkeit des Patienten

Von E. Weinig und G. Reinbardt

Da die Meldung: „Arzt muß Fahruntüchtigkeit durch Krankheit melden" im „Bayerischen Ärzteblatt", Nr. 5, Seite 537 (1969), zu Mißverständnissen Anlaß geben kann, erscheint eine Erörterung des Fragenkomplexes angebracht.

Die Offenbarungsbefugnis des Arztes über den Gesundheitszustand eines Patienten gegenüber der Verkehrsbehörde wurde im Schrifttum bisher nicht einheitlich beurteilt. In einem Urteil vom 8. 10. 1968 — VI ZR 168/67 — KG — (abgedruckt in NJW 68, 2288) stellte der Bundesgerichtshof (BGH) fest:

> „Ein Arzt kann trotz seiner grundsätzlichen Schweigepflicht nach den Grundsätzen über die Abwägung widerstreitender Pflichten oder Interessen berechtigt sein, die Verkehrsbehörde zu benachrichtigen, wenn sein Patient mit einem Kraftwagen am Straßenverkehr teilnimmt, obwohl er wegen seiner Erkrankung nicht mehr fähig ist, ein Kraftfahrzeug zu führen, ohne sich und andere zu gefährden. Voraussetzung ist jedoch, daß der Arzt vorher den Patienten auf seinen Gesundheitszustand und auf die Gefahren aufmerksam gemacht hat, die sich beim Steuern eines Kraftwagens ergeben, es sei denn, daß ein Zureden des Arztes wegen der Art der Erkrankung oder wegen der Uneinsichtigkeit des Patienten von vornherein zwecklos ist."

Im Widerstreit der Meinungen über das Offenbarungsrecht des Arztes (vgl. dazu H. J. WAGNER, 1968), im Anschluß an ein Urteil des OLG München (Monatsschrift für „Deutsches Recht", 1956, 256) hat der BGH jenen Autoren zugestimmt, die das Offenbarungsrecht des Arztes bejahten.

Es kann nicht davon die Rede sein, daß durch das Urteil des BGH vom 8. 10. 1968 die ärztliche Schweigepflicht erneut durchlöchert werde; in dem Urteil wird vielmehr an die Schweigepflicht des Arztes ausdrücklich erinnert.

Die ethische Berechtigung des Arztes zur Offenbarung läßt sich aus seiner Stellung in der Gemeinschaft ableiten. In der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BGBl. I, Seite 1857) heißt es in § 1 (1): „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes." PREISER stellte 1958 heraus: „Leben und körperliche Integrität unbeteiligter Dritter, das sind die Rechtsgüter, zu deren Gunsten allein er (der Arzt) das Geheimnis preisgeben darf ... auch hier darf er nur reden, wenn die Gefahr einer Verletzung naheliegt und ein anderes Mittel ihr vorzubeugen nicht zur Verfügung steht. Der Arzt, der unter diesen Voraussetzungen und innerhalb dieser Grenzen tätig wird, verletzt nicht, er wahrt vielmehr das Interesse des Patienten, der, wie sein Verhalten gezeigt hat, den Pflichten eines für sich verantwortlichen Menschen allein nicht nachzukommen vermag."

Aus der Berechtigung des Arztes zur Offenbarung darf andererseits nicht eine Verpflichtung abgeleitet werden. KOHLHAAS machte 1966 darauf aufmerksam, daß die Unterscheidung zwischen „verpflichtet" und „berechtigt" vielfach nicht erkannt werde. Der Arzt darf bei Annahme einer drohenden Verkehrsgefährdung durch seinen Patienten der Behörde dies mitteilen, der Arzt ist zur Meldung aber nicht verpflichtet und ein Unterlassen ist nicht strafbar.

Die Probleme einer Anzeigepflicht des Arztes bei fahruntüchtigen Patienten hat in einer früheren Ausgabe dieser Zeitschrift schon BOCKELMANN (1963) erörtert; er wies darauf hin, daß der Meldung des Arztes aufgrund einer Anzeigepflicht zwar das „Odium eines Willküraktes" genommen würde, die Ärzte ande-

rerseits aber damit rechnen müßten, daß man sie bei Versäumen der Anzeigepflicht zur Verantwortung zieht. Durch eine Pflicht zur Anzeige würde zudem das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erheblich belastet.

Auch wenn bisher schon die Möglichkeit zur Meldung uneinsichtiger kranker Verkehrsteilnehmer an die Verkehrsbehörde zumindest aus dem Gesichtspunkt des übergesetzlichen Notstandes gegeben war, so beseitigt das BGH-Urteil vom 8. 10. 1968 eine gewisse, noch in der Ärzteschaft bestehende Rechtsunsicherheit. Fahruntüchtige Patienten können nun noch nachdrücklicher auf die gesetzlich zulässige Meldung an die Verkehrsbehörde bei Uneinsichtigkeit hingewiesen werden. In Betracht kommen hier vor allem Patienten mit krankhafter Kritikschwäche, wie bei hirnorganischen Syndromen, endogenen Psychosen und schweren Suchten. Der Arzt wird dabei die gesamte Lebenssituation und Persönlichkeit des Patienten mitberücksichtigen.

Unabhängig von der Entscheidung des BHG solite der Arzt in jedem Fall einer drohenden Verkehrsgefährdung durch einen Patienten diesen über seinen Mangelzustand aufklären, einen nach Narkose noch fahruntüchtigen Patienten hat er am Führen eines Kraftfahrzeuges zu hindern; solche Aufgaben des Arztes lassen allgemein sich aus der ärztlichen Sorgfaltspflicht ableiten, im Falle der Narkose auch aus einer Garantenpflicht des Arztes (BOCKELMANN). Eine geeignete Aufklärung des Patienten durch seinen Arzt hat sicher auch bisher schon Verkehrsgefährdungen verhütet.

Die immer wieder erhobene Forderung der Einführung einer Fahrtauglichkeitsuntersuchung vor Aushändigung des Führerscheins und von Kontrolluntersuchungen wird durch das BGH-Urteil nicht berührt.

Literaturverzeichnis

BOCKELMANN, P.: Fahruntauglichkeit und ärztliche Schweigepflicht. Bayer. Ärzteblatt **18**, 497 (1963)

KOHLHAAS, M.: Meiderecht oder Meldepflicht des Arztes bei Fahruntüchtigkeit des Patienten. Dtsch. med. Wschr. **91**, 41 (1966).

PREISER, W.: Schweigepflicht und Schweigerecht des Arztes. Münch. med. Wschr. **100**, 1742 (1958).

WAGNER, H. J.: Ärztliche Schweigepflicht. In: Handbuch der Verkehrsmedizin. Herausgegeb. von H. Wagner und H. J. Wagner, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 1968.

Anschrift d. Verf.: Professor Dr. Dr. E. Weinig und Dr. med. G. Reinhardt, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 22

Die Begutachtung psychischer Krankheitsbilder

Von Friedrich Kensy

Die sozialmedizinische Begutachtung psychischer Krankheitsbilder befaßt sich hauptsächlich mit der Beurteilung der verbliebenen Leistungsfähigkeit bei Psychosen und Persönlichkeitsvarianten. Die psychiatrische Begutachtung ist nach wie vor schwierig, weil die Erscheinungsbilder wissenschaftlich exakt kaum faßbar sind.

Gleiche Noxen können verschiedene psychische Krankheitsbiider hervorrufen. Ein und dasselbe Krankheitsbild kann andererseits vieleriei Verursachungsmögiichkeiten haben.

Man gruppiert deshaib heute die psychischen Störungen nach einigen Grundformen, die nach Art der Schädigung oder des psychopathologischen Erscheinungsbildes Einheiten darstellen.

Für die soziaimedizinische Begutachtung ist die Aufteiiung in klar definierte Krankheitseinheiten jedoch nicht so sehr von Belang. Wichtiger ist die Feststeliung des Grades der Erkrankung und der verbliebenen Leistungsfähigkeit. An der bisher übiichen Einteilung der psychischen Störungen wird deshalb zur besseren Orientierung festgehalten.

Viele Geisteskranke müssen immer noch verwahrt werden. Es kommen aus diesem Grunde nur gewisse Formen für die Rentenbegutachtung in Betracht. Zu den endogenen Psychosen werden die Schizophrenie, das manisch-depressive Kranksein und aus Gründen der Zweckmäßigkeit auch die Epiiepsie ohne nachweisbare Ursache gerechnet.

Wir sprechen von körperlich begründbaren, exogenen Psychosen, die unter dem Einfluß bekannter Noxen entstehen im Unterschied zu den endogenen Psychosen, bei denen ein organisches Substrat fehlt, aber zu unterstellen ist.

Obwohl man immer noch überzeugt ist, daß im wesentlichen innere Gesetzmäßigkeiten verantwortlich zu machen sind, wird der Begriff der endogenen Seibstherrlichkeit nicht mehr so kategorisch aufrechterhalten. Gewisse Abhängigkeiten von bestimmten biographischen Konstellationen werden vermutet. Den neuesten Forschungsergebnissen wird man sich nicht ganz verschließen können, ohne jedoch das Übergewicht von Erbeinflüssen zu verkennen. Bei der Beurteilung unter den Gesichtspunkten der Sozialmedizin wären folgende Überlegungen beachtenswert:

Akute exogene Psychosen klingen schnell wieder ab. Sie scheiden für die Begutachtung aus. Chronisch verlaufende exogene Störungen können nur im Zusammenhang mit dem Grundieiden beurteilt werden.

Bei der Schizophrenie, einer endogenen Psychose, kommt es zur Störung der Persönlichkeit. Zu den Primärsymptomen rechnen wir

- die Entfremdungsgefühle,
- die Kontaktlosigkeit,
- den Autismus,
- die formalen und inhaltlichen Denkstörungen,
- die Fremdimpulse und
- die Sinnestäuschungen.

Die Intelligenz und das Bewußtsein sind primär nicht gestört.

Von Fall zu Fall wechselnde Sekundärsymptome formen das klinische Bild. Wir unterschelden:

1. Die Schizophrenia simplex mit der affektiven und intellektueilen Versandung, mit Antriebsmangel und Indolenz. Ein akuteres Krankheitsgeschehen bleibt aus.
2. Die Hebephrenie mit frühem Beginn, läppisch-albernem Verhalten und schwacher Ausprägung typischer Primärsymptome.

3. Die Katatonie mit Impulsstörungen sowie verschiedenen Bildern von motorischer Starre bis zum Bewegungssturm.
4. Das Paranoid mit dem Beziehungs- und Verfolgungswahn.
5. Die Pfropfschizophrenie, bei der sich die Psychose auf den Schwachsinn aufgepfropft hat.

Der Verlauf spielt sich häufiger in Schüben ab. Im akuten Stadium fühlt sich der Kranke durch Sinnestäuschungen bedrängt, die er oft wahnhaft verarbeitet. In der mit der Zeit eintretenden Beruhigung stabilisiert sich die Persönlichkeit. In einem Viertel tritt praktisch Heilung ein. Die Hälfte heilt mit Defekt. Das letzte Viertel endet in schizophrener Demenz. Solche Endzustände erscheinen affektiv verödet, „ausgebrannt".

Katatone haben die beste Prognose. Oft sind keine Defekte nachweisbar. Hebephrene Verläufe sind prognostisch ungünstiger. Paranoide Prozesse heilen selten. Die Persönlichkeit bleibt oft gut erhalten. Moderne Psychopharmaka können die Wahninhalte dämpfen. Soziale Wiedereingliederung ist möglich.

Die verbliebene Leistungsfähigkeit ist abhängig von

dem Alter,
der Krankheitsdauer,
der Zahl und Dauer der Schübe,
der Kontaktfähigkeit,
den Denkstörungen,
den affektiven Störungen,
den Sinnestäuschungen,
den Defekten.

In vielen Fällen sinkt trotz Behandlung mit modernen Psychopharmaka das Persönlichkeitsniveau ab. Die Ausübung differenzierterer Berufe scheidet deshalb aus. Relativ einfache Tätigkeiten können beim Vorliegen blander Defektzustände meistens noch ausgeübt werden. Voraussetzung ist, daß der Patient sich am Arbeitsplatz einordnet und der Umgebung noch zumutbar ist. Bei der Begutachtung sind die aus der sozialen Psychiatrie gewonnenen Erkenntnisse weitgehend zu berücksichtigen.

Von den manisch-depressiven Erkrankungen werden nur die leichteren Depressionen ambulant begutachtet. Die schwereren Formen werden stationär behandelt. Die Leistungsfähigkeit ist meistens nur auf Zeit, selten auf Dauer eingeschränkt.

Bei der Beurteilung Schwachsinniger ist zu bedenken, daß der Intelligenzdefekt, der schon bei Beginn des Versicherungsverhältnisses vorlag, von sich aus keinen Rentenanspruch begründen kann. Die Leistungsfähigkeit hängt aber nicht allein vom Defekt ab. Sie ist auf ausgleichende Kräfte der Gesamtpersönlichkeit angewiesen, die den Defekt weitgehend auffangen. Erlahmen mit vorrückendem Alter die Kräfte, so kann es zu einer stärkeren Auswirkung des an sich gleichgebliebenen Defektes kommen. In solchen Fällen wird man schon in früheren Lebensabschnitten invalidisieren müssen. Gleiches gilt für schwere Psychopathieformen.

(Vortrag anläßlich der Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V. am 18. Oktober 1968 in Augsburg — gekürzte Wiedergabe).

Anschr. d. Verf.: Oberregierungsmedizinalrat Dr. med. Friedrich Kensy, 8000 München 13, Heßstraße 89

Entschädigung für Leichenschau

Ein Arzt hat sich in wiederholten Schreiben an das Polizeipräsidium einer Stadt mit eigener Polizei gewandt und hat um Überprüfung der Gebühren als Leichenschauer gebeten. Die Stadt hat diese Eingabe an die zuständige Regierung weitergeleitet. Diese hat das Schreiben als Bitte um Überprüfung der gegebenen Rechtsauskunft gewertet und unter Darlegung des Falles um Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern gebeten.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat mit Entschließung vom 31. 3. 1969 — Nr. III/8 — 5315/15 — 3/69 — folgendes entschieden (die Entschließung erfolgt, soweit sie die Entschädigung für Leichenschau betrifft, im Wortlaut):

„Für die Vornahme der durch die Oberpolizeilichen Vorschriften vorgeschriebenen Leichenschau steht dem bestellten Leichenschauer eine Entschädigung nur nach der Verordnung über die Entschädigung der Leichenschauer vom 16. 5. 1958 (GVBl. S. 76), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 2. 1. 1968 (GVBl. S. 14), zu. Hiervon kann schon im Hinblick auf § 1 Abs. 2 dieser Verordnung nicht abgewichen werden.

Soweit jedoch Herr Dr. . . . im Rahmen der Strafverfolgung der Polizei über die Vornahme der Leichenschau hinaus tätig wird, insbesondere weitergehende Untersuchungen anstellt oder die Polizei berät, bestehen keine Bedenken, wenn ihn die Polizei für diese ‚Sonderleistungen' entsprechend den Vorschriften des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen in der Fassung vom 26. 9. 1963 (BGBl. I S. 758), geändert durch Gesetz vom 20. 12. 1967 (BGBl. I S. 1246), entschädigt."

Hiermit hat das Bayerische Staatsministerium des Innern erstmals anerkannt, daß dem Leichenschauer, der eine Leichenschau für die Polizei bzw. im Auftrag der Polizei, bei sogenannten Polizeileichen, die nach § 159 StPO behandelt werden, durchführt, eine Entschädigung zusteht.

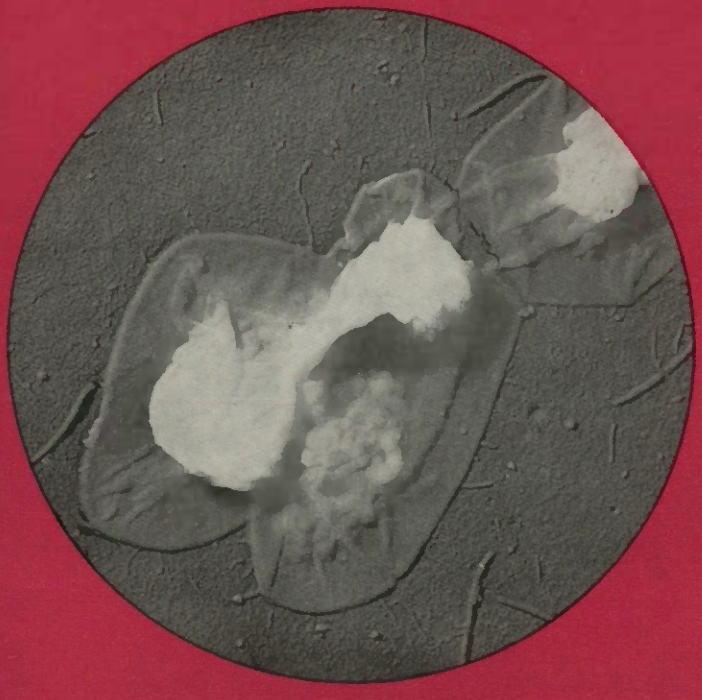
Diese Entschädigung bemißt sich nach dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (ZuSEntschG). Nach § 5 stehen dem Arzt für besondere Verrichtungen besondere Vergütungen zu, die in der Anlage zu § 5 festgelegt sind. Die lfd. Nummer 4 dieser Anlage besagt: „der Arzt enthält für ein Zeugnis über einen ärztlichen Befund mit kurzer gutachtlicher Äußerung oder für ein Formbogengutachten, wenn sich die Fragen auf Vorgeschichte, Angaben und Befund beschränken und nur ein kurzes Gutachten erfordern, DM 10,— bis 20,—".

Da die Polizeidienststellen in der Regel beraten werden wollen, ob natürlicher oder unnatürlicher Tod vorliegt und welche Todesursache vorliegt, ist immer eine Beratung bei einer Leichenschau, die von der Polizei verlangt wird, gegeben. Deswegen steht dem Arzt auch

Binotal®

wirkt bakterizid

Das ist wichtig bei:



Atemwegsinfekten

wie Bronchitis, Pneumonie, Emphysem-Bronchitis, Asthma-Bronchitis mit bakterieller Beteiligung

Harnwegsinfekten

wie Pyelonephritis, Pyelitis, Prostatitis

Gallenwegsinfekten

wie Cholezystitis, Cholangitis

Sepsis

Endokarditis

Binotal wirkt bakterizid, 1. im Blut, 2. im Gewebe, 3. im Hohlraum, unabhängig von unspezifischen Abwehrmechanismen des Körpers.

BAYER

Rationelle Breitspektrum-Penicillin-Therapie mit Binotal. Für Praxis und Klinik das umfangreiche Binotal-Sortiment.

Binotal 500	12 und 30 Tabletten zu 0,5 g
Binotal-Saft	mit 3 g/60 ml
Binotal pro infantibus	18 Kapseln zu 0,25 g
Binotal pro inj.	zu 0,5 g; 1,0 g; 2,0 g
Binotal pro inf.	zu 5,0 g

hier eine Entschädigung nach dem Zeugen- und Sachverständigenentschädigungsgesetz § 5 Anlage lfd. Nr. 4 über DM 20.— zu.

Es wird den Kollegen empfohlen, eine gesonderte Rechnung hierüber an die anfordernde Polizeidienststelle zu senden.

Falls der Leichenschauer eine solche Beratung nicht vornimmt, wird er nach Art. 43 des Polizeistrafgesetzbuches für Bayern mit empfindlichen Strafen bedroht. Siehe hierzu auch „Bayerisches Ärzteblatt", Heft 4/1969, S. 402, zur Meldepflicht des Leichenschauers: Urteil des Bayerischen Obersten Landesgerichtes vom 23. 1. 1969.

Kurz zusammengefaßt: Dem Leichenschauer, der für die Polizei bei einer sogenannten Pollzeileiche tätig wird, steht nach der Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern nunmehr eine Entschädigung nach dem Zeugen- und Sachverständigengesetz zu.

Die Rechnung ist an die anfordernde Polizeidienststelle zu senden. Als Begründung ist auf der Rechnung anzugeben, die Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 31. 3. 1969 — Nr. III/8 — 5315/15 — 3/69 — sowie die Abkürzung des Zeugen- und Sachverständigenentschädigungsgesetzes (ZuSEntschG) § 5 Anlage Nr. 4. Dem Leichenschauer stehen hierfür in der Regel DM 20.— zu. Die Rechnung ist an die anfordernde Polizeidienststelle zu richten. Diese Entschädigung steht dem Leichenschauer neben der Entschädigung für die Leichenschau zu, die in der Verordnung über die Entschädigung für Leichenschauer festgelegt ist und den in der Leichenschau tätigen Kollegen ja bekannt ist.

Irsee

Zur Geschichte und Problematik eines psychiatrischen Krankenhauses

Von Hans-Joachim Bock

Fährt man auf der Bundesstraße 16 von Bad Wörishofen in südlicher Richtung, so zweigt 6 km vor Kaufbeuren eine westwärts nach dem Ort Irsee führende Straße ab. Über waldige Höhenzüge gelangt man zu dem idyllisch gelegenen Ort und erblickt schon bei der Anfahrt im Vordergrunde das ehemalige Benediktinerreichsstift, die jetzige Anstalt Irsee, Abteilung des Nervenkrankenhauses Kaufbeuren, mit der Klosterkirche.

Irsee — Gesamtansicht

Foto: G. Schmidt, Kaufbeuren

Ein noch schönerer Anblick bietet sich dem, der von Kaufbeuren nach Irsee wandert, wenn kurz hinter dem Anstaltsgut Bickenried der Ort, das Kloster und die Klosterkirche auftauchen.

Das Klostergebäude, seit 1849 „Irrenanstalt", ist baufällig geworden; ein Instandsetzen und damit Erhalten der Gesamtanlage erscheint unmöglich. Der Bezirkstag von Schwaben hat sich deshalb entschlossen, an gleicher Stelle einen Krankenhausneubau zu errichten. Kunsthistorische Werte sollen dabei erhalten bleiben und in den Krankenhausneubau einbezogen werden. Es ist anzunehmen, daß damit das Bild der schlichten, harmonisch gegliederten und geschlossenen Gesamtanlage verändert wird und der Eindruck der Unmittelbarkeit verlorengeht. Die Erinnerung an eine bedeutende, fast achthundertjährige Vergangenheit wird man jedoch lebendig erhalten.

Klostergeschichte

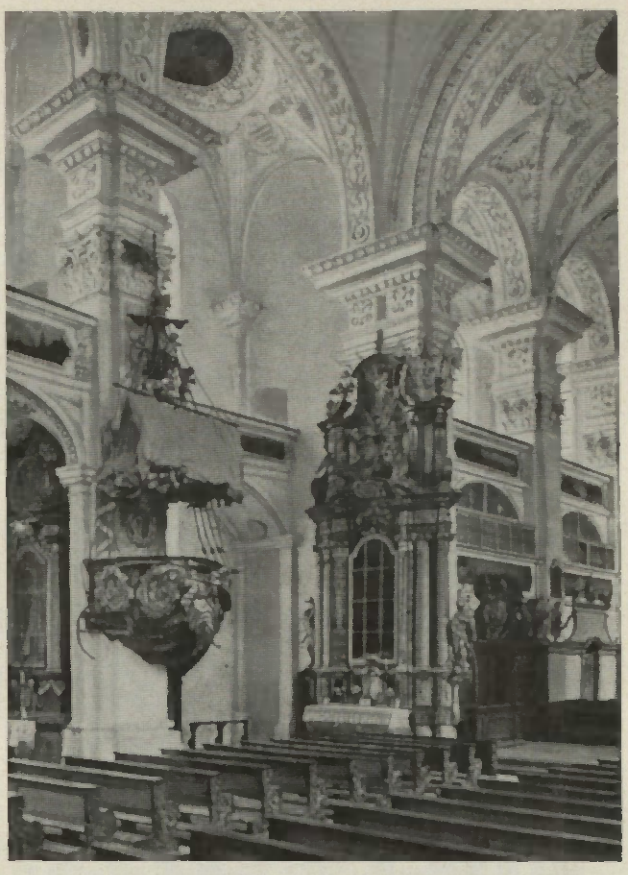
Unter den Benediktinerklöstern des Allgäus in Kempten, Ottobeuren, Füssen und Isny war Irsee das jüngste. Als Gründungsjahr gilt 1182. Damals stiftete Heinrich Graf von Ursin, Markgraf von Ronsberg, Schutzvogt des Klosters Ottobeuren, der dem einzigen Allgäuer Edelgeschlecht, das im Mittelalter die Grafenwürde besaß, entstammte und dessen Stammburg auf dem Stephansberg in Irsee lag, einer Waldbruderschaft im nahegelegenen Eiberg, einen Teil seines Waldes, um ein Kloster zu gründen. Zum Prior der Bruderschaft bestimmte er den Mönch Wernher aus Isny. Da in der Eiberger Wildnis alle Voraussetzungen zur Errichtung eines Klosters fehlten, bezogen die Mönche 1185 das verlassene und dem Verfall preisgegebene Bergschloß Ursln. Die schwierige Wasserversorgung zwang jedoch Prior Wernher, einen günstigeren Platz für einen Klosterneubau zu suchen, den er in der Niederung, an der Stelle des heutigen Klosterbaues fand. Unter dem Schutz des Markgrafen, der Obhut der Nachbarklöster, der tatkräftigen Leitung seiner ersten Äbte, und getragen von dem benediktinischen Grundsatz „ora et labora", entstand das Kloster Irsee, das von den Mönchen 1195 bezogen wurde. Es sollte ihm ein sehr wechselhaftes Schicksal beschieden sein. Da die Stifterfamilie bereits 1212 ausstarb, hatte das Kloster anfangs mit großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen. Aber bereits vor dem Ende der Stauferzeit war es reich begütert. Seine Besitzungen lagen zwar größtenteils außerhalb des Allgäus, reichten aber auch bis ins obere Illertal. In der ersten Hälfte des vierzehnten Jahrhunderts wurde es von dem kunstsinnigen Abt Konrad II. mit Kunstwerken und Gemälden geschmückt. Aber schon in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts setzte ein allgemeiner Verfall ein. Mit äußerster Spar-

samkeit vermochte Abt Konrad Haufan Anfang des 15. Jahrhunderts das Kloster nicht nur zu retten, sondern auch gründlich zu erneuern und zu erweitern. Bald jedoch schon brachte der Bauernkrieg Verluste, die u. a. auch die kostbare Bibliothek betroffen haben dürften. Der Schmalkaldische Krieg und der Fürstenaufstand bedrängten das Kloster. 1551 ging die Schirmvogtei durch Kauf an das Stift Kempten. Wiederholt beklagte sich der Irseer Abt nun über Eingriffe in seine Rechte. 1616 wurde das Kloster von Bewaffneten des Stiftes Kempten überrumpelt und drei Tage besetzt gehalten. Erst nachdem Erzherzog Maximilian von Österreich um Hilfe gebeten war, gab man in Kempten nach. Während des Dreißigjährigen Krieges wurde das Kloster wiederholt überfallen und geplündert, 1632 von den Schweden, 1634 von den Kaiserlichen und 1646 von den Franzosen. Kirchenschatz und Archiv gingen verloren, obwohl beides wegen drohender Kriegsgefahr in das Kloster Kreuzlingen gebracht worden war. Ende des siebzehnten Jahrhunderts gelang es unter der tatkräftigen Führung der Äbte Aemilian Mayr und Roman Köpfle, die entstandenen Schäden zu beseitigen und die Lage des Klosters zu bessern. Nachdem Kempten auf seine besonderen Rechte verzichtet hatte, gewann Kloster Irsee 1692 volle Landeshoheit.

Schon 1699 konnte der Baumeister Franz Beer mit dem Bau einer neuen Klosterkirche betraut werden. Von 1704 bis 1731 wurden auch das Konventsgebäude, die Abtei und ein Gästehaus neu erstellt. Es folgte die Blütezeit des Klosters im achtzehnten Jahrhundert. Unter den Äbten Bernhard Beck und Aemilian Mock wurden Kunst und Wissenschaft, Insbesondere Mathematik, Physik und zeitgenössische Phllosophie gepflegt. Irsee legte sich als erstes deutsches Kloster ein weithin bekanntes „Naturalien- und physikallsches Kunstkabinett" zu. Es enthielt ausgestopfte Vögel, zahlreiche Muscheln, abnorme Gewächse und geschliffene Steine, sowie Apparate für die Experimentalphysik. Außerdem führte das Kloster eine Lateinschule. Drei seiner Konventualen, die Patres Weiß, Werle und Dobler, wurden Mitglieder der Akademie der Wissenschaften in München. Der Prior Pater Meinrad Spies gewann als Komponist barocker Kirchenmusik mehr als nur örtliche Bedeutung. 1796—1801 wurde das Kloster wieder von den Franzosen besetzt. Einquartierungen führten wieder zum Verlust wertvoller Handschriften und Wiegedrucke der Klosterbibliothek. 1803 brachte die Säkularisation das Ende des Klosters und geistlichen Staates Irsee. Beide wurden dem Kurfürsten von Bayern übereignet. Von den einstmals berühmten Sammlungen ist heute nichts mehr vorhanden. Die Gemäldegalerie des Klosters scheint ohnehin nur bescheiden gewesen zu sein. Jedenfalls fand der Galeriedirektor v. Manlich 1803 in Kloster und Kirche kein einziges gutes Stück für die kurfürstliche Galerie.

Kunsthistorisches

Bauten aus dem Mittelalter sind nicht mehr vorhanden. Die ursprüngliche dreischiffige Basilika wurde am Pfingsttag 1699 durch den Einsturz des mächtigen Satteldachturmes Im Chor zerstört. Da das „fünfhundertjährige" Langhaus auch Schäden zeigte, beauftragte Abt Romanus Köpfle den begabten Vorarlberger Baumeister Franz Beer mit dem vollständigen Neubau der Kirche. Noch 1699 wurde der Grundstein von Abt Gor-



Inneres der Stiftskirche

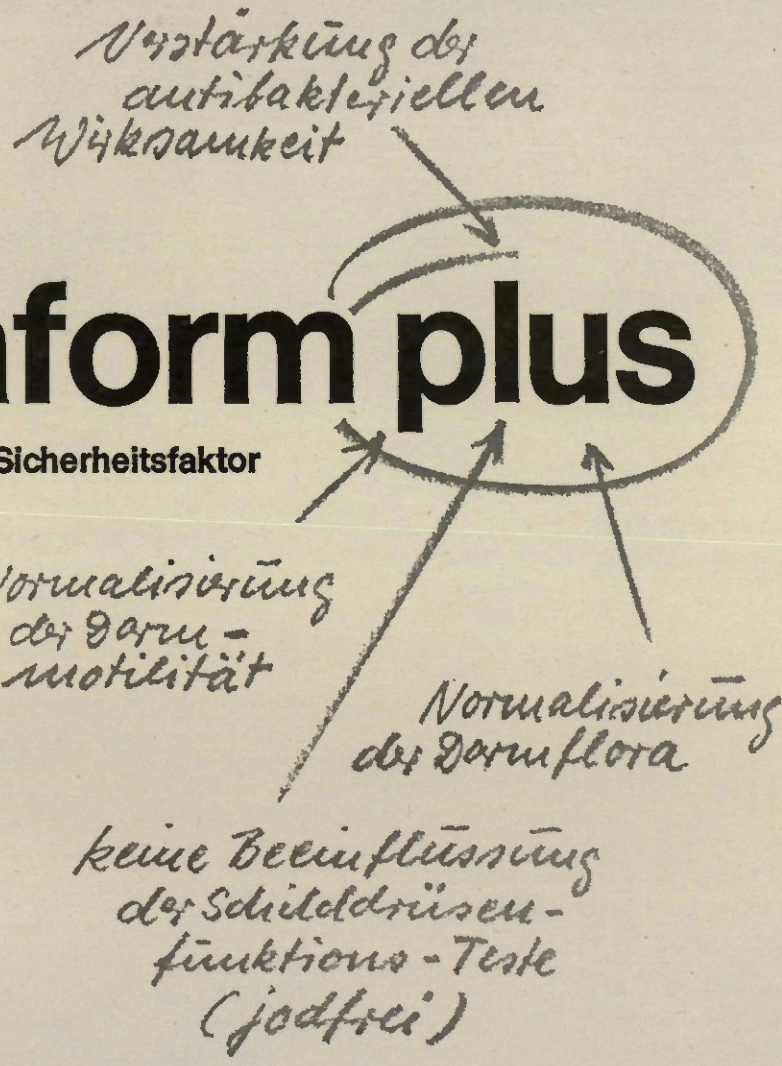
Foto: Lala Aufsberg, Sonthofen

dian aus Ottobeuren gelegt und 1704 folgte die Einweihung. Die Portalfassade der Klosterkirche Irsee ist sehr einfach und ruhig gestaltet. Sie beeindruckt durch ausgewogene Gliederung und monumentale Schlichtheit. Lisenenartige Pfeiler, Querbänder, Halbrund- und Ovalfenster und Figurennischen beleben die Front. Allerdings fehlen die früher vorhandenen, mit Kalk getünchten Holzfiguren, die die Schauseite der Kirche mit barocker Bewegtheit auflockern sollten. Noch mit dem Eindruck der Nüchternheit betreten wir den Innenraum und erstaunen Im vollendeten Zusammenklingen von architektonischer Raumwirkung mit Lichtfülle und Lichtspielen, sanfter Farbigkeit, heiterer Beschwingtheit und wohltuender Beschränkung in Schmuck und Stuckdekoration. Eine beglückende Harmonie, die besonders bei Morgen- oder Abendsonnenlicht durch das „Brennen" des Chors und „Aufglühen" des Tabernakels noch verklärt wird, erfüllt den Klrchenraum. Die durch die Emporenbrücken durchbrochenen und zugleich gegliederten großen rund- und stichbogigen Fenster und die besonders lichtwirksam angebrachten Chorfenster bringen die beabsichtigte fließende und wechselnde malerische Lichtwirkung.

Grundriß und Raumform sind von der Vorarlberger Schule, besonders von der Obermarchtaler Klosterkirche bestimmt, doch in der geschmeidigeren Verbindung der Raumteile, der Stufung der Raumfolge zelgt sich neues Gestaltungsstreben. „Maße und Formen der Klrche sind etwas ungenau und freihändig genommen worden. So ergibt sich der Eindruck eines atmenden Organismus mit gemilderter Symmetrie." Der Innenraum bringt eine perspektivische Stelgerung der Grö-

neu

CIBA



®Mexaform plus

Das Antidiarrhoikum mit Sicherheitsfaktor

Mexaform plus – das sichere Mittel bei Durchfall

ßenerscheinung in Tiefe und Weite, die die wirklichen Ausmaße weit übertrifft (Länge 51 m, Breite 18,5 m, im Kreuzschiff 21,8 m, Langhaushöhe 18,2 m). Einziehung des Chors mit verdoppelten Pfeilern, Verminderung der Höhe im Chorraum durch gestuftes Ansteigen des Bodens und gedrücktes Gewölbe zeigt die „Technik einer Theaterbühne" und verstärkt den Eindruck der Tiefe. Die hallenartige Weiträumigkeit wird vor allem durch die Verschmelzung des Hauptgewölbes mit den Abseiten erzielt.

Die Kirche ist in Kreuzschifform angelegt; dem Längsbau, gegliedert von vier eingezogenen Wandpfeilern mit ausladendem Gebälk, fügt sich im Osten die halbrunde Apsis, im Westen die Vorhalle mit Orgelempore auf kreuzförmigen Pfeilern an. Geradelaufende Emporen, von der Westempore aus zugängig, verbinden die Pfeiler und sind mit einem schmalen Gang mit der Chorempore verbunden. Im Längsschiff etwas gedrücktes, halbkreisbogiges Tonnengewölbe, das im Mittelschiffgewölbe durch Gurte gegliedert und durch Stichkappen mit den Seitenräumen, die von quergestellten Tonnen eingerahmt sind, verbunden ist.

Die in weiß gehaltene Stuckarbeit des Wessobrunner Meisters Josef Schmuzer gefällt in ihrer klaren Anlage, der plastisch kräftigen Formung und Wiederholung und auch in der Sparsamkeit, die jedes Übermaß vermeidet. Am reichsten stucklert ist der Chor. Hier sind auch Engel als Girlanden- und Rahmenträger eingefügt. Die Pfeiler sind kanneliert, haben korinthisierende Kapitelle und ausladende Gesimse. Stuckrahmen umschließen die Decken-, Emporen- und Chorgemälde.

Der aus Graz gebürtige Irseer Laienbruder und spätere Pater Fr. Magnus Remy schuf die in ihrer welchen, gedämpften Farbigkeit beachtlichen Bilder. Decken- und Emporengemälde sind auf Leinwand gemalt. Die breiten Bildstreifen beziehen sich auf die Legende des Hl. Benedikt; die figürliche Darstellung verschwindet jedoch in stimmungsvolier Landschaftsausmalung. Die in Umriß und Größe verschieden geformten, der Architektur angepaßten Hauptbilder geben dem großen Tonnengewölbe unterschiedlich betonende Belebung. Über der Orgel: Stiftung des Klosters Irsee mit mittelalterlicher Klosterkirche. Dem folgenden Bildprogramm liegt das Benediktiner-Tedeum zugrunde, bedeutungsvoll, weil es eln frühes Beispiel dieser Darstellungsart ist. Das letzte Bild Gott Vaters ist unschön erneuert.

Der Hochaltar, ein auf hohem Sockel ruhender, an die Apsis anlehnender Hochbau mit Säulenfassade, umrahmt das Altarbild Mariä Himmelfahrt, das Bruder Remy „aus Kupferstichvorlagen zusammenkomponiert hat". Vier Reliefkartuschen, Sinnbilder der Evangelisten und vier geschnitzte vergoldete Figuren St. Peter und Paul, St. Benedikt und Scholastika bereichern den Altar, der bei der Säkularisation seiner Silberornamente beraubt wurde. Die Seitenaltäre tragen auch Bilder von Bruder Remy oder Glasschreine, in denen die heiligen Leiber Eugenius, Faustus und Candidus, kostbar und prächtig gefaßt von P. Magnus Schwarz aus Ottobeuren, aufrechtstehend aufbewahrt werden.

Die thronende Madonna mit dem Kinde und der Mondsichel zu Füßen, von etwa 1470, wird der Werkstatt Ivo Strigels in Memmingen zugeschrieben.

„Stehende Madonna"

Eine „treffliche Arbeit von edelster Haltung", die stehende Madonna, um 1500.

Wahrzeichen der Kirche und berühmtestes Werk ist die barocke Schiffskanzel, 1724 errichtet, an den Sieg der christlichen Flotte vor Lepanto erinnernd. Sie ist einem Schiffsvorderteil nachgebildet mit Anker, Mastbaum, prächtig blauem, gerafftem Segel, das den „Schalldekkel" bildet. Auf den Strickleitern und im Mastkorb spielen Engelchen; am Bug des Schiffes St. Michael mit dem Schild und Flammenschwert, dem der gestürzte Satan schon vor langer Zeit wegen Raumbeengung weichen mußte. Die Kanzel ist ein herrliches Stück lebensvoller Gestaltung und sinnbildhafter Darstellung, vermutlich das Werk eines Türkheimer Meisters.

Großartig ist auch die Rokokoorgel, reich gegliedert, beschwingt, mit vergoldeten Engeln und Schweifwerkornament, umschließt sie ein großes Fenster und füllt bis zum Gewölbe die Rückwand. Die Prospektorgel ist erkerartig in die geschweifte Emporenbrüstung eingebaut. Das Werk wurde 1754 von Balthasar Freiwiss aus Aitrang mit 2 Manualen und 32 Registern für 4500 fl. erstellt und zählt zu den besterhaltenen Rokokoorgeln des süddeutschen Raumes.

Nach Vollendung der Orgel wurde das aus 1704 stammende Chorgestühl auf die Empore gebracht, mit dem Orgelgehäuse verbunden; Rückwand und Brüstung mit Intarsien gearbeitet, der Abtdreisitz reich mit Rokokoschnitzerei verziert.

„Sta viator", dieser barocke Besinnungsruf fordert in der Irseer Kirche an verschiedenen Tafeln mit Recht zum Verweilen. Es gäbe auch noch vieles, was des Blei-

Treppenhaus im ehemaligen Stiftsgebäude
Foto: Dr. Hugo Schnell, München

bens wert ist: die Kreuzwegstationen in Medaillonform, die geschnitzten Wangen des Gestühls, Holzfiguren, Kruzifixe, Reliquienpyramiden, Kartuschen, Leuchter, Grabdenkmäler und Kleinkunst in der Sakristei, darunter edles Silbergerät.

Auch das Klostergebäude, das 1707 wahrscheinlich nach Plänen von Franz Beer begonnen wurde, lohnt zum Verweilen. Es ist quadratisch angelegt, durch kurze Bauten mit der Kirche verbunden. Vor dem Prälatenbau in westlicher Front liegt eine kleine, gepflegte Gartenanlage, überschattet von gewaltigen Kastanien; der Rasen noch immer in barocker Art durch Kieswege, und um den alten achteckigen Sandsteinbrunnen durch geometrische Aufteilung gegliedert. Die Brunnensäule (1654) mit korinthischem Kapitell trägt eine große Kupferkugel, auf der sich ein in Kupfer getriebener Adler, ein zierliches Krönchen auf dem Kopf, niedergelassen hat.

Gleich hinter dem Brunnenplatz öffnet sich das Portal zum schlichten, in seiner harmonischen Anordnung freundlich wirkenden westlichen Frontbau, dem früheren Abt- und Gästehaus. Ein weiträumiges, helles Treppenhaus, großzügig und feierlich in der Architektur, prächtig ausgestaltet, vermittelt den Geist des ausklingenden Barocks und Würde und Größe des benediktinischen Reichsstiftes.

Das Treppenhaus gliedert sich gegen die oberen Stockwerke durch korbbogige Pfeilerarkarden, unter dem Umkehrpodest Halbtonne mit Stichkappen; repräsentativen Abschluß bildet die Flachdecke mit Hohlkehle. Das Treppengeländer besteht aus kräftigen, marmorierten Holzbalustern, die Oberlichtgitter aus schmiedeeisernem Band- und Blattwerk.

Die getönten Stukkaturen überraschen durch ihre leichte, zierliche Art, den Formenreichtum und die heitere Beschwingtheit. Gegitterte Felder, Ranken, akanthusförmige Palmblätter und die reiche Ausschmückung der Hohlkehle, die geschmeidig und prunkvoll Tiere, Blumen, Masken und Gitterwerk verbindet, lassen die Hand eines hervorragenden Meisters und den Einfluß des Frührokokos erkennen. Wem die Stukkaturen zuzuschreiben sind, ist nicht sicher. Sie könnten von dem gereiften Josef Schmuzer oder Franz I. Schmuzer stammen. Das große Deckengemälde, die einzige Freskoarbeit (wahrscheinlich von Franz Anton Erler um 1730/1740), zeigt den Hl. Benedikt innerhalb einer großen Scheinarchitektur, die Welt in einer Kugel betrachtend. Darunter: die christlichen Tugenden, Sturz Luzifers und des Lasters, Chronos; in den Eckkartuschen allegorische Grisalllen; unter Podest- und Treppenlaufdecken Ölbilder in Medaillonform mit allegorischen Figuren (Bruder Remy); in den Laibungen der Pfeilerarkaden bezaubernde Landschaftsveduten in Tonmalerei.

Große, dekorative Gemälde vertiefen noch den malerischen Reiz: anmutig und farbig schön die „Ruhe auf der Flucht" nach Motiven von Antonius van Dyck, noch 17. Jh.; sehr erneuert: „Jesus und die Apostel", 17. Jh.; Mannalese, um 1760, Franz Anton Zeiller zugeschrieben. Im 1. Obergeschoß: das Epitaphbild des Simprecht von Benzenau, noch im Renaissancestil, Irseeische Wappentafel und das prächtige, bemalte, z. T. vergoldete schmiedeeiserne Gitter (1740) am Eingang zur ehemaligen Prälatur.

Würdevoll-edel erinnert an den Glanz der vergangenen Zeit die buntgefaßte Holzplastik eines Bischofs (um 1620) in der Treppenhalle. Der Meister des Werkes ist unbekannt, die Bartholomäus-Steinle-Zuschreibung bis jetzt noch nicht erwiesen.

Die anderen Räume, vom Krankenhaus genutzt, sind dem Besucher nicht zugängig, z. T. sind sie auch baufällig.

Die schöne Stuckdekoration im Konventbau, von Franzesco Mazzari aus Como (1709) bezaubert in ihrer natürlichen, feinen Formsicherheit.

Der Kapitelsaal ist ein durch kannelierte Pfeilerarkaden zweigeteilter Raum mit Kreuzgratgewölbe im Westteil und Stichkappengewölbe im Osthauptteil; Stuck von Franzesco Mazzari (1709) auf rosagetöntem Grund, Gemälderahmen mit Laubwerk; das Deckengemälde, wahrscheinlich von Bruder Remy, zeigt Christus am Ölberg; in den Nebenfeldern und Medaillons Engelsputten mit Leidenswerkzeug. Es finden sich noch Zimmer mit Rahmen-, Ranken- und Girlandenstuck, mit Muscheln und Kartuschen.

Das ehemalige mathematische Museum, die Bibliothek und das Refektorium sind verbaut, die Stuckdekorationen von Mazzari und in der Art Mazzaris sind weitgehend erhalten.

Im Anstaltsgebäube befinden sich noch mehrere Gemälde aus dem 17. und 18. Jh. und ein Barockbrunnen. Die freundliche ehemalige Klosterbrauerei, die zu zwei Flügeln südlich der Klostergebäude liegt, und in einem Raum und Flur noch Stichkappentonnengewölbe hat, bietet dem Besucher in landschaftlich reizvoller und geschichtlich reicher Umgebung ruhigen Aufenthalt.

Anstaltsgeschichte

Schon aus diesen Ausführungen mag hervorgehen, daß uns das Kloster Irsee Tradition und Verpflichtung hinterlassen hat. Im geschichtlichen Raum scheint es an die Fortführung humanitärer, kulturell-wissenschaftlicher und sozialer Anliegen zu mahnen. Hatte sich doch das Kloster auf sozialem Gebiet schon frühzeitig hervorgetan. Der genius loci schien wegweisend, selbst wenn der Wandel der Zeit Beschränkungen und Änderungen notwendig machte. So mag man auch gedacht und empfunden haben, als man hier nach 24jähriger Episode, in der das Kloster als königlich bayerisches Rentamt diente, die Kreisirrenanstalt einrichtete. Über die Gründung berichtet Leibbrand: „Inzwischen traten die administrativen Begründungsvorschläge der Anstalt Irsee mehr als langsam in ein akutes Stadium. Wir wollen den zähen Brei dieser jahrzehntelangen Vorverhandlungen nicht von neuem anrühren. Es ist ein etwa 27jähriger Streit zwischen Staatsregierung und Kreisregierung von Schwaben — Neuburg. Die mit unermeßlichen Schwierigkeiten begonnenen Bauten mußten noch 1835 plötzlich wieder eingestellt werden... Nachdem schon 100 000 Taler verbaut waren, verlangte Dr. Hipp eine völlige Planänderung zum Entsetzen des Landrats, und so war noch 1842 keine Entscheidung gefallen. 1845 kamen endlich die geprüften Pläne, aber die Verzögerungen im Bau hielten an." Daß den Umbauten manche beachtliche Architektonik und manches Deckengemälde zum Opfer fallen mußte, versteht sich von selbst. Außerhalb des Klostergebäudekomplexes wurde 1851 zusätzlich ein Tobhaus mit 22 Zellen und 3 Korridoren für beide Geschlechter errichtet, das in sanitärer Hinsicht mehr als unzureichend war. Leibbrand fährt fort: „Indessen war 1846 die Erlanger Anstalt mit Solbrig eröffnet worden, und Hagen war sein Assistent geworden. Solbrig prüfte in Irsee den Etat und kritisierte die Pläne als ungeeignet. Hagen konnte sich bald von der Richtigkeit des Urteils von Solbrig in Irsee überzeugen. Zu viele hatten an dem Bau mitgewirkt, als daß eine einheitliche Linie noch zu erkennen gewesen wäre. Im März 1849 übernahm von Erlangen aus Hagen die Anstalt Irsee (die offiziell am 1. 9. 1849 eröffnet wurde und die zweite, den Anforderungen der Zeit Rechnung tragende Irrenanstalt — für 180 bis 200 Kranke — in Bayern war) ... und Hagen fand nichts Vollkommenes vor... Der nun schon literarisch bekannte Psychiater, der durch die Erziehung Pestalozzis gegangen war, sprach in seinen Dienstvorschriften von Heilighaltung der Menschenwürde bei Anwendung von Zwangsmitteln, von Beschäftigungstherapie, Aufmunterung der Kranken durch einen Geschenkfonds, Turnunterricht und zeitweiligen Beurlaubungen." Hier scheint die Einstellung Hagens, des ersten Irseer Direktors, mit den Tendenzen einer neuartigen Geisteskrankenbetreuung und dem genius loci eine glückliche Verbindung eingegangen zu sein. Hatte man sich doch erst seit knapp 50 Jahren bereitgefunden, Irre auch als Kranke anzuerkennen. Bestand doch noch Berührung mit der Zeit, da man das Problem der Geisteskrankenbetreuung lediglich in ihrer Registrierung, Absonderung und Verwahrung sah. Neben anderen Beispielen zeigt auch das Hagens, daß allein die humanitäre Einstellung viel dazu beigetragen haben dürfte, das Los dieser Kranken und ihre Stellung in der menschlichen Gesellschaft zu bessern. Denn wirkungsvolle therapeutische Maßnahmen gab es ja noch lange Zeit nicht. Und es ist eine Erfahrung, daß sich therapeutisches Unvermögen allzu leicht in einen Vorwurf gegen den Kranken umkehrt. Solcher Gefahr, die abseits der medizinischen Zentren noch besonders groß ist, begegnete Hagen mit der Erarbeitung eines wissenschaftlichen Standpunktes durch seine Arbeiten auf psychiatrischem, psychologischem, anthropologischem und somatopsychiatrischem Gebiet, selbst wenn ihnen noch ein gewichtiger Anteil romantischer Medizin zugrunde liegt.

Nosologisch sah er Beziehungen zwischen den einzelnen psychiatrischen Krankheitsbildern, etwa im Sinne der Einheitspsychose, und glaubte, daß der Krankheitsprozeß in jedem Stadium haltmachen und sich auf ein bestimmtes Bild fixieren könne. Eine solche Auffassung mag descriptiv-analytischer Betrachtungsweise zuwider laufen und mit bestimmten pathogenetischen Erfahrungen späterer Zeit nicht in Einklang stehen, für einen begrenzten Bereich endogener psychischer Anomalien und Psychosen kann sie dennoch nicht als widerlegt angesehen werden.

Nur nebenbei sei erwähnt, daß Hagen im Beginn seiner hiesigen Amtsführung manche Widrigkeiten zu bestehen hatte. 1849 übernahm er die Anstalt mit nur einem Kranken. Am 7. 1. 1854 konnte er im Kreisamtsblatt mitteilen: „Betrachten wir das Gesamtergebnis der vier Jahre seit Eröffnung der Anstalt, so wurden in dieselbe aufgenommen zur Heilung 221, zur Pflege 118, im Ganzen 339 (Kranke). Davon wurden geheilt 64, gebessert 43, ungeheilt entlassen 32, als nicht geisteskrank 1, starben 50, gingen also im Ganzen ab: 190, und verblieb somit am 1. 10. ein Gesamtbestand von 149, wovon 36 in Behandlung und 113 in Pflege waren." Er klagte, daß ein großer Teil der Kranken nicht früh genug zur Behandlung komme. Schuld daran seien Vorurteile, weil man Erfahrungen mit „älteren Anstalten" auf die neueren übertrage. Er weist schon auf die Notwendigkeit hin, den Charakter der (Kranken-) Anstalt zu bewahren: „Hiernach werden denn schon seit einigen Monaten und auch künftig unheilbare Kranke aus anderen Regierungsbezirken nicht mehr aufgenommen, Ausländer aber von jetzt an unbedingt zurückgewiesen. So hart uns solche Abweisungen im einzelnen fallen, so sind sie doch durchaus notwendig, wenn der Hauptzweck der Anstalt nicht gefährdet und dieselbe nicht allmählich in eine bloße Pflegeanstalt verwandelt werden soll." Die Bemühungen um eine neue Form der Irrenbetreuung mußten z. Z. Hagens noch unsicher sein. Immerhin bereiteten seine Richtlinien weiteren Erkenntnismöglichkeiten den Boden. Im Geist seiner Zeit drängte er darauf, die bisher gebräuchlichen „heftig wirkenden Verfahrensweisen" aufzugeben und zu einer individuellen, dem jeweiligen Zustand angepaßten, in vielen Fällen bloß zuwartenden Methode überzugehen. Als eine der wichtigsten Maßnahmen galt, „daß der Patient möglichst in diejenige Umgebung, also in Gesellschaft derjenigen Kranken gebracht werde, die für ihn am meisten paßt, und es folgt daraus von selbst, daß bei der großen Mannigfaltigkeit der Kranken nach Stand, Bildungsgrad, Charakter, Gemütsart und Krankheitsform es möglichst viele Abteilungen geben müsse". Psychische, pharmazeutische und diätetische Verfahren dürften unterstützend angewendet worden sein, selbst wenn einzelne Mittel in beacht-

lichen Dosen verabfolgt wurden. Hagen legte auch Wert auf eine passende Beschäftigung der Kranken mit Holz-, Feld-, Garten-, Handwerks- und Hausarbeit. Andere Kranke wurden ihrem Beruf entsprechend mit Sprachstudien, Übersetzungen, Schreibarbeiten, Rechnen und Malen beschäftigt. Auf den Frauenstationen wurden alle Arbeiten weiblicher Beschäftigungen ausgeführt, und es waren immer nur verhältnismäßig wenige, die nicht mitarbeiten konnten. Doch benutzte man auch noch die alten Zwangsmittel, wie Zwangsjacke, Zwangsstuhl und Kaltwasserkuren, von denen man aber „wenig Erfolg" sah. Prinzip aller therapeutischen Bemühungen, das auch unter Hagens Nachfolger beibehalten wurde, war, alles Erfolgversprechende zu prüfen und das Beste beizubehalten. 1659 verließ Hagen Irsee, um sich als Direktor in Erlangen weiterhin der Hochschultätigkeit zu widmen.

Sein Nachfolger wurde Hofrat Dr. Michael Kiederle. Dieser klagte sehr über die schlechten sanitären Verhältnisse, besonders in dem 1651 errichteten Tobhaus, und Raummangel. Er dürfte ein enthusiastischer Verfechter des Non-Restraint-Systems gewesen sein. 1662/63 erwähnte er, daß wohl noch in keinem Jahr die Anwendung der Zwangsmittel so selten stattgefunden hätte wie in diesem Jahr. 1666/67 bemängelte er: „Obwohl wir nahezu 250 Kranke auf einem Raum beisammen hatten, der nur für ca. 180—190 berechnet ist, und obwohl es an den nötigen Behelfen fehlte, die sonst Irrenanstalten in ihren Isolierräumen etc. zu Gebote stehen, so ereignete sich dennoch kein Unglücksfall und der Gesundheitszustand war entsprechend gut. Man konnte oft nicht umhin, störende Kranke, die man notwendig hätte isolieren sollen, mit anderen zusammenzulegen, da es an Isolierräumen fehlte und, damit dies ohne Gefahr geschehen konnte, mußten die Zwangsmittel angewandt werden, wo sie ganz leicht hätten vermieden werden können."

Die Heil- und Pflegeabteilung war getrennt, und es wurde auch gesondert darüber berichtet. Von Interesse dürfte eine Statistik aus dem Jahre 1666/67 sein: Behandelt wurden damals 327 Kranke, davon 156 auf der Heilabteilung, 171 auf der Pflegeabteilung. Die Behandlung dauerte durchschnittlich auf der Heilabteilung 2—5 Jahre, auf der Pflegeabteilung 10—20 Jahre. Auf der Heilabteilung, wo man gleichfalls einen älteren Bestand und Neuzugänge unterschied, gingen 74 Kranke zu, auf der Pflegeabteilung 16 aus der Heilabteilung und 30 von auswärts. Entlassen wurden als „wahrscheinlich heilbar" 11, als „wahrscheinlich unheilbar" 24 und als „entschieden unheilbar" 11. Davon kamen 11 Kranke aus der Pflegeabteilung. Es starben 25 Kranke. Diese Ergebnisse wurden unter abwartender Behandlung ohne nennenswerte Anwendung von Medikamenten erzielt.

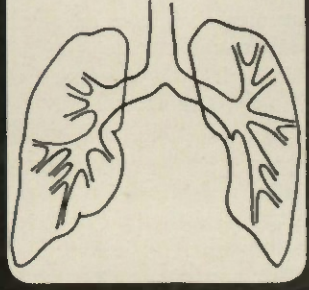
1870 war die Zahl der gleichzeitig in der Anstalt untergebrachten Kranken auf 300 angewachsen. Die Klagen über Überfüllung der Anstalt, die auch in baulicher Beziehung nicht jene Unterstützung gewähre wie in neueren Anstalten, rissen nicht ab. Das dürfte der wesentliche Grund dafür gewesen sein, daß in den Jahren 1872 bis 1676 die Anstalt Kaufbeuren erbaut und 1676 eröffnet wurde. Hofrat Kiederle ging als Direktor beider Anstalten nach Kaufbeuren, in Irsee trat der Oberarzt Dr. Julius an seine Stelle. 1874 werden erstmals Wachsäle und Dauerwachen erwähnt. Die Anstalt Irsee behielt eine autonome Stellung. Der Jahresbericht wurde dem von Kaufbeuren beigefügt. Am 1. Januar 1690 betrug der Krankenstand in Irsee 258, aufgenommen wurden 51 Kranke. Davon litten „an einfacher Seelenstörung 39 = 76,5%, an paralytischer Seelenstörung 6 = 11,7%, an Seelenstörung mit Epilepsie 2 = 3,9%, an Idiotie und Kretinismus 4 = 7,8%". Vier Kranke wurden als geheilt, 3 als gebessert entlassen. Es starben 22 Kranke. Die Zahl aller im Haus Beschäftigten, einschließlich der Ärzte, betrug 50. In den therapeutischen Maßnahmen zeichnete sich eine gewisse Tendenz zur Aktivität ab. Die Badebehandlung kam langsam in Schwung. Medikamentös machte man von Morphium, Opium, Chloral und Sulfonal Gebrauch. 1691 starb Hofrat Kiederle; sein Nachfolger wurde MR Dr. Ulrich. Der Krankenstand Irsees betrug zu dieser Zeit 271. Es wurden noch 22 Kranke zum ersten Male aufgenommen. Als geheilt wurden 3, als gebessert 10 und als ungebessert 9 Kranke entlassen. Es starben 35 Kranke. Ab 1897 wird nur noch von der „Pflegeanstalt Irsee" gesprochen. Der Krankenbestand betrug 248. Von den 28 „Neuaufnahmen" kamen 27 aus der Heilanstalt Kaufbeuren. Von den 29 Kranken, die als Abgänge verzeichnet sind, starben 28. Die Statistik des Jahres 1900 macht die Entwicklung noch deutlicher. Am 1. 1. 1900 befanden sich 265 Kranke in der Anstalt. Alle 22 Neuaufnahmen kamen aus der Heilanstalt Kaufbeuren. Von 26 Abgängen erfolgten 22 durch Tod, eine Kranke wurde als geheilt, eine als gebessert und vier wurden ungeheilt entlassen. Der Medizinalaufwand (einschließlich der ärztlichen Bibliothek) betrug 546,51 Mark. 1904 schieden MR Dr. Ulrich und Oberarzt Dr. Julius aus dem Anstaltsdienst aus. An ihre Stelle traten Direktor OMR Dr. Prinzing und Oberarzt MR Dr. Zierl. Im Jahresbericht von 1904 wird erwähnt, daß demnächst eine nicht unbedeutende Überfüllung beider Anstalten „zu erwarten sei". Am 1. Januar 1905 betrug der Irseer Krankenbestand 287. Im Laufe des Jahres 1904 wurden 31 Kranke von Kaufbeuren nach Irsee verlegt. Von den Abgängen kamen 5 in eine andere Anstalt, 16 starben. Bei etwa einem Verhältnis des Krankenbestandes von 250 (Irsee) zu 650 (Kaufbeuren) lagen die medizinischen Aufwendungen 1914 etwa im Verhältnis 1 : 5. Die Entwicklungslinien der Anstalt Irsee zeichneten sich damit deutlich ab. Weitere statistische Daten dürften kaum noch von wesentlichem Interesse sein. Da jedoch der Werdegang der Anstalt insgesamt aufgezeichnet werden soll, wird er bis heute fortgeführt. 1921 wurde Oberarzt Dr. Mayr Nachfolger von Dr. Zierl. 1928 trat der Direktor beider Anstalten, OMR Dr. Prinzing, in den Ruhestand. Er hatte sich in Irsee besonders um die Ausgestaltung der Beschäftigungstherapie im Sinne von Simon verdient gemacht. Sein Nachfolger, OMR Dr. Faltlhauser, stellte in seinem Jahresbericht von 1929 fest: „Irsee ist seinem ganzen Zweck und seiner ganzen Organisation nach nichts anderes als eine große Abteilung der Gesamtanstalt, die einer besonderen Aufgabe, der Pflege unheilbarer Fälle, zu dienen hat ... Die bisherige Gewohnheit, Irsee als gesonderte Anstalt, als gesonderten ärztlichen und wirtschaftlichen Betrieb zu behandeln, hat zu allerlei Unzweckmäßigkeiten (wirtschaftlichen und krankenstatistischen) geführt." Damit war Irsee Absteligleis für die Hauptanstalt geworden. Heute stellt sich die Frage, ob und inwieweit die Ansicht Faltlhausers noch als berechtigt, sinnvoll und zweckmäßig gelten kann.

Das Chloramphenicol aus ›Göttingen‹

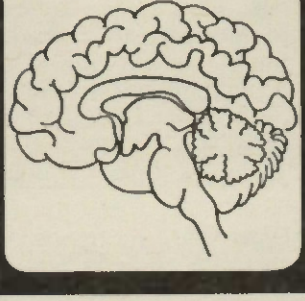
Gotimycin®

zur konsequenten Therapie bei Infektionen durch Bakterien und große Viren

Atemwege:
Bronchitis
Pneumonie
Pleuro-Pneumonie
Bronchiektasie
Lungenabszeß

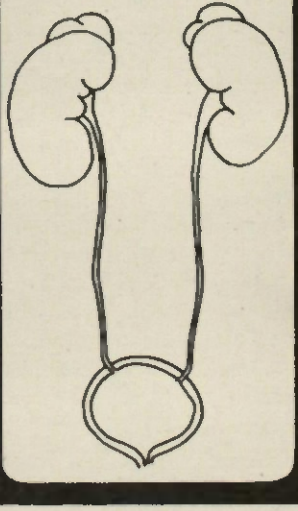


ZNS:
Meningitis



Darmtrakt:
Typhus abdominalis
Salmonelleninfekte
Cholecystitis
Cholangitis

Urogenitalsystem:
Bakteriurie
Pyelonephritis
Pyelitis
Prostatitis



DAUELSBERG + CO
GÖTTINGEN
Penicillin-Gesellschaft

Gotimycin® 500
O. P. mit 20 Kapseln
A. P. mit 100 Kapseln

Gotimycin®-Biprestule
(Zweimedien-Sofort-Spritze)
O. P. mit 1 Biprestule
A. P. mit 10 Biprestulen

Gotimycin® pro injectione
O. P. mit 1 Inj.-Flasche
und Lösungsmittel-Ampulle
A. P. mit 10 Inj.-Flaschen
und Lösungsmittel-Ampullen

Die Anstalt Kaufbeuren erlebte unter der Leitung Dr. Faltlhausers Ihre innere Umgestaltung nach moderneren psychiatrischen Forderungen. Die Arbeitstherapie wurde auch in Irsee mit Erstellung eines Therapiegebäudes und Ausgestaltung des Landgutes Bickenried erweitert und aktiviert. Die medikamentösen und physikallschen Behandlungsverfahren nahmen einen gewissen Aufschwung. 1936 schied Dr. Mayr aus, sein Nachfolger wurde Dr. Gärtner. Während des zweiten Weltkrieges wurden Kranke aus anderen Anstalten hlerher überführt, so daß der Krankenstand auf 360—370 anwuchs. Irsee wurde „Sonderanstalt". Im Jahre 1945 waren Dr. Müller und Dr. Jaesche als kommissarische Direktoren beider Anstalten tätig. Sechster Direktor wurde der spätere Professor v. Braumühl, dem bis April 1947 Dr. Lieser wiederum als kommissarischer Direktor folgte. 1947 übernahm als siebter Direktor Dr. Kroiß, 1953 der jetzige Obermedizinaldirektor Dr. Salm die Leitung als achter Direktor der beiden Anstalten. Irsee wurde zwischenzeitlich von Dr. Höhne und Dr. Jaesche sowie von 1946—1954 von dem MR Dr. Waller betreut. Wie leicht vorstellbar, waren infolge Überbelegung bei Übernahme seines Amtes nicht nur die Unterbringungsverhältnisse unzureichend, es fehlte auch an ausgestatteten Versorgungsräumen, an Betten und sanitären Einrichtungen. 1951 schlief immer noch ein größerer Teil der Kranken auf Pritschen mit Strohsack. Dr. Wallers Bemühungen, diese grundlegenden Voraussetzungen eines Anstaltsbetriebes zu ändern, waren binnen kurzem erfolgreich. Unter seiner und der Leitung seines Nachfolgers Dr. Springer von 1954—1963 konnten wesentliche Detailverbesserungen erreicht werden. Dennoch konnte alles im Hinblick auf die zeitgemäßen Bemühungen um die Geisteskrankenpflege noch nicht befriedigen. Noch 1963 bestanden für einen medizinischen Betrieb erhebliche Rückstände in allen Bereichen. Dennoch wirkten der gut organisierte, geschlossene Betrieb und die besondere Atmosphäre des Hauses wohltuend. Anfang 1965 betrug der Krankenstand 339, Ende des Jahres 308. Mit Rücksicht auf die zu erwartenden Veränderungen wurden von Kaufbeuren nur 9 Kranke verlegt, eine Kranke ging aus einem auswärtigen Krankenhaus zu. Es starben 9 Kranke mit einem Durchschnittsalter von 73 Jahren. Die Zahl der an der Beschäftigungstherapie Teilnehmenden konnte etwas erhöht, die Zahl der Beurlaubungen und der freieren Behandlungen gesteigert werden. Dank des Verständnisses des Leiters beider Anstalten, Herrn Obermedizinaldirektor Dr. Salm, für den Wert und die Belange des Hauses sowie für die Notwendigkeit einer Modernisierung, konnten neue Konzeptionen gefaßt und weniges noch im alten Bau vorangetrieben werden. Wir dürfen hoffen, daß in dem zu erwartenden Neubau eine moderne Geisteskrankenbetreuung verwirklicht wird.

Ausblicke

Für die möglichst „organische" Modernisierung der Anstalt Irsee können Erfahrungen aus einer über hundertjährigen Anstaltsgeschichte und gewisse sich allmählich verfestigende Prinzipien modernerer Anstaltsgestaltung, wie sie kürzlich SCHULTE in seinem Buch über „Klinik der Anstaltspsychiatrie" niedergelegt hat, nutzbar gemacht werden. Überkommenes ist zu prüfen, auszuwerten und auf die neuen Erfordernisse zu beziehen. Unterschiedliche Bewertungen im einzelnen werden sich bei Anwendung des medizinischen Leitsatzes „salus aegroti suprema lex" ausgleichen lassen. Dabei geht es nicht um die historischen Beurtellungen bereits überholter Zusammenhänge von Maßnahmen und Entwicklungen, sondern nur um ihre praktischen Auswirkungen. Bei aller möglichen Unsicherheit wird man sich doch bemühen, daß bauliche Gestalt und lebendige Funktion einander auf weitere Sicht entsprechen, denn nur so wird die neu zu errichtende Anstalt ihren Zweck erfüllen können. Zweifellos geht allgemein die Anstaltsentwicklung in Richtung der Klinifizierung. Dieser Begriff darf zwar nicht unzulässig erweitert werden, besagt er doch letztlich nur die im Interesse der Betreuung der Kranken günstigste Organisationsform, bedeutet aber andererseits doch ein Programm. Dem bettlägerigen Kranken nimmt er nichts, den Lebensraum der übrigen Kranken engt er nur soweit ein, als dies durch die Behandlung unbedingt geboten ist. Behandlungsbedürftig sollten aber alle Kranken sein. Lebensuntüchtige Hilfsbedürftige können in sozialen Versorgungseinrichtungen, Pflege- und Rekonvaleszentenheimen angemessener und wirtschaftlicher versorgt werden. Nach dem gegenwärtigen Mangel an solchen Einrichtungen kann eine neu zu errichtende Anstalt nicht ausgerichtet und schon gar nicht damit begründet werden.

Somit stellen sich vornehmlich drei Fragen:

a) Welchen Raum beanspruchen Diagnostik und Therapie in einer Anstalt für chronisch Kranke?

b) Welcher Anstaltscharakter ist sinnvoll?

c) Ist eine Außenabteilung (noch) zweckmäßig?

a) Der Schwerpunkt jeder Anstaltsarbeit müssen die medizinischen Tätigkeiten sein, also Diagnostik, Therapie und die Bemühung um wissenschaftliche Erkenntnisse. Grundlegend, auch für die psychiatrische Arbeit, bleiben die Ermittlung des körperlichen Gesundheitszustandes und dessen Pflege. Vermögen doch Beschwerden und Schmerzzustände bei körperlichen Erkrankungen den psychischen Zustand und das Verhalten der Kranken erheblich nachteilig zu beeinflussen. Die Erkennungsmöglichkeiten körperlicher Beschwerden und Unpäßlichkeiten durch die Blickdiagnose sind aber begrenzt, zumal bei manchen subakuten, subchronischen und chronischen Prozessen. Deshalb sind laufende, wenn auch bedarfsweise gestufte, systematische Laboruntersuchungen, gegebenenfalls auch Röntgenuntersuchungen, nach dem Verfahren der perfektionierten Medizin am Ort erforderlich. Nur so können frühzeitige Hinweise auf etwaige Entwicklungen von Krankheiten gewonnen und den Gesundheitszustand beeinträchtigende Sekundärschäden vermieden werden. Man kann solches Vorgehen als Schablonisierung kritisieren und auf seine Unvollständigkeit hinweisen. Unter den wahrscheinlich noch auf einige Sicht gegebenen Umständen läßt sich jedoch kaum ein besseres finden. Während der Untersuchungen und Behandlungen somatischer Leiden in der Anstalt, sofern dafür die Voraussetzungen gegeben sind, bessern sich die Beziehungen zwischen Krankem und Arzt oft fühlbar. Ein solches Vorgehen hat in einer kleineren, abseits gelegenen Anstalt noch den Vorteil, daß Labor- und Röntgenabteilung in Aktion bleiben und daß die Notfalltherapie (hic et nunc) intensiviert wird. Die Grundlage der psychiatrischen Therapie ist

Nizza-Notliege zusammenlegbar – natürlich

auch zur Entspannung des Arztes für Balkon, Garten und Reise.

Verlangen Sie bitte Prospekt und Angebot. Auch über Ihr Ärzte-Einrichtungshous.

W. KNOCH, 8635 Esbach-Coburg, Rosenauerstraße 38

Allgemeinpraxis

seit über 30 Jahren bestehend, in Reg.-Bez.-Hauptstadt in Südbayern, zu den üblichen Bedingungen altershalber zum 1. Oktober 1969 zu vergeben.

Angebote erbet. unt. Nr. 331/228 en die Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8000 München 15, Sonnenstraße 29

Sehr gute Augenarztpraxis

zu günstigen Bedingungen abzugeben wegen plötzlichen Todesfall. Zuschriften an

Anni Glowetzky, 8532 Bad Windsheim/Mfr.
Rothenburger Straße 33, Telefon 0 98 41 / 22 91

Wegen Todesfalls neugebaute, modern eingerichtete, ausbaufähige

Landarztpraxis

in Süddeutschland mit großem Bauplatz gegen monatliche Leibrente sofort abzugeben. Sprechstundenhilfe, wenn erwünscht, vorhanden.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/208 an die Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8000 München 15, Sonnenstraße 29

Räume für Arztpraxis

Neubau, in günstiger Lage, Raum Augsburg, zu vermieten. Apotheke u. Zahnarzt im Hause. Bauwünsche können noch berücksichtigt werden. Zuschriften erbet. unt. Nr. 331/211 en die Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8000 München 15, Sonnenstraße 29

In der aufstrebenden **Industriestadt Kolbermoor** — 10 000 Einwohner — 5 km von Rosenheim entfernt, sind

Praxisräume mit Wohnung

in modernem Neubau und sehr guter Geschäftslage ab sofort zu vermieten.

Zuschriften erbeten an

VOLKSBANK ROSENHEIM eGmbH.
8200 Rosenheim, Postfach 350

Berchtesgaden

Gepflegtes Patrizierhaus, ideal für Praxis, 339 qm Wohnfl. + 25—70 qm Laden. Verhandlungsbasis 358 000,—.

VDM Makler Marschell
Traunstein, Frühlingstraße

Beachten Sie

unsere Bäderanzeigen

NÜRNBERGER LEHRINSTITUT (mit Internat)
Nürnberg, Sulzbocher Straße 24 – 26, Telefon 55 51 01

Vorbereitung auf das Abitur

aller Schulzweige, auf die Übertrittsprüfungen in die 11., 12. und 13. Klasse und auf die „BEGABTENPRÜFUNG". Ein verlorenes Jahr kann wieder aufgeholt werden. Aufgenommen werden insbesondere Schüler, die die öffentlichen Gymnasien verlassen müssen, sowie Real- und Fachschüler, die den Übergang in die Oberstufe der Gymnasien anstreben.

Zytologie-Labor

in der Spezialklinik zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken

in 8203 Bad Trißl, Gemeinde Oberaudorf,

steht ab sofort für Einsendeuntersuchungen zur Verfügung.

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

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

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

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

MAX STEINHAUSEN

8 München 2, Brienner Straße 10, Telefon-Sammelnummer 28 40 84
genau gegenüber Café Luitpold

Röntgeneinrichtung

kompl., Gr. 3 d. neuen kassenärztl. Zulassungsbest. (Chir., Urol., Orthop., Pädiatr.), Müller DA 400, und Untersuchg.-Gerät UG 3 mit Zielger. ZK3 Teleausführg. f. Durchl. u. alle Aufn. billig zu verkaufen. Die Einr. ist einwandfrei intakt.

Zuschriften erbet. unt. Nr. 331/214 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 15, Sonnenstraße 29

Mikrowelle (Bosch)

mit Chirurgie-Aggregat, 1½ J. in Benützung, zu verkaufen.

Helge Riendl, 8051 Nandlstadt
Telefon 0 87 56 / 220

Fabrikneues Leitzmikroskop „Laborlux"

mit Literatur für Zytologie umständehalber für DM 2800,— zu verkaufen. Zuschriften erbet. unt. Nr. 331/218 an die Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8000 München 15, Sonnenstraße 29

... zum Glück finden Sie uns überall

Bei 857 Sperkassen und rund 14 000 Zweigstellen sind wir überall und immer in Ihrer Nähe. Mehr als 30 Millionen Kunden arbeiten bereits mit uns erfolgreich zusammen. Haben Sie Geldprobleme? Dann besuchen Sie uns. Wir sagen Ihnen, ob Sie schon alle Vorteile Ihres Girokontos nutzen, wie Sie am günstigsten Ihr Geld anlegen. Und auch wenn Sie mal kein Geld haben, sind wir für Sie da. Fragen Sie uns.

wenn's um Geld geht-
SPARKASSE

Für das Kreiskrankenhaus in Mering

wird zum baldigen Eintritt gesucht:

1 Oberarzt (Fachrichtung Chirurgie)

zugl. stv. Chefarzt

Vergütung nach Verg.-Gr. I b LKr.-AT mit üblichen Zusatzleistungen und monatlicher Pauschalvergütung durch Chefarzt.

Mering, 7000 E., liegt 14 km von Augsburg und 45 km von München entfernt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an das

Kreiskrankenhaus in MERING
K a s t i , Landrat

MED. ASS.

sofort oder bis 1. 9. 1969 gesucht. 6 Monate tarifliche Bezahlung. Chirurgie 310 Betten.

Chefarzt Dr. A. Gresser
Krankenhaus d. Barmh. Brüder
Regensburg

Richten Sie bitte Ihre Schreiben

wegen Veröffentlichung eines Stellengesuchs an die Anzeigenverwaltung des BAYERISCHEN ÄRZTEBLATTES, 8000 München 15, Sonnenstraße 29

Stellenausschreibung

Das Kreiskrankenhaus Altötting (300 Betten) sucht für die chirurgische Abteilung (120 Betten, zur fachärztlichen Weiterbildung für vier Jahre zugelassen) für sofort oder auch später

2 Assistenzärzte (od. -ärztinnen)

Die Vergütung richtet sich nach Vergütungsgruppe II a der Anlage 1 a zum Tarifvertrag Nr. 125 für Angestellte der bayerischen Landkreise (LKrAT Bayern). Der Bereitschaftsdienst wird gesondert vergütet.

Es können sich auch Medizinalassistenten, welche sich im zweiten Ausbildungsjahr befinden, bewerben.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an die

VERWALTUNG DES KREISKRANKENHAUSES
8262 Altötting, Mühldorfer Straße 16 a

zu richten.

Für Privatklinik (20 Betten) gesucht

1 Vollschwester, 1 Laborantin

Unterkunft im Schwesternhaus. Geregelte Arbeitszeit. Nur Privatpatienten. Schöne landschaftliche Lage, geheiztes Schwimmbad im Hause. Bewerbungen mit Gehaltsanspr. Zuschriften erbeten unter Nr. 331/226 an Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8000 München 15, Sonnenstr. 29

Modern ausgestattete chirurg. Privatklinik

(100 Betten), sehr verkehrsgünstig in einem der schönsten Münchner Stadtrandgebiete gelegen, sucht für sofort oder später

1—2 OP-Schwestern, Stations- und Seitenschwestern

Zeitgem. Gehalt, Unterkunft/Verpflegung im Schwesternheim sind zugesichert, ein freundliches Betriebsklima sowie ein netter Ärzte- und Schwesternkreis erwarten Sie.

Zuschr. erbet. unter Nr. 331/162 an die Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8000 München 15, Sonnenstraße 29

Zolghadar

Inh. Humbert Saemmer

TEPPICHE
aus PERSIEN
und CHINA

München Maximilianstr. 33 u. 34
Ingolstadt Theresienstr. 28

CHRISTOPHSBAD GÖPPINGEN

eine Privatklinik für Nerven- und Gemütskranke mit 530 psychiatrischen und neurologischen Betten, sucht

examinierte Schwestern und Pfleger

für Schwerkranken-, Beobachtungs- und Kurabteilungen. Der Einsatz ist vielseitig. Sie finden eine persönliche Atmosphäre und gute Zusammenarbeit, auf die wir in der Klinik besonderen Wert legen. Interessierte Schwestern und Pfleger haben die Möglichkeit, an psychiatrisch-neurologischen Fortbildungskursen teilzunehmen. Auch Verheiratete oder Schwestern mit Kind mögen sich bewerben (Kindertagesstätte in der Klinik).

Gehalt, Urlaub und Wohnung entsprechen den heutigen Verhältnissen.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung, der Sie Lebenslauf und Zeugnisse beilegen wollen.

Ärztliche Leitung, Privatklinik Christophsbad
7320 Göppingen

STELLENGESUCH

Kinderkrankenschwester

30 Jahre, Staatsexamen 1958, sucht zum 1. 10. 69 oder 1. 1. 1970 neuen Wirkungskreis als Sprechstundenschwester in intern. Fachpraxis. München oder nähere Umgebung bevorzugt. Zuschriften erbeten unt. Nr. 331/227 an die Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8000 München 15, Sonnenstraße 29

Zur risikolosen lokalen antibakteriellen Therapie

TYROSUR®

Engelhard

Salbe
Wund-Puder

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

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

Ausschreibung

Im neuerweiterten **Kreiskrankenhaus Dingolfing (Niederbayern)** ist zum 1. 7. 1970 die Stelle eines

Chefarztes

der geburtsh.-gynäkologischen Abteilung

zu besetzen. Die Abteilung wird neu errichtet und erhält ca. 30 Betten. Sie ist gut ausbaufähig, da in der Kreisstadt (12 000 Einwohner) kein Frauenarzt vorhanden ist. Die Entscheidung über die Einstellung des neuen Chefarztes soll bereits in nächster Zeit erfolgen, damit er bei der neuzeitlichen Einrichtung der Abteilung beratend mitwirken kann.

Dienstvertrag nach bürgerlich-rechtlicher Art, Vergütung in Anlehnung an den LKr.AT Bayern (entspricht BAT), Vergütungsgruppe I b, Liquidationsrecht entsprechend den Richtlinien von Chefarztverträgen.

Bewerber mit umfassender praktischer und klinischer Ausbildung sowie langjähriger Berufserfahrung werden gebeten, ihre Unterlagen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, Urkunden für Approbation und Facharztanerkennung sowie Zeugnisabschriften und Referenzen bis 1. August 1969 beim

Landrat des Landkreises Dingolfing (Postleitzahl 8312)

einzureichen.

Chirurgische Privatklinik Bogenhausen, 8000 München 80, Denninger Straße 44,
chir. (100 Betten), sucht baldmöglichst operativ erfahrenen

Assistenten

(mögl. Facharzt für Chirurgie)

Ausgedehnte operative Tätigkeit, evtl. Anstellung als Oberarzt sofort möglich. Facharztanerkennung 2 Jahre. Gehalt nach Vereinbarung.

Telefon 48 25 81

Wegen Einber. d. Inh. zum Wehrdienst für 1 Jahr

jüngerer Vertreter

für ausged. Praxis in bayer. Landgemeinde per 1. 1. 1970 gesucht.
Zuschriften erbet. unt. Nr. 331/220 an die Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8000 München 15, Sonnenstr. 29

TÜV BAYERN

Die Psychologisch-Medizinische Untersuchungsstelle des Technischen Überwachungs-Vereins Bayern e. V.

sucht

ärztliche Mitarbeiter

hauptamtlich oder freiberuflich

für Untersuchungsstellen in Bayern außerhalb Münchens.

Das weitgehend selbständige, verantwortungsvolle Aufgabengebiet verlangt eine aktive, profilierte Persönlichkeit, die den Willen zu enger Team-Arbeit mit anderen Fakultäten (Psychologie und Technik) besitzt.

Verkehrsmedizinische Erfahrungen sind erwünscht, jedoch nicht Bedingung.

Einzelheiten über Position, Dotierung, Altersversorgung usw. sollen persönlich besprochen werden.

Bewerbungen mit den notwendigen Unterlagen und evtl. Gehaltsforderungen bitten wir zu richten an den

Technischen Überwachungs-Verein Bayern e. V.
— Personalreferat —
8000 München 23, Kaiserstraße 14

Der Zweckverband Kreis- und Stadtkrankenhaus Freising

erweitert sein Haus auf 450 Betten. Er sucht für die geburtshilflich-gynäkologische Abteilung mit ca. 50 Betten einen

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

als CHEFARZT

Geboten werden die üblichen Leistungen und Möglichkeiten nach Maßgabe des abzuschließenden Vertrages. Bewerbungen sind erbeten bis 15. September 1969 an den

Zweckverband Kreis- und Stadtkrankenhaus Freising
8050 F r e i s i n g , Mainburger Straße 29
— Persönliche Vorstellung nur auf Einladung —

Wir suchen für unsere **Raffinerie Bayern in Vohburg/Donau (Nähe Ingolstadt)** einen

BP

WERKSARZT

der die arbeitsmedizinische Betreuung unserer Mitarbeiter übernehmen soll. Art und Umfang der Tätigkeit ermöglichen die Ausübung einer eigenen Praxis.

Neben guten Kenntnissen in der Inneren Medizin und Kleinen Chirurgie sowie im Röntgen und EKG erwarten wir von ihm Geschick im Umgang mit der überwiegend gewerblichen Belegschaft.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an

BP Benzin und Petroleum Aktiengesellschaft

Raffinerie Bayern — Personalabteilung
807 Ingolstadt — Postfach 348 — Telefon 0 84 57 / 82 13

Die Landesversicherungsanstalt Unterfranken

sucht für ihr neues Rheuma-Sanatorium in Bad Aibling (Chefarzt Dr. med. W. Frenger), das Anfang September 1969 in Betrieb genommen wird, zum 1. 9. 1969 oder 1. 10. 1969 einen

Oberarzt

Das Haus verfügt über 157 Krankenbetten, liegt in landschaftlich schöner Gegend (Chiemsee, Voralpenland, Nähe Autobahn München—Salzburg) und ist mit allen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen ausgestattet.

Erwünscht: Mehrjährige klinische Ausbildung, nach Möglichkeit Anerkennung als Facharzt für Innere Krankheiten oder entsprechende Erfahrung auf rheumatologischem Gebiet.

Geboten: Vergütung nach Vergütungsgruppe Ib BAT mit allen Vorteilen des öffentlichen Dienstes (Bereitschaftsdienstvergütung, Zuschuß zur Zusatzversorgung, Beihilfe im Krankheitsfalle, Umzugskostenvergütung usw.). Bei Vorliegen der Voraussetzungen Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich. Moderner Bungalow mit Garage vorhanden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Urkunden, Zeugnisse) an die

Personalabteilung der Landesversicherungsanstalt Unterfranken
8700 Würzburg, Friedenstraße 14,

erbeten.

Beachten Sie den Anzeigenschluß am 25. des Mts.

Bronchovalun®
broncholytisches Antitussikum

Bei spastisch-asthmoider Bronchitis, Emphysembronchitis, Bronchiektasie, Krampf-, Reiz-, Grippehusten, Raucherkatarrh

Tropfflasche 10 ml

Thyreovalun®
antithyreoidal, beruhigend
psychisch ausgleichend
keine strumigene Nebenwirkung

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

Tropfflasche 15 ml u. 30 ml

Muster u. Literatur auf Anforderung

Dr. Auf dem Kampe · Hamburg 52 - Großflottbek

22. 9.—17. 10. In **München**: C-Kurs für Arbeitsmedizin. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

23.—25. 9. In **Buenos Aires**: 9. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für kardiovaskuläre Erkrankungen. Auskunft: Dr. A. D. Callow, 171 Harrison Avenue, Boston, Mass. 02111.

24.—27. 9. In **Homburg**: 25. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Auskunft: Physiologisch-Medizinisches Institut der Universität, 6650 Homburg, Landeskrankenhaus.

26.—27. 9. In **New York**: 12. Tagung der Internationalen Liga gegen Epilepsie. Auskunft: Prof. Dr. H. Gastaut, 87 rue Périer, F-13 Marseille (9 e).

26.—28. 9. In **Augsburg**: 44. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungskongresse, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.

26.—29. 9. In **Erlangen**: 53. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Hals-Nasen-Ohren-Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. J. Matzker, Univ.-HNO-Klinik, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.

29. 9.—4. 10. In **Baden-Baden**: Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V. Auskunft: Dr. K. H. Reese, 5320 Bad Godesberg, Kölner Straße 40—42.

29. 9.—2. 10. In **Dublin**: 19. Internationaler Kongreß für Wehrmedizin und Wehrpharmazie. Auskunft: International Committee of Military Medicine and Pharmacy, 79 rue Saint-Laurent, Lüttich.

29. 9.—3. 10. In **Hamburg**: VIII. Pädiatrischer Fortbildungskurs. Auskunft: Doz. Dr. W. Schröter, Univ.-Kinderklinik, 2000 Hamburg 20, Martinistraße 52.

29. 9.—4. 10. In **Karlsbad**: XXIV. Internationaler ärztlicher Fortbildungskurs. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Prag 2.

Ihre Gelegenheitsanzeige (Praxisabgabe - Vertretung - Verkauf von Praxisinventar - Stellengesuche usw.) für das BAYERISCHE ÄRZTEBLATT bestellen Sie bitte bei der

Anzeigenverwaltung

Atlas VERLAG UND WERBUNG
GMBH & CO · KG
(früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler)
8 München 15 · Postfach 346 · Sonnenstraße 29
Telefon 08 11 / 55 80 81 · Fernschreiber: 05 236 62

BEILAGENHINWEIS

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma Abrens & Sieberz, Seligenthal, beigefügt.

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 95/III, Telefon 36 11 21, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 5252, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt"). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Tel. 55 90 91, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

HORM

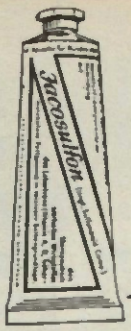
Epsilon-Tachostyptan®

Hämostyptikum aus Lipidthromboplastin und Epsilon-Aminokapronsäure
Ein Fortschritt in der Behandlung von Blutungen

HORMON-CHEMIE MÜNCHEN

Jacosulfon

Die
Sulfonamid-Harnstoff
Kombinationstherapie



35 ccm

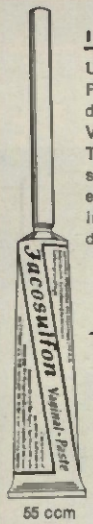
◄ Ungt 25 ccm, 55 ccm
250 ccm

Indikationen:

Alle eitrigen Wunden und Verletzungen	Operationswunden
Alle Pyodermien	Mundausschlag
Impetigo contagiosa	Ulcus cruris
Ekzeme	Strophulus infantum
Furunkel	Phlegmonen
Karbunkel	Exantheme
Infektionsprophylaxe bei Verletzungen	Abszesse
Brandwunden	Balanitis erosiva
Fissuren u. Rhagaden	Herpes
Röntgenstrahlenschäden	Folliculitiden
Pemphigus	Akne vulgaris
Intertrigo	Akne necrotica
Wundsein der Säuglinge	Seborrhoisches Ekzem
Schweißdrüsenabszesse	Neurodermitis
Mastoiditis	Sykosis non parasitaria
Mamillenrhagaden	Congelationen
	Scheiden-Dammrisse
	Portioerosionen
	Unspez. Fluor (Vaginaltamponade)
	Sonnenbrand

Pilzerkrankungen der Haut

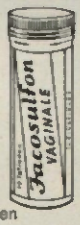
(Uguentum u. Pulvis im Wechsel)



55 ccm

Indikationen:

Unspez. Fluor
Portioerosionen
diff. Kolpitis
Veginitis
Trichomonedenkolpitis
sowie alle enderen entzündlichen und infektiösen Erkrenkungen der Vaginalschleimheut



Peckung 10 Tabletten

◄ Tube mit Kanüle

Jacopharm
Arzneimittelfebrik
gegr. 1929
Hamburg-Schenefeld

10 ccm, 30 ccm

Allgemein:
Fistel und Gangelterungen

Augen:
Bakteriell bedingte Lid-, Bindehaut- und Hornheutentzündungen
Dakryocystitis
Hordeolum, Chalerion
Ulcus cornea serpens

Hals - Nasen - Ohren:

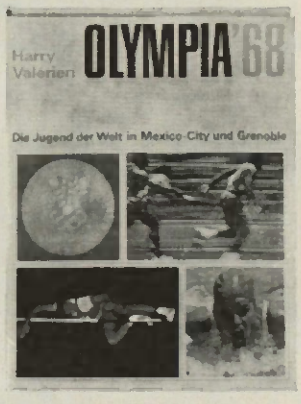
Akute und chronische Rhinitis
Entzündung im Vestibulum des Septum
Schrunden des introitus nesi
Septumabszesse, Polypen
Heuschnupfen
Entzündung d. Nebenhöhlen pp.
Otitis media, Otitis externe
Ekzem des Gehörganges
Herpes, Ekzeme, Otomycosis
Ohrschmelzpfropf
Anginen
Chronische Eiterungen der Rechenmendel
(Thornweldtsche Krankheit)
Aphthee, Erysipel.

ANZEIGENSCHLUSS
für die August-Ausgabe ist am 25. Juli

Wie richte ich meine neue Praxis ein?

Fordern Sie gleich kostenlos den neuen 36seitigen farbigen Einrichtungskatalog und den Sonderdruck
„Wie richte ich meine neue Praxis ein?".
(Münch. Med. Wschr. Nr. 10/68 S. 602–608).
In dieser Arbeit finden sich neben Tips für Einrichtung und Instrumentarium auch viele psychologische und praktisch verwertbare Anregungen für die Niederlassung.

MAUSER
Abt. Einrichtungen für die Arztpraxis
3591 Waldeck-Ost



DM 14.80

Ein Olympiabuch ist so gut, wie nahe sein Herausgeber bei den Ereignissen ist. Harry Valérien war für Sie dabei
OLYMPIA '68

320 Seiten, über 600 Abbildungen, 8 ganzseitige Farbtefeln, Großformet: 22 x 27 cm, Genzleinen mit farbigem Schutzumschlag.

Atlas
Verlag und Werbung GmbH.
Literaturvertrieb
8 München 2
Herzog-Wilhelm-Str. 1

neu
mit
tonolift®-
retard
die Hypotonie
fest im Griff:
1. Erhöhung des peripheren Widerstandes
2. Stimulierung des Vasomotoren-Zentrums
3. Steigerung des Herzminutenvolumens
Packungen mit 20 und 50 Dragées
EFEKA · Friedrich & Kaufmann · Arzneimittelfabrik · Hannover

2.—6. 9. **In New York: 20. Internationale Tuberkulose-Konferenz.** Auskunft: Int. Union against Tuberculosis, 20, rue Greuze, F-75 Paris (16e).

2.—7. 9. **in Moskau: 9. Internationale Embryologische Konferenz.** Auskunft: Prof. Dr. A. S. G. Curtis, Dept. of Cell Biology, The University, Glasgow W 2.

9.—10. 9. **in Liblice/Prag: Symposion zur Erinnerung J. E. Purkynes mit internationaler Beteiligung über „Entwicklung der biologischen Wissenschaften im 19. Jahrhundert — besonders zwischen 1820 und 1850."** Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Prag 2.

8.—12. 9. **in Den Haag: 3. Internationale Konferenz über kongenitale Mißbildungen.** Auskunft: Holland Organizing Centre, 16 Lange Voorhout, Den Haag.

9.—13. 9. **in Genf/Evian: 7. Internationaler Kongreß für Klinische Chemie.** Auskunft: Palais des Expositions, 19, quai Ecole de Médecine, CH-1211 Genf.

9.—13. 9. **in Graz: II. Internationales Symposion über Elektroschlaf und Elektroanästhesie.** Auskunft: Dr. J. Nußmüller, Chirurgische Universitätsklinik, A-9036 Graz.

9.—15. 9. **in Westerland: 31. Ärztliches Seminar für Meereskeilkunde.** Auskunft: Universitätsinstitut für Bioklimatologie und Meereskeilkunde, 2290 Westerland.

11.—13. 9. **in Berlin: XIII. Internationaler Kongreß der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Phlebologie.** Auskunft: Prof. Dr. med. Heinrich Teller, Hautklinik des Städtischen Krankenhauses Britz, 1000 Berlin 47, Blaschkoallee 32—49.

11.—24. 9. **Reise zum Studium der Gynäkologie und Geburtshilfe in die Sowjetunion.** Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt", 8000 München 23, Königinstr. 85, und Deutsches Reisebüro, Abt. „Ärztliche Kongreßreisen", 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25—27.

13.—20. 9. **in Bad Brückenau: Ärztekurs für Homöopathie, Kurs C, des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V.** Auskunft: Dr. med. Martin Stübler, 8900 Augsburg, Singerstraße 1.

14.—17. 9. **in Innsbruck/Igls: 1. Herbstfortbildungstagung für Allgemeinmedizin.** Auskunft: Generalsekretariat der „Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin", Dr. med. K. Engelmeier, 4740 Oelde, Lange Straße 21 a.

14.—19. 9. **in Dublin: 11. Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft für Rehabilitation der Behinderten.** Auskunft: Mr. C. J. Sweeney, National Organization for Rehabilitation, 25 Clyde Road, Dublin 4.

15.—17. 9. **in Neuherberg: Strahlenschutz-Ergänzungskurs.** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

15.—19. 9. **in Freudenstadt: Einführungskurs in die ärztlich gezielte manuelle Therapie der Wirbelsäule (Chirotherapie).** Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostenallee 83.

19.—21. 9. **in Graz: XIII. Symposion der Gesellschaft für Histochemie.** Auskunft: Prof. Dr. med. H. Zimmermann, Pathologisches Institut des Städtischen Krankenhauses, 6230 Frankfurt 90, Gotenstraße 6—8.

19.—21. 9. **in Innsbruck/Igis: XI. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin.** Auskunft: Generalsekretariat der „Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin", Dr. med. K. Engelmeier, 4740 Oelde, Lange Straße 21 a.

20.—21. 9. **in Bad Lippspringe: Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe (Exkursion).** Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 2—4.

20.—25. 9. **in Buenos Aires: 23. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie.** Auskunft: Prof. Dr. J. van Geertruyden, 43 rue des Champs-Elysées, Brüssel.

21.—27. 9. **in New York: 4. Internationaler Kongreß für Neurochirurgie.** Auskunft: Dr. C. MacCarty, 200 — 1st Street, S. W. Rochester, Minn.

22.—26. 9. **in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs).** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

22.—27. 9. **in Freiburg: 5. Internationale Konferenz über Alkohol und Verkehrssicherheit.** Auskunft: Prof. Dr. W. Spann, 7800 Freiburg, Albertstraße 9.

22.—27. 9. **in Tokio: 19. Internationaler Kongreß für Arbeitsmedizin.** Auskunft: Prof. Dr. E. C. Vigliani, Clinica del Lavoro, Via San Barnaba 9, 1-20122 Mailand, sowie „Bayerisches Ärzteblatt", 8000 München 23, Königinstraße 85, und Deutsches Reisebüro, Abt. „Ärztliche Kongreßreisen", 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25—27.

ES LOHNT SICH,

Kunde beim Atlas Literaturvertrieb zu sein: Jedes Buch, jede Zeitschrift, ganz gleich, wo Sie den Titel gefunden haben, besorgen wir Ihnen schnell und zuverlässig. Und: wir unterrichten Sie laufend über die Neuerscheinungen auf Ihrem Spezialgebiet. Kostenlos. Ihre Anschrift haben wir ja morgen.

Atlas Verlag und Werbung GmbH
Literaturvertrieb
8000 München 2, Herzog-Wilhelm-Straße 1

Bitte unterrichten Sie mich laufend über Neuerscheinungen meines Fachgebietes:

„ .....

„ .....

Vor- und Zuname: .....

Wohnort, Postleitzahl: .....

Straße, Nr.: .....

(Bitte in Blockschrift schreiben)

Ausschneiden und an nebenstehende Adresse senden.

Esberiven®-Liniment

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

Prompte Resorption

Steigerung der Blut- und Lymphzirkulation
Antiphlogistische Wirkung
Fibrinolyse

Schmerzstillender Kühleffekt

Nota bene: Angenehmer Geruch
Ausgezeichnete Hautverträglichkeit

Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim

Klinische Fortbildung in Bayern 1969

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

22. bis 26. September 1969
München, I. Med. Klinik r. d. Isar der Technischen Hochschule
Direktor: Prof. Dr. Blömer

29. September bis 3. Oktober 1969
München, II. Med. Klinik r. d. Isar der Technischen Hochschule
Direktor: Prof. Dr. Ley

8. bis 10. Oktober 1969
München, I. Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Schwiegk

24. bis 29. November 1969
Würzburg, Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Wollheim

2. KINDERKRANKHEITEN

6. bis 10. Oktober 1969
München, Städt. Krankenhaus München-Schwabing
1. und 2. Kinderabteilung in Verbindung mit der kinderchirurgischen Abteilung
Chefärzte: Prof. Dr. Hilber, Dr. Schweier, Dr. Singer

3. CHIRURGIE

6. bis 10. Oktober 1969
München, Chir. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Zenker

20. bis 25. Oktober 1969
Erlangen, Chir. Klinik mit Poliklinik der Universität
Direktor: Prof. Dr. Hegemann

3. bis 8. November 1969
Würzburg, Chir. Univ.-Klinik und -Poliklinik
Direktor: Prof. Dr. Wachsmuth

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

6. bis 10. Oktober 1969
München, I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität
Direktor: Prof. Dr. Bickenbach

6. bis 11. Oktober 1969
Würzburg, Univ.-Frauenklinik und Hebammenschule
Direktor Prof. Dr. Schwalm
(Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich)

5. PHONOKARDIOGRAPHIE (Anfängerkurs)

5. und 8. November 1969
München, Stiftsklinik Augustinum
Chefarzt: Prof. Dr. Michel

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21 (Apparat 26)

KONGRESSKALENDER

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

August 1969:

4.—8. 8. **in Julst: Einführungskurs in die ärztlich gezielte manuelle Therapie der Wirbelsäule (Chirotherapie).** Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostenallee 83.

10.—14. 8. **in Mexico City: 9. Internationaler Kongreß für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.** Auskunft: Dr. F. Hernandez Orozco, P. O. Box 19—136, Mexico D. F.

10.—15. 8. **in Tokio: 6. Internationaler Chemotherapie-Kongreß.** Auskunft: Prof. Dr. Hamao Umezawa, Institute of Microbial Chemistry, 14—23, Kami-Osaki 3-chome, Shinagawa-ku, Tokio.

15.—20. 8. **in Kyoto: Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft für Tropische Dermatologie.** Auskunft: Prof. Dr. Kasuke Ito, P. O. Box 120, Gifu (Japan).

17.—23. 8. **in Moskau: 12. Kongreß der Internationalen Gesellschaft fßr Diuttransfusion.** Auskunft: Dr. E. Zotikov, Novo-Zikovski proezd, dom. 4, Moskau.

18.—29. 8. **in Neutrauchburg: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie.** Auskunft: Dr. med. Kari Seli, 7972 Neutrauchburg.

22. 8.—6. 9. **in Madonna di Campiglio: VIII. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportarzt-Diplomes.** Auskunft OMR Dr. Fr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße 16.

24.—29. 8. **in Kopenhagen: 8. Internationaler Kongreß für Neuropathologie.** Auskunft: Dr. J. E. Möller, Univ. Inst. of Pathology, Frederik V. Vej 11, Copenhagen.

24.—29. 8. **in Utrecht: 5. Europäische Tagung für vergleichende Endokrinologie.** Auskunft: Mr. J. H. Zurburg, Centraal Congresbureau Utrecht, Vredenburg 49, Utrecht.

24.—29. 8. **in Washington: 8. Internationaler Kongreß für Gerontologie.** Auskunft: Gerontoiogy Congress, 9650 Rockville Pike, Bethesda, Md. 20014.

25. 8.—6. 9. **in Meran: XVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Moderne Pharmakotherapie"). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal I, Postfach 1220.**

28. 8.—5. 9. **in Prag: 8. Internationaler Ernährungskongreß.** Auskunft: Dr. Z. Slabochova, Inst. de l'Alimentation Humaine, Budejovicka 800, Prag 8.

30. 8.—6. 9. **in Karlsruhe: 21. Deutsche Therapiewoche und 21. Deutsche Heilmittelausstellung.** Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, 7500 Karlsruhe 1, Kaiserallee 30 (Wissenschaftliches Kongreßbüro).

September 1969:

1.—4. 9. **in Jerusalem: 10. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für geographische Pathologie.** Auskunft: Dr. J. S. Levij, Hebrew University, Hadassah Medical Schooi, P. O. Box 1172, Jerusalem.

1.—13. 9. **in Grado: III. Internationaler Seminarkongreß fßr praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer (Thema: „Diagnostisch-therapeutische Probleme der ärztlichen Praxis"). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal I, Postfach 1220.**

2.—4. 9. **in Sapporo: 4. Internationaler Kongreß für hyperbarische Medizin.** Auskunft: Prof. Dr. Juro Wada, Dept. of Thoracic and Cardiovascular Surgery, Sapporo Medical College, South I, West 18, Sapporo (Japan).

44. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 26.—28. September 1969

Thema: „Intensivtherapie in der Praxis" Kongreßleiter: Prof. Dr. A. Schretzenmayr

Freitag, 26. September 1969

20.00 Uhr:
Filmprogramm

Samstag, 27. September 1969

9.00—9.40 Uhr:
Priv.-Doz. Dr. D. Haan, Hamburg
„Erfahrungen einer Intensivstation"

9.40—10.30 Uhr:
Primarius Dr. H. Bergmann, Linz
„Wiederbelebung und Schockbekämpfung in der ärztlichen Praxis"

10.30—11.00 Uhr: Pause

11.00—11.30 Uhr:
Chefarzt Dr. J. Schmidt-Voigt, Eppstein
„Bedrohliche Rhythmusstörungen des Herzens und ihre Beseitigung"

11.30—12.00 Uhr:
Prof. Dr. G. Riecker, Göttingen
„Rekompensierung des insuffizierten Herzens durch ambulante Sofort- und Dauertherapie"

12.00—12.30 Uhr:
Prof. Dr. H. Losse, Münster
„Intensivtherapie bei ambulanten Nierenerkrankungen"

14.00—15.10 Uhr:
Podiumgespräch
„Organisatorische, instrumentelle und apparative Umstellung der Praxis auf Intensivtherapie"

Sonntag, 28. September 1969

9.00—9.30 Uhr:
Dozent Dr. K. H. Spitzy, Wien
„Intensivtherapie septischer Prozesse"
(Antibiotika, Kortikoide, Gerinnungshemmung, Fibrinolyse, Kreislauftherapie)

9.30—10.00 Uhr:
Prof. Dr. A. Sattler, Wien
„Bronchitis- und Asthmabehandlung in der Praxis"

10.00—10.30 Uhr:
Prof. Dr. F. Wuhrmann, Winterthur
„Lebertherapie: Innocens — inoffensiv — intensiv"

10.30—11.00 Uhr: Pause

11.00—11.30 Uhr:
Prof. Dr. W. Birkmayer, Wien
Intensivtherapie bei neurologischen Erkrankungen"

11.30—12.00 Uhr:
Wirkl. Hofrat Prof. Dr. G. Harrer, Salzburg
„Über die Dosierung psychotroper Pharmaka in der Praxis"

12.00—12.30 Uhr:
Prof. Dr. R. Kaiser, München
„Intensivbetreuung bei der hormonalen Behandlung der weiblichen Sterilität"

14.00—15.30 Uhr:
Podiumgespräch
„Intensivtherapie in der Kinderheilkunde"

Einleitende Kurzreferate
Priv.-Doz. Dr. J. G. Moormann, Homburg/Saar
„Kinderurologie"
Priv.-Doz. Dr. U. Stephan, Erlangen
„Zerebrale Erkrankungen"
Priv.-Doz. Dr. Schuster, Erlangen
„Das dyspnoische Kind"

Seminare:
Priv.-Doz. Dr. M. Kienholz, Offenbach
„Laborseminar"
Chefarzt Dr. A. G. Gathof
„Immunologisches Symposion"

Anfragen und Anmeldungen: Kongreßbüro des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin", 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2

4. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie

vom 27. bis 30. Oktober 1969 in Erlangen

Der 4. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie findet vom 27. bis 30. Oktober 1969 unter der Leitung von Privatdozent Dr. med. R. Ottenjann an der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen statt.

Wegen der beschränkten Teilnehmerzahl ist baldige Anmeldung erwünscht.

Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

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:

Reise zum Studium der Gynäkologie und Geburtshilfe in die Sowjetunion
vom 11. bis 24. September 1969

Kongreßreise zum XVI. Internationalen Kongreß für Arbeitsmedizin nach Tokyo
vom 22. bis 27. September 1969

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

Bei Hämorrhoiden
ALFERM®
PREDNISOLON-AZULEN-KOMBINATION
Salbe 15 g = DM 3,10 Supp. 10 St. = DM 2,75
Richard Schöning · Berlin

Leberfunktionsstörungen bei und nach Hepatitiden, chronisch-degenerative Lebererkrankungen (Leberzirrhose, Fettleber), sekundäre Leberschäden bei Vergiftungen, Infektionen und bei chronischen Erkrankungen, latente Hepatopathie, als Leberzellschutz bei Zufuhr leberbelastender Stoffe.

Nebenwirkungen: Bisher keine bekannt.

Dosierung: Im allgemeinen beginnen mit 3× tgl. 2 Dragées nach den Mahlzeiten für etwa 4—6 Wochen. Zur Weiterbehandlung sowie in leichten Fällen 3× tgl. 1 Dragée.

Handelsformen: O. P. mit 80 Dragées DM 17,85 o. MwSt. Anstaltspackungen mit 400 Dragées.

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

Merckotest und Merck-1-Test

Als neuen Beitrag zur Rationalisierung und Standardisierung im medizinisch-chemischen Laboratorium hat die E. Merck AG, 6100 Darmstadt, Anfang Juni 1969 die umfangreiche Reihe ihrer Merckotest-Reagenziensätze durch eine Merckotest DC-Reihe und eine Merck-1-Test-Reihe ergänzt. In der Merckotest DC-Reihe bietet Merck zunächst einen Reagenziensatz zur dünnschichtchromatographischen Bestimmung von Aminosäurenanomalien sowie eine einfache Gerätegrundausstattung an, die auch bei künftigen Merckotests DC Verwendung finden kann. Die Merck-1-Test-Reihe wird mit fünf verschiedenen Reagenziensätzen für besonders wichtige Enzymbestimmungen (Cholinesterase, GOT, GPT, HBDH, LDH) eröffnet.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e. V.

vom 17. bis 19. September 1969 in München

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin e. V. veranstaltet gemeinsam mit der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in der Zeit vom 17. bis 19. September 1969 in München eine Wissenschaftliche Jahrestagung.

Thema:
„Sozialmedizin und soziale Sicherung"

Tagungsort:
17. und 18. September 1969:
Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, München 22, Pfarrstraße 3

19. September 1969:
Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, Bernried am Starnberger See

Tagungspräsidium:
Dr. med. K. Wängler, Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin e. V.
Professor Dr. med. H. J. Sewering, Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin

Das vollständige Programm wird in der nächsten Nummer veröffentlicht werden.

Anmeldung und Auskunft: Frau Priv.-Doz. Dr. med. M. Blohmke, 6900 Heidelberg, Neuenheimer Landstraße 20

Anmeldung zur Unterbringung in München besonders frühzeitig an das Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rosental 1

Wochenendtagung der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau"

am 25./26. Oktober 1969 in Bad Reichenhall

Thema:

„Prävention und Rehabilitation in Sicht der praktischen Medizin"

Vorläufiges Programm:

Prof. Dr. W. Hirsch, Traunstein:
„Bedeutung der Prävention und Rehabilitation in der Allgemeinmedizin"

Prof. Dr. M. Halhuber, Höhenried:
„Rehabilitation des Herzinfarktkranken"

Dr. J. Schmidt-Voigt, Eppstein:
„Rehabilitation des organisch Herzkranken"

Med.-Dir. Dr. O. P. Schmidt, Bad Reichenhall:
„Bronchitisches Syndrom und Rehabilitation"

Priv.-Doz. Dr. J. Eisenburg, München:
„Rehabilitation bei Krankheiten im Bereich des Verdauungstraktes"

Prof. Dr. H. Losse, Münster:
„Rehabilitation bei Nierenerkrankungen"

Prof. Dr. H. Mehnert, München:
„Prävention und Rehabilitation bei Diabetes"

Priv.-Doz. Dr. H. Baatz, Bad Pyrmont:
„Rehabilitation in der Gynäkologie"

Priv.-Doz. Dr. H. Mathies, München:
„Rehabilitation bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises"

Prof. Dr. W. Birkmayer, Wien:
„Rehabilitation in neurologischer und psychiatrischer Sicht"

Dr. Hesse, Salzburg:
„Rehabilitation in der Neurochirurgie"

Dr. Diemath, Salzburg:
„Neurochirurgische Beiträge zur Rehabilitation"

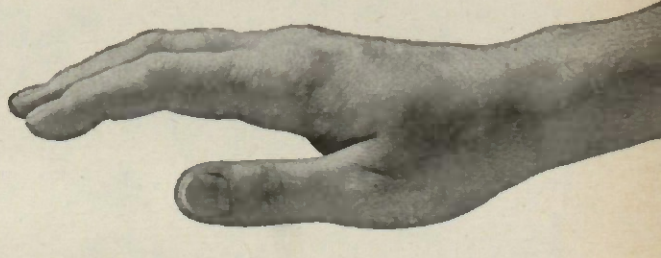
Dr. W. Reichstein, München, und
Dr. A. Leonhardt, Bad Trißi:
„Probleme der Welter- und Nachbehandlung von Tumorkranken"

Prof. Dr. Th. Hellbrügge, München:
„Rehabilitation in der Kinderheilkunde"

Außerdem ist noch folgendes Referat vorgesehen:
„Rehabilitation bei Gefäßkrankheiten"

Auskunft: Dr. med. H. Matusczyk, 8210 Prien am Chiemsee, Kneippkurhotel „Kronprinz"

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



Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN

Oft ist das besser als strenge Diät!

Regelmäßig Cholagogum-Tee zu den Mahlzeiten.
Dann können Sie meist die Diätvorschriften lockern.
Ihr Patient bekommt wieder Freude am Essen.
Ist das nicht besser als strenge Diät?
Cholagogum-Tee-Nattermann ist Arznei und Diätgetränk in einem;
er schmeckt gut zu den Mahlzeiten.
Für den Berufstätigen ist der Fertigtee aus der Tube genau das Richtige.

Cholagogum-Tee

NATTERMANN

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Mai 1969*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

An Scharlach erkrankten im Berichtsmonat etwas weniger Personen als im Vormonat, die Erkrankungsziffer sank von 69 auf 67 Fälle je 100 000 Einwohner (auf ein Jahr umgerechnet). 8 Fälle von Diphtherie traten auf; in den fünf Monaten seit Jahresbeginn gab es somit insgesamt 24 Diphtheriefälle, während im vergleichbaren Zeitraum des Vorjahres nur 8 Personen daran erkrankten. Geringfügig ging im Mai die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Genickstarre (Meningokokken-Meningitis) zurück.

Weiterhin nur in Einzelfällen traten Typhus, Paratyphus und Ruhr auf. Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) nahm von 6 Fällen im April auf 19 Fälle im Mai zu, jeweils auf 100 000 Einwohner berechnet. Der überwiegende Teil der Erkrankungen wurde aus der Stadt München gemeldet. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) war im Mai mit 27 Fällen auf 100 000 der Bevölkerung nur wenig niedriger als im Vormonat.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. Mai bis 31. Mai 1969 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3			4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung			Übertragbare Hirnhautentzündung						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa			
					dar. paral. Fälle			Meningokokken-Meningitis		übrige Formen		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen	
	E[1]	ST[2]	E	ST	E		ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	4	—	236	—	—	—	—	4	1	5	—	—	—	3	—	1	—	2	—	122	—	—	—
Niederbayern	2	—	15	—	—	—	—	1	—	2	1	—	—	4	—	3	—	—	—	7	—	1	—
Oberpfalz	1	—	28	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—
Oberfranken	—	—	71	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—
Mittelfranken	—	—	82	—	—	—	—	3	—	5	—	—	—	1	—	—	—	4	—	1	—	—	—
Unterfranken	—	—	46	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—
Schwaben	1	—	59	—	—	—	—	2	—	3	—	2	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—
Bayern	8	—	537	—	—	—	—	12	1	20	1	2	—	9	—	5	—	7	—	151	—	1	—
München	4	—	104	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	106	—	—	—
Nürnberg	—	—	33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Regensburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Kindbettfieber bei oder nach (standesamtl. meldepflicht.) Geburt		Leptospirose (übrige Formen)		Malaria-Ersterkrankung		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut[3]
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	1	—	74	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	1	5
Niederbayern	—	—	41	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21
Oberfranken	—	—	16	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	8
Mittelfranken	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26
Unterfranken	—	—	18	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	9
Schwaben	—	—	27	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	20
Bayern	1	—	214	1	2	—	1	—	2	—	2	—	5	—	3	1	89
München	—	—	38	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2

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

schmerzlicher Abgang von 270 000 Verträgen hinzunehmen. Damit hat sich der Bestand in dieser permanent im sozialpolitischen Schußfeld befindlichen Sparte auf 6,35 Mio. Verträge verringert (Ende 1962 noch 6,70 Mio). Dagegen nahm das Interesse an der Teilversicherung, die z. B. für den Fall von Krankenhausaufenthalten von Sozialversicherten geschätzt wird, weiter zu; der Bestand stieg um 890 000 auf 10,94 Mio. Verträge (gegenüber erst 6,43 Mio. Ende 1962). In der Tagegeldversicherung ging es auf 1,09 Mio. Verträge (1962: 0,82 Mio.) langsam weiter aufwärts. Damit bestanden Ende 1968 rund 18,38 Mio. Versicherungen, um 650 000 oder 3,7 Prozent mehr als ein Jahr vorher.

In den zurückliegenden sechs Jahren hat also der Gesamtbestand um ein rundes Drittel zugenommen. Gleichzeitig stiegen die Beitragseinnahmen auf mehr als das Doppelte (Folge der Heilkostenentwicklung), wobei der Anteil der Krankheitskostenvollversicherung am Beitragsaufkommen von 75 auf 64 Prozent zurückgegangen und der Anteil der Teilversicherung von 20 auf 30 Prozent gestiegen ist. Die Krankheitskostenvollversicherung stellt also zwar immer noch, was das Beitragsaufkommen und den Leistungsbereich betrifft, den größten Bereich dar, aber der relative Bedeutungsverlust ist offenkundig. Zugleich zeigt der noch verbliebene Anteil am Gesamtgeschäft, was für die PKV größenordnungsmäßig auf dem Spiel steht, wenn in der amtlichen Sozialpolitik die Weichen gestellt werden.

Bernd Baehring, Gauting bei München

Deutsche Apotheker- und Ärztebank jetzt auch in Nürnberg

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank eröffnete am 15. Juli 1969 eine Zweigstelle in Nürnberg, Lorenzer Platz 5a, Tel.: (09 11) 20 45 68/69.

Die Bank entspricht damit den vielseitigen Wünschen aus den Kreisen der Heilberufsangehörigen und deren Standesorganisationen in Franken und Oberpfalz.

Der durch die neue Zweigstelle entstehende persönliche Kontakt wird dazu beitragen, allen Geschäftsfreunden die Erledigung ihrer Geldgeschäfte wesentlich zu erleichtern.

Die neue Zweigstelle verfügt über alle, für eine reibungslose Abwicklung der Bankgeschäfte notwendigen Einrichtungen.

Gleichzeitig teilt uns die Bank mit, daß ihre Zweigstelle München am 30. Juni 1969 ihre neuen Geschäftsräume in der Brienner Straße 55 — Bayernhaus —, Nähe Stiglmaierplatz, Tel.: (08 11) 55 19 67 und 59 28 21, eröffnete.

Die neuen Bankräume in München sind durch ihre zentrale Lage, verbunden mit ausreichenden Parkmöglichkeiten im Hause, gut zu erreichen.

NEUE THERAPEUTIKA

Euglucon® 5

(Prüfbezeichnung: HB 419)

Zusammensetzung: 1 Tablette Euglucon 5 enthält 5 mg N-4-[2-(5-Chlor-2-methoxybenzamido)-äthyl]-phenyl-sulfonyl-N'-cyclohexyl-harnstoff.

Indikationen: Diabetes mellitus, besonders Erwachsenen- und Altersdiabetes mit Manifestation jenseits des 35. Lebensjahres. Ungenügende Stoffwechseleinstellung mit anderen oralen Antidiabetika. Auch bei bisheriger Kombinationsbehandlung mit β-zytotropen Substanzen und Biguaniden.

Dosierung: Euglucon 5 wird anstelgend dosiert. Bei Ersteinstellung Beginn mit ½ Tablette täglich. Bei Umstellung von anderen oralen Antidiabetika im allgemeinen Beginn mit 1 Tablette täglich. Je nach Bedarf in etwa wöchentlichem Abstand Erhöhung dieser Tagesdosen um jeweils ½ Tablette bis maximal 3 Tabletten täglich. Tagesdosen bis zu 2 Tabletten können auf einmal nach dem Frühstück verabreicht werden. Euglucon 5 ist stets unmittelbar nach einer Mahlzeit einzunehmen.

Handelsformen:
OP mit 28 Oblong-Tabletten zu 5 mg DM 17,80 m. U.
AP mit 112 Oblong-Tabletten zu 5 mg
AP mit 500 Oblong-Tabletten zu 5 mg

Hersteller: Boehringer Mannheim GmbH.

Fabroven

Zusammensetzung: Fabroven-Tropfen, 30 Tropfen = 0,7 ml enthalten: Extr. Rhizom. Rusci aculeati fluid. 0,6 ml, Hesperidin-Methylchalcon 25 mg, Acidum citricum 8 mg, lösl. Orangenessenz 0,05 ml, Parahydroxybenzoesäure-Methylester-Natrium 0,9 mg, Saccharin Na 3 mg, destilliertes Wasser q. s. 0,7 ml.
Fabroven-Kapseln, 1 Kapsel entbält: Extr. Rhizom. Rusci aculeati sicc. 45 mg, Hesperidin-Metbylchalcon 37,5 mg, Zitronensäure anhydr. 12 mg, Wachsmischung 18 mg, Pflanzenöl DAB 6 87,5 mg.

Indikationen: Varizen, Ulcus cruris varicosum, Hämorrhoiden, Thrombophlebitis, venöse Stauungen während Schwangerschaft, Zyklus, Klimakterium, erhöhte Kapillarpermeabilität.

Kontraindikationen: keine.

Nebenwirkungen: Auch bei Dauergebrauch über mehrere Monate wurden keine Nebenwirkungen beobachtet. Klinische Untersuchungen haben erwiesen, daß Fabroven auch in der Schwangerschaft gut vertragen wird.

Dosierung: 3× tgl. vor dem Essen 1 Kapsel oder 30 Tropfen. Bei schweren venösen Durchblutungsstörungen doppelte Dosis über zwei Tage. Zusätzliche Gaben, insbesondere von Kortikosteroiden, erübrigen sich, sind aber nicht kontraindiziert.

Handelsformen:

20 Kapseln	DM 5,80 m. MWSt.
50 Kapseln	DM 13,— m. MWSt.
Tropfen mit 20 ml	DM 5,80 m. MWSt.
Tropfen mit 50 ml	DM 13,— m. MWSt.

Hersteller: Arzneimittel Fabre GmbH, 6800 Mannheim.

Legalon®

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 35 mg Silymarin.

Indikationen: Zur Besserung und Erhaltung der Leberfunktion bei Leberschädigung verschiedenster Ursachen:

(Fortsetzung Seite 732)

RECORSAN® - LIQUID c. Rutin
Rein phytologisches Cardiotonicum
für die kleine Herztherapie
Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens
O.P. Tropfflasche zu 30 ml
Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

auch auf weiten Strecken angenehm und ohne Anstrengung. Bei Kurzstreckenfahrten im Winter findet man die ausgezeichnete Heizung als besonders angenehm. Ein sehr großer Kofferraum ermöglicht die Mitnahme von reichlich Urlaubsgepäck. Außerdem ist ein Platz für ein zweites Reserverad vorgesehen, so daß man, z. B. bei Winterfahrten, statt des umständlichen Kettenwechsels rascher den Reifenwechsel auf Reifen mit Ketten vornimmt. Das Gesamtfassungsvermögen des Kofferraums beträgt 675 l.

Zu diesem Wagen neigen vor allem Käufer, die sich ein besonders sicheres Auto wünschen, das wirbelsäulengerechte, bequeme Sitze bietet, wertbeständig und wetterunempfindlich ist (serienmäßig siebenfache Lackierung, Unterbodenschutz usw.) sowie Leute, die nicht mit einem alltäglichen Auto fahren wollen. Der Preis des Wagens liegt zwischen DM 10 800 bei der zweitürigen Ausführung, bis DM 12 400 bei der viertürigen Ausführung. Dabei sind Zweikreis-Servobremsen. Sicherheitsgurte, Verbundglasscheibe, Abgasentgiftungsanlage, Unterbodenschutz, Schmutzfänger an allen vier Rädern, Kreuzrückenstütze, Überrollbügel, Sitzhöhenverstellung, Heckscheibenentfroster und Liegesitze serienmäßig enthalten.

Wer sich noch ein schnelleres Fahrzeug wünscht, der kauft den Wagen mit etwa gleicher Karosserie, aber mit einem Sechszylinder-Dreiliter-Motor zum Preis von DM 15 500 (alle Preise mit Mehrwertsteuer genannt).

Der Verbrauch des Wagens liegt nach DIN-Normen bei 10,2 l pro 100 km. Bei sehr scharfer Fahrweise haben wir mit Viergangschaltung 13 l pro 100 km, bei Automatik 14 l pro 100 km verbraucht.

Insgesamt ist der repräsentative, elegante und robuste Volvo 142 bzw. 144 für einen Arzt durchaus zu empfehlen, zumal die Haltungskosten nicht alizu teuer sind.

W-s.

MITTEILUNGEN

PKV: Der Kampf ums Gesundbleiben

Konsolidierung, Konzentration und Krise in der privaten Krankenversicherung: Schadenquote 1968 leicht gefallen Gegenseitigkeitsvereine verlieren Marktanteil — Kritische Fragen zur Sozialpolitik

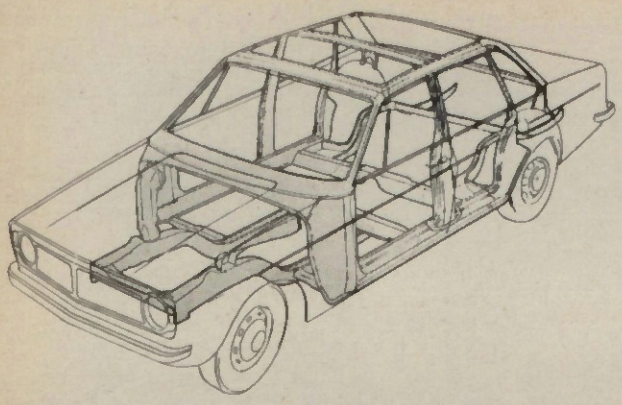
Zum ersten Mal seit sechs Jahren wieder ist 1968 das Beitragsaufkommen in der privaten Krankenversicherung etwas stärker gestiegen als die Versicherungsleistungen. In dieser leichten Diskrepanz, die eine geschäftliche Konsolidierung der Gesellschaften bedeutet, drückt sich die im Vorjahr intensivierte Sanierung von Tarifen, deren Anpassung an die Heilkostensteigerung lange Zeit versäumt worden war, ebenso aus wie die zunehmende Einführung von Krankheitskostentarifen mit automatischer Anpassung an die Heilkostenerhöhung. Die Beitragseinnahmen sind um 14,5 Prozent auf 3,33 Mrd. DM, die Versicherungsleistungen, einschließlich Beitragsrückvergütungen um 11,2 Prozent auf 2,32 Mrd. DM gestiegen. Im Vorjahr hatte die Zunahme 12,3 bzw. 13,1 Prozent betragen.

Das bedeutete für 1968 einen Rückgang der Leistungsquote, die auch versicherungstechnische Reservierungen umfaßt, von 81,8 auf 80 Prozent, was aber immer noch höher ist als 1962 (78,9 Prozent). Die reine Schadenquote (ohne Reservierungen) war von 71,8 auf 69,7 Prozent relativ spürbar mehr rückläufig, liegt aber ebenfalls immer noch deutlich über dem Stand von 1962 (68 Prozent).

Die Konsolidierung innerhalb der PKV hat noch einen weiteren Akzent: Das Geschäft konzentriert sich auf eine fortlaufend abnehmende Zahl von Unternehmungen, wobei der Rückgang ausschließlich bei den Gegenseitigkeitsvereinen eintritt, die nach wie vor die überwiegende Mehrzahl der Unternehmungen stellen und oft nur kleine, wenn auch häufig speziell zusammengesetzte Bestände verwalten. Zu Beginn des laufenden Jahres arbeiteten noch 60 PKV-Unternehmungen (davon 51 Gegenseitigkeitsvereine), gegenüber 74 Ende 1962 und 67 Ende 1966; ihre Zahl hat 1968 um zwei abgenommen (Verschmelzung bzw. Bestandsübertragung). Im übrigen haben sich die Gewichte wie folgt verschoben: Während vor sechs Jahren rund 65 Prozent der Gesamtbeitragseinahme auf Gegenseitigkeitsvereine entfiel, waren es im Berichtsjahr nur noch etwa 60 Prozent. Der Anteil der — unverändert acht — Aktiengesellschaften ist von 34 auf 39 Prozent gestiegen (der Rest entfällt auf ein öffentlich-rechtliches Unternehmen). Mit anderen Worten: Die in der Rechtsform der AG geführten Unternehmungen haben den Gegenseitigkeitsvereinen in den letzten sechs Jahren fünf Prozent Marktanteil abgenommen. Obwohl nur jede siebte bis achte Unternehmung eine AG ist, nimmt diese Gruppe jede zweite bis dritte Beitragsmark ein.

Die PKV steht, wie der soeben erschienene Verbandsbericht betont, 1969 „vor einer entscheidenden Wende". Damit sind die zur Beratung anstehenden Gesetzentwürfe über die Lohnfortzahlung und über die Änderung des Rechtes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angesprochen. „Je nachdem, wie die Entscheidung fällt, steuert die GKV in eine allumfassende Volksversicherung nach ausländischen Vorbildern, oder sie behält die bewährte deutsche Tradition bei." In bezug auf die Geschäftsgrundlagen also weiß man sich, angesichts der im Grundsatz unveränderten, aktuell zugespitzten sozialpolitischen Situation, alles andere als konsolidiert. Es kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, daß eine — in Bonn teilweise angestrebte — Aufhebung der Krankenversicherungspflichtgrenze allein einer Kollektivierungsideologie Durchbruch verschaffen, nicht aber die finanzielle Sicherstellung der gesetzlichen Krankenversicherung bringen würde — und daß eine solche Einbeziehung sämtlicher Angestellter in die GKV den privaten Versichertengemeinschaften auch dann den Boden entziehen würde, wenn in weitem Maße von einer als einmalige Aktion zu erwartenden Befreiungsmöglichkeit Gebrauch gemacht würde. Der PKV-Verband weist darauf hin, daß es unsachlich wäre, aus der vor Jahresfrist eingeführten allgemeinen Rentenversicherungspflicht Entsprechendes für die Krankenversicherung abzuleiten.

Worum es in concreto geht, wird bei einem Blick auf die Gliederung von Vertragsbestand und Beitragsaufkommen in der PKV deutlich. Im Kernbereich der Krankheitskostenvollversicherung war vor allem durch eine gesetzliche, Rentner betreffende Regelung ein



Konsequent weiterentwickelt haben Schwedens Autokonstrukteure die traditionelle Volvo-Sicherheitslinie

Änderungswünsche

Die Oberkante, ähnlich auch die Unterkante des Armaturenbrettes, sollten umgeformt werden, da sie bei starken Bremsungen auf vornestehende Kleinkinder (was normalerweise nicht vorkommen solite!) karateschlagartig einwirken können.

Das Gaspedal sollte etwas leichtgängiger sein. Weiterhin wünschen wir uns ein reichhaltigeres Programm an Stoffbezügen für die Sitze.

Besondere Vorteile für den Arzt

Die Sicherheitskonstruktion als wesentlichster, nicht unbedingt berufsspezifischer Faktor sollte vorweg doch noch einmal betont werden. Sehr praktisch sind dabei die serienmäßig mitgelieferten Dreipunkt-Sicherheitsgurte, die besonders leicht und einfach anzulegen sind. Die beiden Außenbänder münden in eine Schließe, die auf einem sehr praktischen Hebelsystem auf dem Mitteltunnel rasch und einfach angebracht, aber auch von Ungeübten wieder geöffnet werden können.

Die auf schwedische Verhältnisse ausgelegte Heizung bringt hier bei Hausbesuchen mit häufigem Kurzstreckenverkehr besondere Vorteile. Beim Aussteigen muß man nicht, wie bei vielen Pkw-Typen, jedesmal mit dem Schlüssel arbeiten, sondern kann die Türen mit einem Knopfdruck verschließen. Bei unbeabsichtigtem Zufallen der Türen verschließt sich die Tür jedoch nicht, so daß man sich nicht aussperren kann. Neben Ärzten, die viel Hausbesuche machen müssen, werden dies auch die wissenschaftlichen Mitarbeiter der pharmazeutischen Firmen zu schätzen wissen, die häufig Besuche bei den niedergelassenen Kollegen in der Praxis machen müssen.

Für die Arzttasche findet sich neben dem Fahrersitz weniger Platz, nachdem die beiden Vordersitze durch einen großen Getriebetunnel getrennt sind. Man bringt sie am besten beim zweitürigen Wagen hinter dem Sitz unter, wozu die Türbreite gut ausreicht. Besonders in der Stadt wird man den engen Wendekreis von 9,25 m sehr hoch einschätzen. Mit den vollgummibelegten, rostfreien Stoßstangen kann man ohne Sorge mit einem anderen Wagen auf Tuchfühlung gehen und dadurch rascher einparken. Auf dem Lande hingegen wird man die ausgezeichnete Bodenfreiheit und die hohen 15"-Felgen besonders begrüßen.

Trotz des nicht geringen Gewichts von 1200 kg zeigt der Wagen mit 12,5 sec. von 0 auf 100 beachtliche Beschleunigungswerte. Die Höchstgeschwindigkeit liegt bei etwa 165 km/h; beim Wagen mit Automatik haben wir nur eine Höchstgeschwindigkeit von 160 km/h erreicht. Die Automatik selbst arbeitet gut und erlaubt rasches Zurückschalten zum Überholen, soweit erforderlich. Beim Anfahren an der Ampel erfolgt die Kraftübertragung zunächst jedoch etwas verzögert und bei einer Geschwindigkeit von etwa 25 km/h kommt das Drehmoment des Wagens von 15,5 m/kg erst richtig zur Geltung. Bei der Ausführung mit Automatik war außerdem das Gaspedal schwergängig und auf langen Fahrten anstrengend. Im großen und ganzen jedoch fährt sich der Wagen dank der körpergerechten Sitze

Elektrische Anlage:

Spannung	12 V
Batterie	60 Ah
Drehstromlichtmaschine	35 A
Anlasser	1 PS

Getriebe:

Vierganggetriebe, vollsynchronisiert mit Mittelschalthebel

Übersetzungen	1. Gang	3,13
	2. Gang	1,99
	3. Gang	1,36
	4. Gang	1,0
	Rückwärtsgang	3,25

Vierganggetriebe mit Overdrive: Die gleichen Daten wie oben, aber außerdem elektrisch betätigter Overdrive, einschaltbar im 4. Gang
Übersetzung 0,797
Automatik: Vollautomatisch. Wählhebel an der Lenksäule

Lenkung:

Wendekreisdurchmesser: 9,25 m

Bremsanlage:

Fußbremse:

Zweikreis-Bremsanlage. Das jeweilige System beeinflußt beide Vorderräder und ein Hinterrad. Eine Warnleuchte am Armaturenbrett zeigt an, wenn ein Bremskreis außer Funktion ist.
Seibsteinstellende Scheibenbremsen an allen Rädern. Bremsservo. Zwei Bremskraftregler in der Bremsanlage verhindern, daß die Hinterräder vor den Vorderrädern bei plötzlichem Bremsen blockieren.

Handbremse:

Mechanisch auf hintere Spezialtrommeln wirkend. Der Handbremshebel befindet sich zwischen Fahrersitz und Tür. Warnleuchte auf dem Armaturenbrett für angezogene Handbremse.

Räder und Reifen:

4½ J-15" gepreßte Stahlfelgen
165S15-Reifen

Hauptdaten und Gewicht:

Größte Länge	464	cm
Größte Breite	173,5	cm
Größte Höhe	144	cm
Bodenfreiheit	18	cm
Radstand	260	cm
Spurweite vorn	135	cm
Spurweite hinten	135	cm

Gewicht, fahrbereit 1150—1200 kg (vom Wagentyp abhängig)

Innenmaße:

Innenhöhe vorn (Dach — Sitzfläche, 15 cm von der Rückenlehne)	95 cm
Innenhöhe hinten (Dach — Sitzfläche, 15 cm von der Rückenlehne)	89 cm
Vorderkante hintere Sitzbank — Vordersitz max.	44 cm
min.	26 cm
Vordersitzbreite in Schulterhöhe	143 cm
Vordersitzbreite in Sitzhöhe	143 cm
Rücksitzbreite in Schulterhöhe	143 cm
Rücksitzbreite in Sitzhöhe	143 cm

Besondere Vorteile des Fahrzeuges

Sicherheitskonstruktion des Fahrzeuges mit besonderer Festigkeit des Fahrgastraumes und Knautschzonen in Bug und Heck, die zusammen mit Überrollbügeln am Dach die Fahrzeuginsassen bei eventuellen Unfällen besonders schützen. Auch die übrige Konstruktion ist ganz auf Sicherheit angelegt. Die Zweikreis-Bremsanlage wirkt bei Ausfall eines Bremskreises immer noch auf beide Vorderräder und ein Hinterrad. Besonders lobenswert sind die anatomisch richtig geformten Sitze mit individuell durch einen Drehgriff an der Rückenlehne einstellbarer, an die Lendenlordose anpaßbarer Rückenstütze. Dies dürfte sich im Zusammenhang mit einer ausgewogenen Federung und dem langen Radstand günstig auf Personen mit Haltungsschäden und Wirbelsäulenleiden auswirken.

Hervorzuheben ist weiterhin die ausgezeichnete Belüftung und Heizung, die sich mit sehr schön und diskret beleuchteten Wählscheiben am Armaturenbrett auch im Dunkeln sehr gut regulieren läßt.

Als ein weiterer wesentlicher Vorteil ist der enge Wendekreisdurchmesser von nur 9,25 m zu erwähnen.

Nachteile

Die Karosserie neigt im Zusammenhang mit Gürtelreifen auf Kopfsteinpflaster zum Dröhnen. Wesentliche Nachteile bestehen keine.

Für
Ihre
Magen-Patienten
ULCOLIND®
½ Packung 30 Tabletten
1/1 Packung 60 Tabletten
Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt überstelgerte vegetative Reize ab
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungstrakt und hemmt übermäßige Sekretion
Diisoprominhydrochlorid

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

bedeutet gleichzeitige Leberschutztherapie
Cholin orotat

Spanien, Tschechoslowakei, Jugoslawien und einigen anderen. In vielen Ländern erschöpfen sich jedoch die dabei vorgesehenen Maßnahmen noch in einer medizinischen und funktionellen Nachbehandlung. In den USA war man in dieser Beziehung bereits vor dem ersten Weltkrieg etwas weiter. Schon damals war dort mit der beruflichen Umschulung von Arbeitsunfallverletzten begonnen worden und in etwa 12 Bundesstaaten waren bereits in diesem Zusammenhang entsprechende Gesetze beschlossen worden.

Im allgemeinen wird man sagen können, daß, abgesehen von den Kriegsverletzten, sich die Rehabilitation im Bereich der Arbeitsunfallversicherungen am schnellsten entwickelt hat. Erst vor etwa 10 Jahren haben in der Bundesrepublik die Renten und die Arbeitslosenversicherung nachgezogen. Trotz der Fortschritte auf einzelnen speziellen Gebieten ist die Gesamtzahl der Körperbeschädigten bzw. der durch irgendwelche Ereignisse oder Umstände Behinderten, die nicht unter bestimmte Maßnahmen einer Rehabilitierung fallen können, in den einzelnen Ländern immer noch verhältnismäßig hoch. Auch in der Bundesrepublik Deutschland besteht in dieser Beziehung durchaus noch keine lückenlose Regelung und manches ist in den Grenzbereichen zwischen den Sozialleistungsträgern durch Zuständigkeitsfragen erschwert. Es bestehen zwar in vielen Ländern der Welt vielfältige soziale Hilfen in Form von medizinischem und finanziellem Beistand, doch sind die vorgesehenen Maßnahmen der Rehabilitation noch lange nicht in dem Maß entwickelt, als es wünschenswert wäre. Aus diesem Grunde haben sich in den vergangenen Jahren auch das Internationale Arbeitsamt und die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit mehrfach mit den in Frage kommenden Problemen beschäftigt. Die internationale Tendenz geht bei der Rehabilitation dahin, sie möglichst in allen die Sozialleistungsträger betreffenden Gesetzgebungen zu verankern, jedoch ohne einen Zwang gegenüber dem betroffenen Beschädigten auszuüben. Bei allen sozialen Entschädigungssystemen sieht man sich im Hinblick auf die Rehabilitation einem gewissen Dilemma gegenüber. Wenn die in diesem Zusammenhang zu ergreifenden Maßnahmen Erfolg haben sollen, muß man sich der Mithilfe des Betroffenen versichern. Es erscheint aber schwer, in dem Bereich, in dem bereits für die Behinderung eine Sozialleistung in Geld gewährt wird, den Betroffenen zu einer Mitarbeit zu bewegen, wenn er feststellen muß, daß jede Erhöhung seiner Leistungsfähigkeit durch eine Rehabilitation zu einer Herabsetzung seiner Rente führt. Auf der anderen Seite ist es aber eben so schwer, bei dem Sozialleistungsträger das Interesse für eine Rehabilitation aufrechtzuerhalten, wenn die dabei entstehenden Kosten auf die Geldleistungen des Trägers ohne Einfluß bleiben. Die Lösung wird wohl unter vernünftiger Abwägung der Interessen zu suchen sein. Aber auf jeden Fall erscheint es abwegig, in der Rehabilitation nur allein ein Mittel zur Verminderung der Rentenlasten zu sehen.

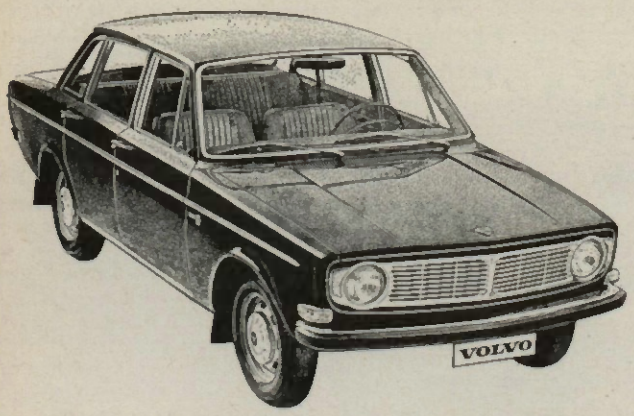
Man wird niemals aus dem Auge verlieren dürfen, daß ein Behinderter auch nach der Rehabilitation und einer zufriedenstellenden Arbeitsvermittlung ein beschwerlicheres Leben führen muß als andere. Deshalb wird es bei allen, die durch eine Versehrung ihrer körperlichen Integrität aus der beruflichen Bahn gerissen werden, ungerecht sein und bleiben, den Betrag seiner Rente und seines Verdienstes mit seinem früheren Lohn zu vergleichen. Mit anderen Worten, der wirtschaftliche Erfolg einer Rehabilitation für den Betroffenen wird niemals dazu führen dürfen, den Sozialleistungsanspruch ganz zum Erlöschen zu bringen, wenn die physische und geistige Integrität nicht vollständig wiederhergestellt werden kann.

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

ARZT UND AUTO

Arzt und Auto, Auto und Gesundheit

Unter diesem Titel bringen wir künftig in lockerer Reihenfolge Testberichte über Personenkraftwagen, die auf ihre besondere Eignung für den Arzt und in ihren Aspekten für Gesundheit und Sicherheit untersucht werden.



Wir beginnen mit einem Bericht über den **VOLVO 144**, den wir über 2000 Kilometer in zwei Exemplaren, nämlich mit Knüppelschaltung und mit Automatik, gefahren haben.

Vorweg die wichtigsten Daten:

Motor:

Typ B 20. Vierzylinder mit hängenden Ventilen und fünffach gelagerter Kurbelwelle

Hubraum	1,99 Liter
Bohrung	88,9 mm
Hub	80,0 mm

Thermostatgeregelte Luftvorwärmung
Abgasreinigung

82 DIN-PS-Motor:

Horizontalvergaser

Max. Leistung	82 DIN-PS bei 4700 U/min.
	90 SAE-PS bei 4800 U/min.
Max. Drehmoment	16 mkg DIN bei 2300 U/min.
	16,5 mkg SAE bei 3000 U/min.

Verdichtungsverhältnis 8,7 : 1

100 DIN-PS-Motor:

Zwei Horizontalvergaser

Max. Leistung	100 DIN-PS bei 5500 U/min.
	118 SAE-PS bei 5800 U/min.
Max. Drehmoment	15,5 mkg DIN bei 3500 U/min.
	17 mkg SAE bei 3500 U/min.

Verdichtungsverhältnis 9,5 : 1
Gebläse mit Gleitkupplung

Kühlanlage:

Geschlossene Ausführung. Wasserkühlung mit Pumpe und Thermostat. Füllmenge ca. 8,5 Liter. Gefriersicher

wurde früher vor allem bei Personen, die dem Lohnarbeiterstand angehörten, in der Allgemeinheit wohl als tragisch empfunden, doch aber mehr oder weniger als kaum beeinflußbares Datum hingenommen. Der Sachverhalt als solcher hat in Europa in der Zeit vor dem ersten Weltkrieg nur in einigen Ländern vereinzelt zu Studien und beschränkten Organisationsversuchen geführt. Soweit dadurch eine Wiedereingliederung von Körpergeschädigten in das Berufsleben herbeigeführt werden konnte, geschah dies jedoch immer nur im Wege einer bereits entwickelteren Form der sozialen Fürsorge und kam im Endergebnis nicht über eine Beschäftigung in Aushilfstätigkeiten hinaus. An der aligemeinen Lage Körpergeschädigter änderte sich dadurch meistens kaum etwas; denn in der Regel blieb es so, daß ein durch irgendein Ereignis in seiner körperlichen Integrität endgültig geschädigter Mensch aus dem normalen Berufsleben ausscheiden mußte, auf jeden Fall, wenn er dem Lohnarbeiterstand angehört hatte. Diese sozusagen als zwangsläufig hingenommene Folge hat in der Allgemeinheit zu bestimmten Vorurteilen gegen die sogenannten Invaliden geführt, die eine gewisse soziale Diskriminierung zur weiteren Folge hatte. Trotz grundlegender Veränderungen der sozialen Anschauungen erweist sich dieses Vorurteil auch heute noch in mancher Beziehung im gegebenen Fall als eine hinderliche psychologische Hypothek.

Die Folgen des Krieges von 1914 bis 1918 rückten zum ersten Mal auf einer breiteren Ebene die Probleme der Rehabilitation in den Vordergrund des Interesses. Die Kriegsereignisse hatten in den unmittelbar beteiligten Ländern eine große Zahl körperlich geschädigter Männer hinterlassen, allein in den westeuropäischen Ländern mehr als 8 Millionen, die in der überwiegenden Mehrzahl dem Lohnarbeitnehmerstand angehört hatten. Angesichts der niedrigen Sätze, die die einzelnen Staaten für die Versehrtengelder ihrer Kriegsbeschädigten glaubten auswerfen zu können, bestand hier der Zwang, möglichst unmittelbar etwas zu unternehmen, um diese Menschen nach Möglichkeit wieder in den Arbeitsprozeß einzuordnen, wenn sie nicht — ganz abgesehen von humanitären Erwägungen — zu einem bedenklichen Störungselement im sozialen Gefüge werden sollten. Im übrigen hätte sich damals keine der in Frage kommenden Volkswirtschaften den Ausfall einer so großen Zahl von Arbeitskräften ohne wirtschaftliche Rückwirkungen leisten können. Die aufgrund dieser Lage einsetzenden umfassenden Bemühungen brachten auf jeden Fall den Beweis in den ehemals kriegführenden Ländern, daß mit Hilfe einer guten chirurgischen und anschließenden medizinischen und orthopädischen Nachbehandlung und im späteren Stadium einer planmäßigen Anpassungs- oder Umschulung und Vermittlung in geeignete Stellen eine große Zahl von Kriegsverletzten verschiedenster Grade zu Leistungen im Arbeitsleben gebracht werden konnten, die den Durchschnittswerten gesunder Arbeitnehmer im allgemeinen durchaus gleichkamen, in vielen Fällen sie sogar übertroffen hatten.

In dem Maß, in dem nach dem ersten Weltkrieg die Kriegsfolgen überwunden werden konnten, ging auch das allgemeine Interesse an der Rehabilitation wieder zurück. Dabei sind in einem weiten Umfang die in einer Reihe von Ländern erzielten Fortschritte ziemlich lautlos wieder untergegangen. Nur in den Ländern, in denen die Arbeitsunfallversicherung diesen Faden aufgenommen hatte, entwickelten sich die entsprechenden Maßnahmen im engeren Bereich weiter und wurden schließlich als Propagandastück des sozialen Fortschrittes herausgestellt. Professor BÖHLER in Wien war bereits im Jahre 1919 an die Österreichische Arbeiterunfallversicherungsanstalt herangetreten mit dem Vorschlag, Spezialunfallkrankenhäuser zu errichten, um die medizinische Rehabilitation wirkungsvoller zu gestalten. Daß auch in Deutschland die Unfallversicherungsträger den Gedanken der Rehabilitation aufgegriffen haben, entsprang wohl nur am Rand humanitären Erwägungen, in erster Linie wohl der sehr klaren und nüchternen Überlegung, daß sich hier ein Weg eröffnete, auf dem man wenigstens zu einem guten Teil der immer mehr als drückend empfundenen Unfallrentenlast entgehen könnte. Aber abgesehen von alledem, besteht kein Zweifel, daß diese im Schoß der Unfallversicherungsträger weiter getriebene Rehabilitation ein beachtliches soziales Niveau erreicht hat.

Die Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise, die allein in Deutschland zu einer Arbeitslosenzahl von mehr als 6 Millionen geführt hatte, haben manche Maßnahmen auf dem Gebiete der Rehabilitation wieder fragwürdig werden lassen. In dieser Zeit wirtschaftlichen Niedergangs war kaum jemandem mehr klarzumachen, daß Geld für eine berufliche Wiedereingliederung Körperbeschädigter ausgegeben werden sollte, wenn es im Anschluß daran gar nicht möglich war, den Betreffenden überhaupt wieder in eine entlohnte Arbeit zu bringen. Es war im Grunde damals eine ähnliche Lage wie heute in vielen Entwicklungsländern, in denen angeführt wird, Rehabilitationsmaßnahmen sind bei uns völlig sinnlos, solange wir auch für eine große Zahl der Gesunden keine Möglichkeiten für eine entlohnte Arbeit haben.

Erst der zweite Weltkrieg trieb die Entwicklung auf dem Gebiete der Rehabilitation wieder kräftiger vorwärts. Manche Regierung mußte unter dem Druck einer Notlage bereits im Krieg auf der Suche nach Arbeitskräften sich mit der Frage der Herstellung der Wiederverwendbarkeit bei Zivil- und Kriegsbeschädigten besonders beschäftigen. Außerdem bestand bei den Kriegsführenden das Bestreben, die Diensttauglichkeit verwundeter Soldaten so schnell und so umfassend wiederherzustellen. Der zunehmende Mangel an verfügbaren Arbeitskräften — die tauglichsten und arbeitsfähigsten entzogen die Fronten — führte weiterhin dazu, auf eine große Zahl nur noch vermindert leistungsfähiger Personen zurückzugreifen, die in Friedenszeiten unproduktiv geblieben waren. Mit Hilfe von Umschulungs- und anderen Maßnahmen waren diese Personen irgendwie wieder in den Arbeitsprozeß eingeordnet worden. Nach dem Ende des Krieges hielten es einige Länder immerhin für ihre moralische Pflicht, alle nur möglichen Maßnahmen zu treffen, um ihren kriegsbeschädigten Bürgern so schnell wie möglich zu helfen, wieder in eine lohnende berufliche Arbeit zu gelangen. Aber auch die Maßnahmen der Rehabilitation für Arbeitsunfallverletzte nahmen nach 1945 einen weiteren Aufschwung. In allen Ländern mit höher entwickelten Sozialleistungssystemen wurde der Anspruch auf Rehabilitation in mehr oder minder weitem Umfang zu einem Bestandteil der Entschädigungsgesetzgebung, wie bei der Arbeitsunfallversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Belgien, Frankreich, den Niederlanden, Portugal,

Bei einer grossen Anzahl von Patienten mit chronischen Hepatitiden, posthepatitischem Symptomenkomplex, Lebercirrhose und Fettleber, von denen bisher mehr als 500 Fälle ausgewertet werden konnten, wurde Legalon über 4–6 Wochen verabreicht. Die Verträglichkeit war ausgezeichnet. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Die Krankheitserscheinungen zeigten schon nach dieser verhältnismässig kurzen Zeit eine Regression von über 60%. Dies betraf nicht nur die klinischen Symptome, sondern auch die bioptischen Befunde und die durchgeführten Leberfunktionsproben. Diese Tendenz zur Normalisierung war besonders ausgeprägt bei den leberfunktionsspezifischen Transaminasen und der Bromsulphalein-Retention.

1 Dragée enthält 35 mg Silymarin
O.P. mit 80 Dragées, Anstaltspackung

Der günstige Verlauf von Leberkrankheiten beweist es:

mit LEGALON kommt man rasch und sicher zum Ziel.

Deshalb: der kranken Leberzelle

LEGALON®

LEGALON bietet erstmalig die Möglichkeit der protektiven und kurativen Beeinflussung der Leberzelle ohne Risiko von Nebenwirkungen.

LEGALON bessert klinische Symptome grundlegend und richtet leberspezifische biochemische Kriterien signifikant zur Norm aus.

LEGALON restituiert, stabilisiert und schützt die Integrität der Elementarmembranen, der funktionstragenden und -vermittelnden Bau- und Strukturelemente der Leberzelle.

LEGALON beeinflusst selbst schwerste toxische Schädigungen der Leberzelle in bisher nicht gekannter und vorstellbarer Weise günstig.

EINFÜHRUNG EINER ENTDECKUNG:

LEGALON bessert die Leberfunktion schützt vor Leberschäden

LEGALON steigert als Membranstabilisator die Funktionstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit der Leberzelle.

LEGALON bessert die Erfolgsaussichten der Lebertherapie entscheidend.

MADAUS

Dr. Madaus & Co., Köln am Rhein

Auszeichnung für Professor Dr. H. Sewering

Der Bundespräsident verlieh am 19. Juni 1969 Herrn Professor Dr. Hans J. SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Bayerischer Verdienstorden für Ärzte

Der Bayerische Ministerpräsident, Herr Dr. h. c. Alfons GOPPEL, hat am 9. Juni 1969 u. a. mit dem Bayerischen Verdienstorden ausgezeichnet:

Medizinaldirektor Dr. med. Bernhard KLÄSS, Mitglied des Bayerischen Senats, Fürth;

Professor Dr. med. Georg MAURER, Stadtrat, Direktor der Chirurgischen Klinik und des Klinikums rechts der Isar der Technischen Hochschule München.

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Rehabilitation

Der Begriff, seine Entstehung und Entwicklung

Von Adolf von Lippmann

Am 6. Februar 1969 wurde in Bonn eine Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ins Leben gerufen. Ihr gehören die Verbände der Renten-, Unfall- und Krankenversicherung ebenso an wie die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, die Länder, die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, der Deutsche Gewerkschaftsbund und die Deutsche Angestelltengewerkschaft. Die Arbeitsgemeinschaft hat sich zum Ziel gesetzt, die Rehabilitation noch wirksamer durchzuführen und alle Maßnahmen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation im Rahmen des geltenden Rechtes zu koordinieren und zu fördern. Weil hier offenbar Lücken bestehen, war in bestimmten Kreisen das Verlangen aufgekommen, eine Bundesanstalt für Rehabilitation zu errichten, in der alle einschlägigen Aufgaben zentral zusammengefaßt werden sollten. Aber eine solche Anstalt wäre wohl nur eine Notlösung, wenn sich endgültig herausstellen sollte, daß die bisherigen auf Teilgebieten damit befaßten Institutionen eine befriedigende Koordinierung und Durchführung der notwendigen Maßnahmen nicht herbeiführen können. Allerdings wird man nicht umhin können, festzustellen, daß man mit diesen Bestrebungen schon etwas spät daran ist. Es konnte niemandem in dem in Frage kommenden Bereich entgehen, daß die soziale Lage bei unserer so differenzierten Organisationsform der Sozialleistungsträger es keiner einzelnen Institution mehr erlaubt, auf einem Gebiet, wie dem der Rehabilitation — und auch einigen anderen — einen Alleinvertretungsanspruch geltend zu machen. So etwas war, wie sich deutlich herausgestellt hat, nur hinderlich und hat der Sache nicht gedient.

Was hat man nun aber unter Rehabilitation zu verstehen? Die Begriffsumschreibung ist immer noch schillernd und nicht ganz eindeutig. Rehabilitation ist ein Begriff, der auf der internationalen Ebene im Zusammenhang mit der Wiedereingliederung Körperbeschädigter in den Arbeitsprozeß entstanden ist. Die im angelsächsischen Sprachraum entstandene Bezeichnung umfaßt eigentlich nur die funktionelle und berufliche Wiederherstellung, d. h. eine medizinische bzw. orthopädische Nachbehandlung nach einem bestimmten Abschluß des Heilungsprozesses und daran anschließend eine Wiederanpassung an die vorher ausgeübte Tätigkeit oder, wenn diese infolge der Restschäden nicht mehr ausgeübt werden kann, die Umschulung für eine andere geeignete berufliche Tätigkeit. Heute ist man bereit, den Begriff der Rehabilitation viel weiter zu fassen, und zwar unter Einschluß der gesamten Heilmaßnahmen, die sogenannte medizinische Rehabilitation, zu der auch die medizinischen Maßnahmen der Nachbehandlung gerechnet werden, sowie die berufliche und soziale Wiederherstellung, zu der letzten Endes auch die Vermittlung in eine geeignete berufliche Arbeit gehört. In der internationalen Betrachtung gehört die Heilbehandlung bis zur Stabilisierung eines Zustandes, den man unter Berücksichtigung aller Umstände in gewissem Sinne als endgültig betrachten muß, nicht zur Rehabilitation im engeren Sinn, und zwar deshalb nicht, weil in jedem sozialen Entschädigungssystem der Anspruch auf die medizinische, d. h. physische Wiederherstellung wenigstens im Grundsatz verankert ist. Alle sozialen Entschädigungssysteme für Verletzung der körperlichen und geistigen Integrität sind auf der aus dem römischen Recht stammenden Formel der Naturalrestitution entstanden. Nur in dem Maße, in dem eine „restitutio ad integrum" nicht mehr möglich war, konnte die Entschädigung in einen Geldanspruch übergehen. Aber aus der sozialen Anschauung der Zeit und den anfänglich doch recht bescheidenen Mitteln der ersten Sozialleistungsträger waren zuerst nur bescheidene Maßstäbe an die physische Wiederherstellung gestellt worden. Im allgemeinen hatte man sich dabei begnügt, einen Heilungsprozeß herbeizuführen, ohne Rücksicht darauf, welche Schäden dabei geblieben sind, die einer weiteren Berufsausübung doch recht bedenklich im Wege stehen konnten. Allein aus dieser Lage heraus ist die Forderung nach einer Nachbehandlung entstanden, die schließlich zur ersten Stufe dessen geworden ist, was man mit Rehabilitation bezeichnet hat.

An sich ist es eine alte Erfahrung, daß ein körpergeschädigter Mensch nicht mehr ohne weiteres in der Lage ist, eine wirtschaftliche Tätigkeit auszuüben. Das

(Fortsetzung Seite 720)

PERSONALIA

Professor Dr. Wolfgang Laves 70 Jahre

Der langjährige Direktor des Institutes für gerichtliche Medizin und Versicherungsmedizin der Universität München, Professor Dr. Wolfgang LAVES, geboren am 22. Mai 1899 in Berlin als Sohn des Sanitätsrates Dr. Max Laves und seiner Ehefrau Valeska, geborene Lewandowsky, vollendete am 22. Mai 1969 sein siebzigstes Lebensjahr.

Nach dem Abitur am ehemaligen königlichen Prinz-Heinrichs-Gymnasium zu Berlin Kriegsdienst von 1917 bis 1919. Studium der Medizin an den Universitäten Berlin, Graz und München.

Staatsexamen und Promotion 1923 in Graz. Professor Laves begann seine Universitätslaufbahn am Institut für gerichtliche Medizin in Graz unter den Professoren Fritz Reuter und Walter Schwarzacher. Während dieser Zeit erhielt er auch eine klinische Ausbildung am Unfallkrankenhaus Graz unter der Leitung von Professor Wittek. Die Habilitation erfolgte 1928 in Graz mit der Arbeit „Über das Methämoglobin und sein Verhalten nach dem Tode". Neben einem Studium der Chemie war Professor Laves dann auch zur Fortbildung im Fach der gerichtlichen Medizin in Paris bei Balthazard und Piédeliévre. 1934 erfolgte seine Ernennung zum außerplanmäßigen Professor. Mit 20 anderen Hochschullehrern wurde Professsor Laves 1938 aus politischen Gründen aus dem Universitätsdienst in Graz entlassen. Von Mai 1938 bis September des gleichen Jahres war Professor Laves am Staatlichen Serotherapeutischen Institut unter Hofrat Professor Gerlach in Wien tätig. Anschließend war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter bei den Nordmark-Werken in Hamburg-Uetersen, am Asid-Serum-Institut in Berlin und Warschau und zuletzt bei den Hamma-Werken in Olmütz. Bei Kriegsende gelangte er mit dem Flüchtlingsstrom nach Niederbayern, wo er dann bis zu seiner Berufung im Jahre 1946 an die Universität München als Praktischer Arzt sich in Landshut niedergelassen hatte. Nach der kommissarischen Leitung des Münchener Institutes erfolgte im Jahre 1947 die Berufung auf den Lehrstuhl für gerichtliche Medizin an der Universität München unter Ernennung zum persönlichen Ordinarius. 1948 hat Professor Laves einen an ihn ergangenen ehrenvollen Ruf an die Universität nach Graz abgelehnt. Im Jahre 1952 wurde das Extraordinariat zu einem Ordinariat angehoben und Professor Laves zum planmäßigen ordentlichen Universitätsprofessor ernannt. In den Jahren 1951 und 1952 war Professor Laves zwei Jahre lang Dekan der Medizinischen Fakultät und 1953 Mitglied des Senats.

Auf wissenschaftlichem Gebiet galt das Interesse von Professor Laves vor allem histochemischen Problemen, Fragen der Unfallmedizin, den Veränderungen des Blutfarbstoffes bei Vergiftungen. Großes Interesse fanden die Arbeiten über die Anwendung von Enzymen zur Differenzierung weißer Blutzellen. Professor Laves hat eine einfache Methode zur Unterscheidung vitaler und postmortaler Plasma- und Serumveränderungen entwickelt. Anfang der sechziger Jahre hat Professor Laves nach eingehenden anatomischen Gefäßmessungen elektronisch gesteuerte Geräte zur Messung der Pulswellengeschwindigkeit erdacht und unter seiner Anleitung bauen lassen. Das im Jahre 1956 erschienene Werk „Der Straßenverkehrsunfall" hat den Jubilar weit über den ärztlichen Kreis hinaus bekannt gemacht. 1960 erschien der kleine Röntgenatlas der Verkalkung der Herzkranzschlagadern und 1965 zusammen mit Berg das Buch „Agonie". Professor Laves ist Mitbegründer der Zeitschrift „Blut" und Mitherausgeber der „Deutschen Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin" und der Zeitschrift „Blut".

Professor Laves ist Ehrenmitglied folgender wissenschaftlicher Gesellschaften: Società Italiana di Medicina Legale e di Medicina delle Assicurazioni — Société de Médecine Légale und de Médecine Sociale de France — Société Belge de Médecine Légale — British Association in Forense Medicine und Société Internationale de Médecine Légale u. a.

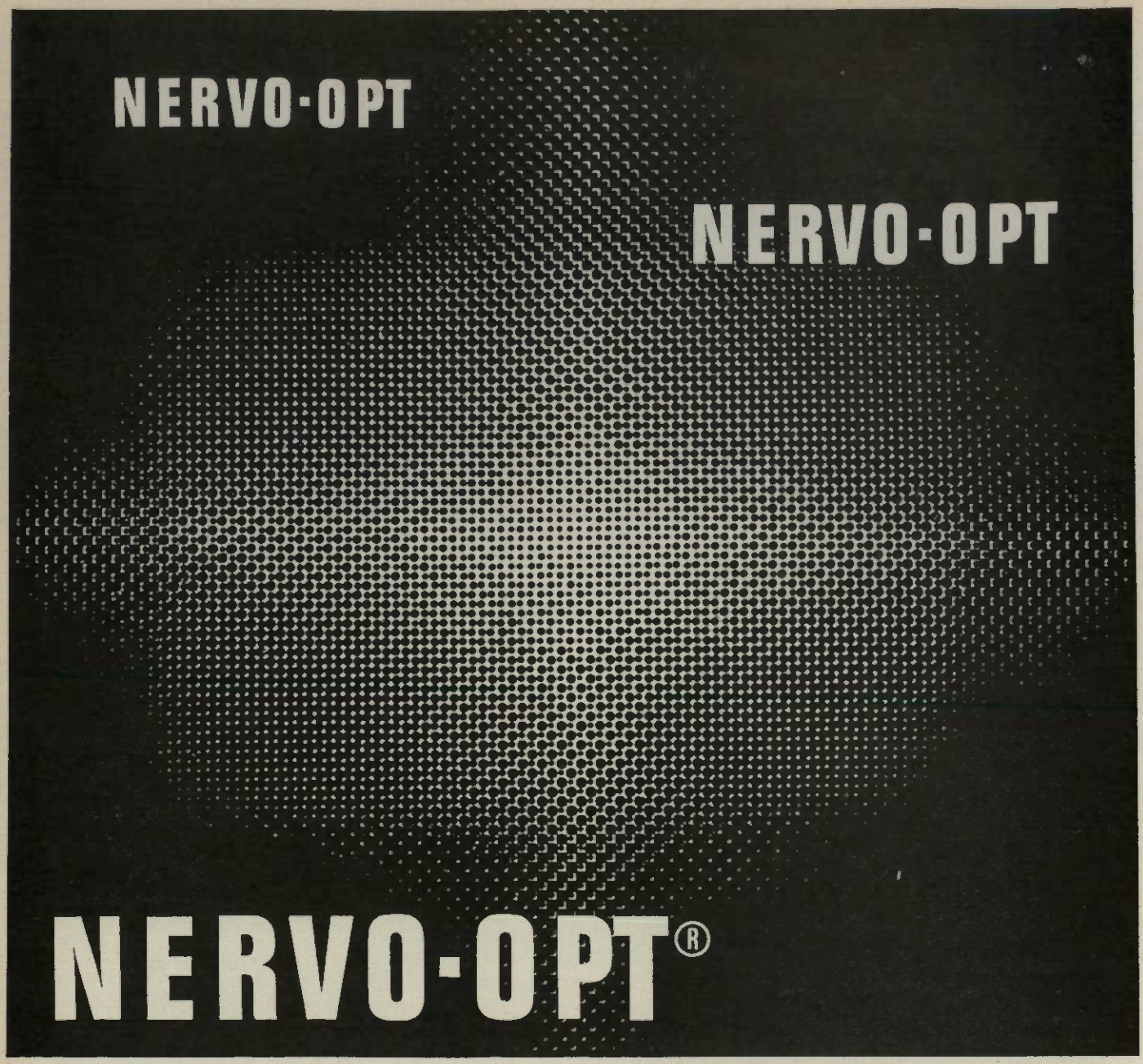
Professor Laves ist Professor honoris causa der Medizinischen Fakultät Madrid. Er ist Inhaber der Medaille der Medizinischen Fakultät Lüttich, der Medaille des Staates Sao Paulo, Brasilien, und Inhaber des Bayerischen Verdienstordens.

Professor Laves war für die Dauer von drei Jahren Mitglied des Bundesgesundheitsrates, und ist bis heute Mitglied des bayerischen Gesundheitsrates, er war als Berater des Bundesjustizministeriums für gerichtlich-medizinische Probleme in der Strafrechtsreform seit 1956 tätig.

Neben dem Fach gelten seine persönlichen Neigungen vor allem der klassischen Klaviermusik, der Grafik und insbesondere den modernen Sprachen. Aus seiner Schule sind hervorgegangen: Professor Dr. Jürg Im Obersteg, Ordinarius in Basel, der am Münchener Institut seine Habilitationsschrift verfaßte, Professor Dr. Spann, Ordinarius in Freiburg, Professor Dr. Berg, Ordinarius in Göttingen und Professor Dr. Jungwirth, Oberarzt und außerplanmäßiger Professor am Institut in München.

Seit September 1967 ist Professor Laves emeritiert und mit der Führung der Geschäfte des Lehrstuhles bis zur Wiederbesetzung beauftragt.

Dr. med. Othmar Baluschek, München



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

Schauenstein, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Schauenstein — 1600 Einwohner — ist ein freundliches Bergstädtchen im Frankenwald in schöner Lage mit schulischem und kommunalem Mittelpunkt, 17 km von der Stadt Hof entfernt. Höhere Schulen in Hof, Helmbrechts (5 km), Münchberg (15 km), Naila (8 km). Neu ausgebaute Wohn- und Praxisräume im zentral gelegenen Rathaus werden freigemacht. Weitere Räumlichkeiten stehen zur Verfügung. Gesicherte Existenzgrundlage.

Untersiemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker

Untersiemau hat ca. 1600 Einwohner und liegt 8 km von der Stadt Coburg entfernt, mit Bahn- und Busverbindung nach dort. Ein zweiter Arzt, der sich eine gesicherte Existenz gründen kann, wird dringend benötigt. Ein Haus, als Arzthaus geeignet, steht zur Verfügung.

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
Immenreuth: 1 Allgemeinpraktiker
Maxhütte-Haidhof-Leonberg—Teublitz (Ortsteil Teublitz): 1 Allgemeinpraktiker
Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker
Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Plößberg: 1 Allgemeinpraktiker
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, Landsbuter Straße 49, zu richten.

Schwaben

Altenmünster, Lkr. Wertingen: 1 Allgemeinpraktiker

Augsburg-Ortsteil 16 (Oberhausen-Süd): 1 Allgemeinpraktiker

Buch, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinpraktiker

Deiningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinpraktiker
Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.

Fellheim, Lkr. Memmingen: 1 Allgemeinpraktiker
Einzelarztsitz, gutfundierte Landpraxis.
Haus kann durch Kauf oder auf Rentenbasis erworben werden. Alle Mittelschulen sind in Memmingen (11 km) durch Bus- und Bahnverbindung erreichbar.

Friedberg bei Augsburg: 1 Allgemeinpraktiker
1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Königsbrunn, Lkr. Schwabmünchen: 1 Allgemeinpraktiker
Zusätzlicher Arztsitz zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung.

Markt Wald, Lkr. Mindelheim: 1 Allgemeinpraktiker
Praxisaufgabe steht bevor.

Möttingen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinpraktiker

Zusmarshausen, Lkr. Augsburg: 1 Allgemeinpraktiker
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Frohsinnstreße 2, zu richten.

Unterfranken

Aidhansen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemeinpraktiker
Praxisaufgabe steht bevor.

Bastheim, Lkr. Mellrichstadt: 1 Allgemeinpraktiker

Großostheim, Lkr. Aschaffenburg: 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

Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemeinpraktiker
Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

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

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

Therapie der Magen- und Darmkrankheiten

Therapie der Herz- und Kreislaufkrankheiten

Probleme der medikamentösen Geburtenregelung

steht unseren Kollegen **kostenlos** zur Verfügung.

Die Kassenärzte Bayerns 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.

beiden Städten befinden sich alle höheren Schulen. Die Gemeinde, in der rege Bautätigkeit herrscht, ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich. Es käme auch eine Niederlassung in dem mit Hegnabrunn zusammengebauten Eisenbahnknotenpunkt Neuenmarkt (knapp 2000 Einwohner, 1 Arzt in Neuenmarkt niedergelassen) in Frage. In beiden Orten sollte sich eine gute Existenz aufbauen lassen.

Hiltpoltstein, Lkr. Forchheim: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)
Der zum 1. 10. 1969 frei werdende Arztsitz Hiltpoltstein bietet eine gesicherte Existenz. Der landschaftlich reizvoll gelegene Marktflecken in der Fränkischen Schweiz hat ca. 700 Einwohner und großes Einzugsgebiet. Die Marktgemeinde Hiltpoltstein bietet Wohn- und Praxisräume in einem modernen Neubau an.

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)
Der durch altersbedingtes Ausscheiden des Inhabers frei gewordene Arztsitz muß wieder besetzt werden. Die Räume des bisherigen Praxisinhabers stehen zur Verfügung. Im Herbst frei werdende Wohn- und Praxisräume im Sparkassenneubau werden ebenfalls bereitgehalten. Hohenberg ist ein landschaftlich schön gelegenes Städtchen.

Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker
In der Stadt Kulmbach, mit ca. 23 000 Einwohnern, wird ein weiterer Praktiker benötigt. Kulmbach hat alle höheren Schulen am Ort.

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)
Leupoldsgrün — 1000 Einwohner — ist 8 km von der Stadt Hof entfernt. Hof hat alle höheren Schulen. Es handelt sich um die Wiederbesetzung des seit längerer Zeit verwaisten Arztsitzes. Die Gemeinde bietet Hilfe bei der Bereitstellung von Wohn- und Praxisräumen.

Ludwigsstadt, Lkr. Kronach: 1 Allgemeinpraktiker
Ludwigsstadt ist ein freundliches Städtchen mit ca. 3000 Einwohnern und Einzugsgebiet im Frankenwald. Es handelt sich um die Wiederbesetzung des durch Ableben des Praxisinhabers frei gewordenen zweiten Kassenarztsitzes. Eine gesicherte Existenzgrundlage ist gegeben. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung.

Marktschorgast, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker
Im Marktflecken Marktschorgast, reizvoll an einem Badesee gelegen, soll die infolge Ablebens des Inhabers frei gewordene Praktikerstelle wieder besetzt werden. Sie bietet eine gesicherte Existenz. Alle höheren Schulen in Kulmbach und Bayreuth sind verkehrsgünstig zu erreichen. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung.

Neustadt, Lkr. Coburg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Die kreisfreie Stadt Neustadt bei Coburg hat ca. 12 500 Einwohner und liegt ca. 15 km von der Stadt Coburg mit allen höheren Schulen und Polytechnikum entfernt. In Neustadt befindet sich ein naturwissenschaftlich-neusprachliches Gymnasium (Abitur) und eine staatliche Realschule. Es handelt sich um die Wiederbesetzung der durch Ableben des Inhabers frei gewordenen Augenarztstelle, die eine ausgezeichnete Existenz bietet. Belegbetten in Privatklinik am Ort. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Temperatur elektronisch messen

mit Thermophil M 101:

1. Die elektronische Messung erfolgt in Sekunden, oral oder rektal (wahlweise mit Hygieneschutz).
2. Zeitsparende und einfache Handhabung für den Arzt und seine Helfer.
3. Besonders für große, fortschrittliche Praxen sowie Kinderärzte und -Kliniken, Betriebs- sowie Vertrauensärzte geeignet.
4. Thermophil M 101 ist das erste amtlich zugelassene Fieberthermometer. Jedes Gerät ist amtlich geeicht.

Thermophil M101

Anrechtschein

Wir legen Wert darauf, daß Sie das Tharmophil M 101 in Ihrer Praxis in aller Ruhe erproben können.

Gegen Einsendung dieses Abschnittes senden wir Ihnen ein fabrikneues Gerät für 14 Tage kostenlos und unverbindlich – oder eine ausführliche Information mit Preisangebot.

Bitte senden an:

Ultrakust Gerätebau 8375 Ruhmannsfelden

Stempel erbeten

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bad Windsheim, Lkr. Uffenheim: 1 Allgemeinpraktiker
Fünfte Kassenarztstelle für einen Praktischen Arzt in einem Heilbad mit 9000 Einwohnern.

Bad Windsheim, Lkr. Uffenheim: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Die bisherige einzige Augenarztpraxis am Ort ist durch Tod des bisherigen Praxisinhabers nicht mehr besetzt. Belegmöglichkeit am Krankenhaus der Stadt Windsheim ist gegeben.

Bubenreuth, Lkr. Erlangen: 1 Allgemeinpraktiker
Zweiter Kassenarztsitz in einer Gemeinde mit 3500 Einwohnern, in unmittelbarer Nähe der aufstrebenden Universitätsstadt Erlangen.

Hersbruck: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Durch Verzicht frei gewordener, alter Kassenarztsitz. Belegmöglichkeit am Kreiskrankenhaus Hersbruck ist gegeben.

Nassenfels, Lkr. Eichstätt: 1 Allgemeinpraktiker
Einzelarztsitz mit großem Hinterland.

Nürnberg, Ortsteil Langwasser: 1 Allgemeinpraktiker
Fünfte Kassenarztstelle für einen Praktischen Arzt in der zur Zeit 25 000 Einwohner zählenden und ständig wachsenden Trabantenstadt Nürnberg-Langwasser.

Scheinfeld: 1 Allgemeinpraktiker
Durch Tod frei gewordener dritter Arztsitz in einer Kreisstadt.

Weidenbach-Triesdorf: 1 Allgemeinpraktiker
Zweite Kassenarztstelle an einem Ort mit großem Einzugsgebiet.

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

Niederbayern

Diepoltskirchen, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um eine durch Tod des einzigen dort niedergelassenen Allgemeinpraktikers frei gewordene Kassenarztstelle. Diepoltskirchen umfaßt ein Einzugsgebiet von etwa 4000 Einwohnern.

Fürstenstein, Lkr. Passau: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um eine durch Tod eines Allgemeinpraktikers frei gewordene Kassenarztstelle. Fürstenstein hat etwa 3500 Einwohner. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

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.

Perlesreut, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker
In Perlesreut, das über ein großes Einzugsgebiet verfügt, kann die umfangreiche Praxis eines Kollegen, der am 1. Oktober 1969 in den Ruhestand tritt, übernommen werden. Ein zweiter Allgemeinpraktiker ist am Ort niedergelassen.

Wurmannsquick, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinpraktiker
In Wurmannsquick, das ein Einzugsgebiet von etwa 3500 Einwohner umfaßt, wird durch Wegzug des einzigen dort tätigen Allgemeinpraktikers zum 1. Juli 1969 eine Kassenarztstelle frei.

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

Es besteht die Möglichkeit, am Krankenhaus Belegbetten zu erhalten.

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

Oberbayern

Langengeisling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

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

Oberfranken

Bad Steben, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker
Im bayerischen Staatsbad Bad Steben (bedeutendes Radiumbad) wird ein weiterer Praktischer Arzt benötigt, der sich eine gesicherte Existenz gründen kann. Die Genehmigung zur Führung des Titels „Badearzt" oder „Kurarzt" wäre von Vorteil. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Coburg: Facharzt für Kinderkrankheiten
Es handelt sich um die dritte derzeit verwaiste Kinderfacharztstelle in der Stadt Coburg mit ca. 42 000 Einwohnern, guten kulturellen Einrichtungen, u. a. Theater, und allen höheren Schulen, Polytechnikum. Eine gesicherte Existenz ist zu erwarten. Gute Verkehrsverhältnisse, direkte Verbindung nach München.

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)
Hegnabrunn ist ein aufstrebender Industrieort mit 1000 Einwohnern und Einzugsgebiet. Er liegt verkehrsgünstig zwischen den Städten Bayreuth (ca. 15 km Entfernung) und Kulmbach (ca. 10 km Entfernung). In

22. Bayerischer Ärztetag
vom 17. bis 19. Oktober 1969 in Amberg

Gleichmäßig intensive Wirkung

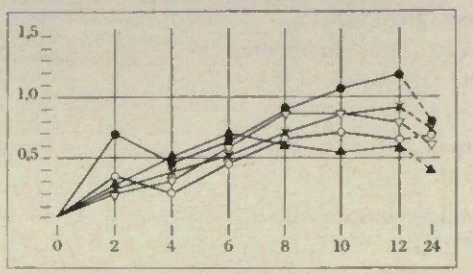
über lange Zeit

bei praktikabler Dosierung

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

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

Ronicol retard läßt nach einmaliger Applikation den Wirkstoffspiegel im Plasma 12 Stunden lang ansteigen und verhütet so therapiefreie Stunden

Ronicol® retard

ein Depotpräparat besonderer Art

zur sinnvollen Therapie

der Cerebralsklerose

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

Ronicol®

Klar

Hell

Weit

Weite des Horizontes

Klarheit des Denkens und Fühlens

dem alternden Menschen zu erhalten

ist vornehmstes Ziel der

Therapie der Cerebralsklerose

mit Ronicol® retard

Scipio Africanus (235 bis 183 v. Chr.

ches Gebiet, das Dreiecksverhältnis Arzt — Krankenkasse — Kassenpatient, konnte in diesem Rahmen keinesfalls erschöpfend behandelt werden. Eine weitere Besprechung schlug deshalb Dr. von BRENTANO unter Beteiligung von Juristen und Medizinern zu einem späteren Termin vor.

Das „Vertreterproblem" sowie allgemeingültig abgefaßte Formulare zur Einwilligungserklärung der Patienten für bevorstehende Eingriffe, wie sie manche Krankenhäuser, vor allem chirurgische Kliniken, bereits eingeführt haben, waren weitere Gegenstände der Diskussion.

Der gesamte Verlauf der Vortrags- und Diskussionsabende gab viele Anregungen zum Nachdenken und zum weiteren Diskutieren unter Beteiligung beider „Seiten".

Dr. med. Thea Müller-Kamerhuis, München

Film:

Mechanismen und Klinik des Hochdrucks

Unter dem Titel „Mechanismen und Klinik des Hochdrucks" hat die Pharmazeutisch-Wissenschaftliche Abteilung der Farbenfabriken BAYER einen neuen medizinischen Fortbildungsfilm herausgebracht, der am 29. 5. 1969 in der Berliner Kongreßhalle im Rahmen des 18. Deutschen Kongresses für ärztliche Fortbildung uraufgeführt wurde.

Der Film geht von der Erkenntnis aus, daß die Herz- und Gefäßerkrankungen nach wie vor überaus häufige Todesursachen sind, wobei der Hochdruck eine besondere Rolle spielt. Anhand von Experimenten und klinischen Befunden behandelt der Film die Mechanismen, die zur Entstehung der Hochdruckkrankheit führen:

die Reaktion des Blutdrucks, sowohl auf physische als auf psychische Belastung,
die Prädisposition zum Hochdruck und den experimentellen Nachweis einer Überempfindlichkeit auf Vasopressorreize durch den Cold pressure Test,
hormonelle Einflüsse, die den Blutdruck steigern,
die neurogenen Reize,
Salze und
die Rolle der Nieren.

Obwohl die Forschung das Verständnis von Teilmechanismen nähergebracht hat, sind Pathogenese und Ätiologie des Hochdrucks im wesentlichen noch nicht geklärt, vor allem, was den essentiellen Hochdruck anbelangt. Trotzdem kann heute — wie der Film zeigt — der Hochdruck therapeutisch günstig beeinflußt und seine Progression verhindert werden.

Herstellung: Dr. Norman P. SCHENKER im Rahmen der Forschungs- und Dokumentarfilm Irmgard E. Künzli, München.

Verleih: BAYER Leverkusen, Pharmazeutisch-Wissenschaftliche Abteilung.

Neuwahl im Bezirksverein Mittelfranken des Hartmannbundes

Am 21. 5. 1969 wurde anstelle des zurückgetretenen Herrn Dr. S. v. FORSTER, Nürnberg, zum Vorsitzenden des Bezirksvereins Mittelfranken Herr Dr. H. GÜNTHER, Nürnberg, Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten, gewählt.

Die Wahl für den Stellvertreter des Bezirksvereins fiel auf Herrn OMR Dr. O. SCHERBEL, Erlangen.

Außerdem wurde in sämtlichen Kreisvereinen Mittelfrankens die Neuwahl der Obleute per Briefwahl durchgeführt.

Hans-Liniger-Preis

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V. hat einen Hans-Liniger-Preis in Form einer Urkunde und einer Prämie in Höhe von DM 2000,— gestiftet. Der Preis wird in Form eines „Leistungsausschreibens" für die beste eingesandte Arbeit aus den Gebieten der Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin verliehen.

Der Einsendeschluß für die diesmalige Ausschreibung ist der **1. Oktober 1969.**

Die Arbeiten sind in drei Exemplaren an den Federführer des Preisrichterkollegiums, Herrn Professor Dr. WITT, 8000 München 90, Orthopädische Universitätsklinik, einzusenden.

Die Bestimmungen für die Beteiligung sind bei dem 1. Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Professor Dr. Jörg REHN, 4630 Bochum, Krankenanstalten „Bergmannsheil", Cbirurgische Klinik, anzufordern.

Polio-Impfstoffe

Mitteilung der Bayer AG

Poliomyelitis-Impfstoffe stellen einen bedeutenden Faktor im Rahmen der Volksgesundheit dar. Wir haben seinerzeit mit der Einführung der parenteralen und oralen Polio-Impfstoffe „Bayer" dazu beigetragen, daß die gefürchtete Poliomyelitis heute in der Bundesrepublik nur noch vereinzelt vorkommt.

Im wesentlichen sind heute nur noch Auffrischungs- sowie Erstimpfungen von Kleinkindern notwendig. Der Impfstoffbedarf hierfür kann durch die übrigen Impfstofflieferanten voll abgedeckt werden. Aus diesem Grunde haben wir uns entschlossen, den Vertrieb unseres gesamten Polio-Impfstoffsortiments nach Ausverkauf unserer Bestände, Ende Juni 1969, einzustellen.

Das parenterale und orale Virelon®-Sortiment der Behring-Werke AG, Marburg a. d. Lahn, entspricht in seiner Zusammensetzung unseren Polio-Zubereitungen. Wir empfehlen daher, im Bedarfsfalle diese Präparate zu verwenden.

Sinupret®
schließt eine therapeutische Lücke
bei Sinusitiden
BIONORICA KG NÜRNBERG

der in Zunahme begriffenen Hepatitis epidemica. Besonders wichtig ist die Familien- und Umgebungsprophylaxe, die in verschiedenen Bundesländern von seiten der Kassen und des öffentlichen Gesundheitsdienstes getragen wird. Die frühzeitig vorgenommene Prophylaxe entfaltet eine volle Schutzwirkung bei der Dosierung von 0,02 bis 0,1 ml pro kg Körpergewicht. Weitere Indikationen für Immunglobuline sind das Antikörpermangelsyndrom und septische Prozesse, vor allem bei chemotherapie-resistenten Patienten.

In Zukunft werden die sogenannten Hyperimmunglobuline eine zunehmende Bedeutung und Anwendung finden. Es handelt sich dabei um Antikörper, die von mehrfach aktiv immunisierten Menschen, die so in das Stadium der Hyperimmunisation gelangen, durch wiederholte Injektion von Antigenen gewonnen werden.

Von großer Bedeutung ist auch die Erkenntnis, daß es mit Hilfe des Anti-Rh(D)-Globulins gelingt, in den meisten Fällen eine Sensibilisierung der Schwangeren bei bestehender Rh-Inkompatibilität zu verhindern. Es handelt sich hierbei um ein Ig G-Globulin, welches in der Dosierung von 200 Mikrogramm die Erythrozyten bis zu 2 ml fötalen Blutes auszuschalten vermag.

(Fortsetzung folgt)

Der Arzt und das Recht

Ein wissenschaftlicher Abend im BAYER-Haus, München

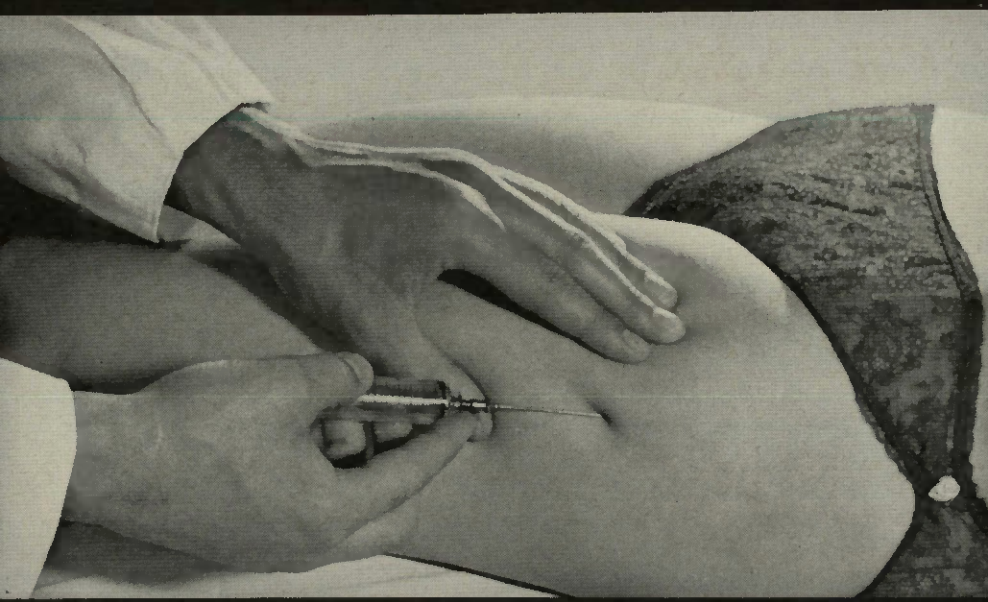
„Der Arzt und das Recht" lautete das Thema eines Vortragsabends, zu dem das BAYER Pharma-Büro am 7. Mai 1969 im Rahmen seiner wissenschaftlichen Abende ins BAYER-Haus einlud. Die große Teilnehmerzahl gab dem Veranstalter recht in der Annahme, daß dieses etwas außergewöhnliche Thema großes Interesse hervorrief.

Senatspräsident Josef MATTMER, der die „strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes" darlegte, entfaltete ein breites Spektrum von Möglichkeiten, in denen der Arzt mit den Gesetzen in Konflikt geraten kann. Er ging von der Ansicht aus, daß der Arzt in der Entscheidung über die Ausübung seines Berufs grundsätzlich frei ist, er also die Behandlung eines Patienten auch ablehnen kann. In Ausnahmefällen, z. B. wenn der Patient bereits in seiner Behandlung steht und ein weiteres Ereignis hinzutritt, trifft ihn eine sogenannte „Garantenstellung", die in der Unterlassung als fahrlässige Körperverletzung oder fahrlässige Tötung angesehen werden kann. Die Garantenstellung trifft auch auf den Bereitschaftsdienst zu. Bei Unglücksfällen trifft den Arzt in aller Regel eine Hilfeleistungspflicht. Für den naturwissenschaftlich denkenden Arzt ist die Tatsache, daß die derzeitige Rechtsprechung jeden ärztlichen Eingriff, auch den kunstgerechten und erfolgreichen, als Körperverletzung ansieht, immer wieder schwer verständlich. Aber sie zeigt, daß nicht nur Unterlassung, sondern auch positives Handeln, strafbar sein kann. Über die Art der Einwilligung des Patienten und ihren Umfang sollte sich jeder Arzt vor jedem Eingriff, vor allem aber vor Beginn einer Operation, deren Verlauf weitere Eingriffe zwingend machen kann, Gedanken machen. Wenn nicht vorhersehbare Erkenntnisse neue Entscheidungen vom Arzt erfordern, sollte sein Handeln nicht durch zu eng begrenzte Einwilligungserklärungen des Patienten gehemmt sein. Auch bezüglich der Diagnose hat der Arzt dem Patienten gegenüber sich einer Aufklärungspflicht zu entledigen. Nur schwerwiegende Gegenindikationen, meist auf psychischer Ebene, entbinden ihn davon. Dieser Punkt war im weiteren Verlauf des Abends noch Gegenstand der Erörterungen. Auch über die rechtliche Stellung des Arztes, der zu Eingriffen an Bewußtlosen oder an Kindern — aus medizinischen Gesichtspunkten — gezwungen ist, referierte der Vortragende eingehend. Wird einem Arzt eine Pflichtverletzung zum Vorwurf gemacht, so erwächst ihm daraus eine strafrechtliche Verantwortung jedoch nur, wenn die Tatbestände auf Fahrlässigkeit schließen lassen. Das Ausmaß der notwendigen Sorgfalt wird auf den Durchschnittsarzt der in Betracht kommenden Berufsgruppe und auf die tatsächliche Situation abgestimmt. In seinem Schlußwort meinte der Senatspräsident, er wolle dem Arzt mit seinen Ausführungen keineswegs den Mut zur Verantwortung nehmen, sondern wolle nur aufklärend wirken, damit sich jeder Arzt der strafrechtlichen Situation bewußt sei und sich rechtzeitig ausreichend absichere.

Landgerichtsrat Paul KURBEL sprach anschließend über „Medizinisch-juristische Probleme aus der ärztlichen Praxis". Er wies zunächst darauf hin, daß die Zahl der Probleme fast unbegrenzt sei, da beinahe jede Handlung bzw. Unterlassung des Mediziners bereits einen juristischen Tatbestand erfülle. Die Lösung der Probleme gestalte sich deshalb so schwierig, weil Mediziner und Juristen in völlig verschiedenen Welten, nämlich im Reich der Naturgesetze und im Reich der Rechtsnormen, handeln und denken.

Es wurde die grundsätzliche Stellung des Arzt-Patienten-Verhältnisses skizziert. Der Behandlungsvertrag, die Arztleistung ohne Vertrag als „Geschäftsführung ohne Auftrag" wurden erörtert. Anhand der Rechtsprechung wurden die Fahrlässigkeit und der sogenannte Kunstfehler des Arztes behandelt. Kurbel wies auf die neue Rechtsprechung hin, die eine Umkehrung der Beweislast für den Arzt bringt, wonach der Arzt nachweisen muß, daß ein grober Verstoß gegen die „anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst" n i c h t als Ursache für einen eingetretenen Schaden in Betracht kommt. Auch der zweite Referent widmete der Aufklärung des Patienten über die Art der Heilbehandlung breiten Raum. Bemerkenswert und für die heutige Zeit symptomatisch war dabei die deutliche Tendenz, auch einem unvernünftigen, verständnislosen Willen des Patienten voll en Persönlichkeitsschutz zu gewähren. In der sich anschließenden, sehr lebhaften Diskussion gingen die Meinungen der Mediziner und die der Juristen bezüglich der „barmherzigen Lüge" oft weit auseinander. Ein weiteres, sehr problemrei-

Zellulitis?



Die Zellulitis ist eine häufige Krankheit. Allerdings wird sie in vielen Lehrbüchern kaum erwähnt, obwohl Sie fast täglich in Ihrer Praxis damit zu tun haben.

Histologisch nachgewiesen wurde dieses Krankheitsbild erstmals im Jahre 1904 von Stockmann.

Neuere Veröffentlichungen ordnen die Zellulitis (Pannikulose) dem Formenkreis des Weichteil-Rheumatismus zu.

Frühestes Zeichen der Zellulitis ist das positive Orangenhaut-Phänomen: Die Haut zeigt beim Zusammenschieben eine runzlige Struktur mit punktförmigen Einziehungen.

Besonders im Bereich der Hüften und Oberschenkel verunstalten die zellulitischen Veränderungen die Haut. Sie sind mit erheblichen Mißempfindungen und Schmerzen in den betroffenen Gliedmaßen verbunden.

Zellulitis (Pannikulose) wird mit Verteiler-Enzymen vom Typ Isomucase behandelt; mit Ampullen zur sc.-Injektion, Suppositorien und Creme.

Nach sechs- bis achtwöchiger Therapie verschwindet das Orangenhaut-Phänomen, die zellulitischen Infiltrate gehen zurück und die Beschwerden klingen ab.

Gern senden wir Ihnen ausführliche Literatur, Prospekte und Muster zu.

ISOMUCASE

Die testikuläre Hyaluronidase, die den Stoffwechsel des Bindegewebes reguliert

Prof. Dr. H. Fleischhacker Wien

Dr. H. Geering Oberursel

Zur serologischen Diagnostik des Lupus erythematodes und der Kollagenosen wird der Konsumptions-Test und die Immunofluoreszenztechnik als globaler Zellkern-Autoantikörper-Nachweis sowie der Bentonit-Test zum Nachweis von Autoantikörpern gegen Desoxyribonukleinsäure verwendet.

Für die Diagnostik rheumatischer Herzerkrankungen sind zwei Typen von Gewebsantikörpern bedeutend, nämlich die Antikörper gegen Antigene des Herzmuskels sowie Kollagenantikörper und Antikörper gegen Streptokokkenprodukte. Gewebsantikörper können sehr häufig bei Fällen mit akutem rheumatischen Fieber, aber auch bei rheumatischem postendokarditischen Vitium im klinisch-aktiven Stadium gefunden werden.

Die Differentialdiagnose zwischen primär biliärer Zirrhose und einem langdauernden Verschlußikterus sowie die Diagnose der sogenannten lupoiden Hepatitis kann durch positive Immunofluoreszenzbefunde unterstützt werden. In fast 90 Prozent der Fälle mit primär biliärer Zirrhose finden sich nicht-organspezifische Antikörper gegen Mitochondrien.

Auch bei Schilddrüsenerkrankungen können Antikörper gefunden werden, und zwar gegen Thyreoglobulin, gegen mikrosomale Schilddrüsenantigene und, allerdings seltener, gegen Kolloid. Auch die idiopathische Nebenniereninsuffizienz wird, wie z. B. die HASHIMOTO-Thyreoiditis und der idiopathische Hypoparathyreoidismus, mit autoallergischen Vorgängen in Zusammenhang gebracht.

Bei Myasthenie können in rund der Hälfte der Fälle Autoantikörper gegen Muskelantigene nachgewiesen werden. Bei pernizlöser Anämie können Antikörper gegen den Intrinsic-Faktor oder aber Autoantikörper gegen ein Antigen der Belegzellen in der Magenschleimhaut gefunden werden.

Herr Professor Steffen betonte die Auffassung, daß die Methodik der klinischen Immunologie ein neues und vielfältig verwendbares Hilfsmittel der Diagnostik darstellt, das sich bei guter Zusammenarbeit zwischen Kliniker und klinischem Immunologen mit bestem Gewinn für den Patienten ausnützen läßt.

Herr Dr. H. GEERING, Oberursel, referierte über das Thema **„Prophylaxe und Therapie mit Immunglobulinen"**.

Die Möglichkeit, für die Prophylaxe und Therapie Globuline mittels Fraktionierung zu gewinnen, ist schon mehr als zwanzig Jahre alt. So kann aus 450 ml Vollblut eine Konzentration der γ-Globuline in 5 ml hergestellt werden. Die protektive Wirkung der γ-Globuline gegenüber virogenen und bakteriellen Erregern bzw. deren Stoffwechselprodukten ist im Tierexperiment ebenso wie am Menschen ausreichend bewiesen. Die γ-Globulin-Präparate bestehen vorwiegend aus Ig G-Globulinen und stehen als 16%ige Eiweißlösung in fast 100%iger Reinheit zur Verfügung. Ihre Injektion muß streng intramuskulär vorgenommen werden. Bei Kindern sollten nicht mehr als 5, bei Erwachsenen nicht mehr als 10 ml an einer Stelle intraglutäal verabreicht werden. Kurz vor der Injektion kann das γ-Globulin mit 1 ml einer 1- oder 2%igen Novocain-Lösung ohne Vasokonstringens gemischt werden, um empfindlichen Patienten eine gelegentlich vorkommende passagere Schmerzreaktion zu ersparen. Das Antikörper-Mosaik einzelner Chargen von γ-Globulin kann bei beschränkter Spenderzahl abhängig sein vom Durchseuchungsgrad der Bevölkerung bzw. gewissen örtlichen Schwankungen unterliegen. Man versucht, eine gewisse Stabilität im Antikörper-Spektrum durch große Spenderkollektive bis zu 1000 Blutspendern zu erreichen. Der volle Wirkungseintritt injizierter γ-Globuline beginnt nach einigen Stunden. Die totale Resorption ist nach 48 Stunden vollzogen.

Die Prophylaxe mit γ-Globulinen hat bei Viruskrankheiten die größte praktische Bedeutung erlangt. Die Anwendung ist besonders wirksam, bevor sich die Viren an entsprechende Zellen fixiert haben. Bei der Gabe von γ-Globulinen muß man also den Zeitpunkt der Infektionskrankheit und das Ausmaß des gewünschten Schutzes berücksichtigen. Aus experimentellen Studien weiß man, daß die Zufuhr protektiver Antikörper bei Tierkollektiven den Ausbruch einer Krankheit völlig unterdrücken kann. Hierdurch wird die Entwicklung einer aktiven Immunisierung durch den Erreger ausgeschlossen. Je später man mit Immunglobulinen bei einer ablaufenden Inkubationszeit einsetzt, desto mehr kann sich der Organismus aktiv immunisieren. Es wird dann der erwünschte Verlauf der Mitigierung erreicht, d. h., die Krankheit wird nicht mehr völlig unterdrückt.

In klassischer Form läßt sich dieser Vorgang in allen Übergängen nach der Gabe von Immunglobulinen bei Masern erweisen. Die Erfolge der Behandlung bei Varizellen sind umstritten, weshalb man bei normalen Kindern wegen des meist leichten Krankheitsverlaufes nichts unternimmt. Der Herpes zoster bedarf der Zufuhr von Immunglobulinen nur bei besonders alten Leuten und der Sonderform am Auge. Bei Rubeolen, die oft erst nach mehrfacher Exposition angehen, ist die γ-Globulin-Gabe weniger bei der Erkrankung als vielmehr zur Verhinderung deletärer Fruchtschäden bei der Schwangerschaft erforderlich. Rötelninfektion der Schwangeren innerhalb der ersten 4 Wochen läßt in zwei Drittel der Fälle Fruchtschäden erwarten, wie Wachstumsstörungen und verminderte Geburtsgewicht. In den Wochen 1 bis 5 kann doppelseitiger Katarakt sowie Pseudoretinitis pigmentosa, in den Wochen 9 bis 12 Innenohrtaubheit erwartet werden, weiterhin finden sich Störungen in der Zahnleistenentwicklung sowie angeborene Herzfehler und Mikrozephalie. Bei dieser wichtigen Indikation sollte man daher pro kg Körpergewicht 1 ml γ-Globulin, mindestens aber 40 ml, innerhalb weniger Tage nach der vermuteten Exposition geben. Wichtig erscheint die γ-Globulin-Prophylaxe auch bei

aufzunehmen, in sich einzubauen und dann in die regionalen Lymphknoten zu transportieren, wo sie die Antikörperproduktion anregen. Weiterhin sammeln sie sich am Orte der Antigeneinwirkung in Form von Rundzelliinfiltraten an und wandeln sich entsprechend dem Bedarf in Histiozyten, Fibrozyten und Plasmazellen um.

Die spezifische humorale Abwehr wird durch Immunglobuline gewährleistet. Wir unterscheiden als größte Gruppe der Immunglobuline die Ig G, weiterhin die Ig A, die Ig M, die Ig D, Ig E, Ig U und Ig L. Die einzelnen Immunglobuline weichen hinsichtlich ihrer physikalischen und chemischen Struktur sowie ihrer spezifischen Antikörperhaftstellen voneinander ab.

Die Synthese der Autoantikörper, die mit Antigenen reagieren, die im Organismus des Antikörperbildenden selbst vorkommen, soll in anormalen Antikörper produzierenden Fällen vor sich gehen. Die Entstehung der sogenannten „verbotenen Klone" wird entweder bewirkt durch Neumutation im Bereiche des immunologisch kompetenten Gewebes oder es erwachen genetisch abweichende schlummernde Zellverbände, die von der Mutter herstammen und nunmehr anormale Globulinfraktionen produzieren.

Zu den natürlichen, autosomal dominant vererblichen Antigenen gehören die Blutgruppen-Antigene A und B. Weiterhin gibt es Leukozyten- und Thrombozyten-Isoagglutinine, Leukozyten-Gruppenantigene sowie Thrombozyten-Antigene.

Als Möglichkeiten der Immunparalyse, d. h., unerwünschte Immunreaktionen zu unterdrücken, wurden die Röntgenbestrahlung sowie die Anwendung der Immunsuppressiva erwähnt. Unter letzteren wurden Imuran, Aktinomyzin C und die Kortisolderivate genannt.

Herr Professor Dr. C. STEFFEN, Wien, behandelte in seinem Referat die **„klinische Immunologie als diagnostisches Mittel bei Autoimmunopathien"**.

Viele chronisch verlaufende und mit der Bezeichnung „idiopathisch" versehene Krankheiten sind in den letzten Jahren als Autoimmunopathien erkannt und definiert worden. Man versteht darunter ganz allgemein Erkrankungsformen, bei denen Autoantikörper nachweisbar sind. Den Ausdruck Autoaggressionskrankheit sollte man nur gebrauchen, wenn den Autoantikörpern eine pathogenetische Bedeutung für die Entstehung oder den chronischen Verlauf einer bestimmten Erkrankung zukommt. Autoantikörper sollten nicht grundsätzlich als schädigendes Agens angesehen werden. Von Fall zu Fall hat man zu unterscheiden, ob Autoantikörper lediglich als Symptom der Krankheit, z. B. als Folge von Gewebsuntergang, oder als eine Krankheitsursache aufzufassen sind.

Die Autoimmunopathien können in drei große Gruppen eingeteilt werden:

1. Autoimmunopathien mit dem vorwiegenden Auftreten von nicht-organspezifischen Autoantikörpern (z. B. Lupus erythematodes, Kollagenosen, rheumatische Gewebs- und Herzerkrankungen, lupoide Hepatitis, primär biliäre Zirrhose).

2. Autoimmunopathien mit dem vorwiegenden Auftreten von organspezifischen Autoantikörpern (z. B. Schilddrüsenerkrankungen, idiopathischer Morbus ADDISON, perniziöse Anämie, Colitis ulcerosa, Myasthenie).

3. Immunhämatologische Autoaggressionskrankheiten (z. B. erworbene hämolytische Anämie, Immunogranulozytopenie, Immunothrombozytopenie).

Bei der primär-chronischen Polyarthritis können zwei Arten von Autoantikörpern nachgewiesen werden, nämlich die Rheumafaktoren und die Kollagenautoantikörper. Die Autoantikörper sind im Gelenkspunktat von Fällen mit primär-chronischer Polyarthritis häufiger und stärker positiv als im Serum zu finden. Sie reagieren mit dem Kollagen des Patienten und zeigen somit echte Autoantikörpereigenschaft. Während der Nachweis der Rheumafaktoren für die Diagnostik gut verwertbar ist, liefert der Nachweis der Kollagenautoantikörper einen prognostischen Hinweis auf die zu erwartende Verlaufsform. Rheumafaktoren können nicht nur bei der primär-chronischen Polyarthritis, sondern auch beim Lupus erythematodes, bei Sklerodermie, Felty-Syndrom, SJÖGREN-Syndrom, Rheumatoiden verschiedener Genese, Arthrosen, Arthralgien und Myalgien sowie bei Gicht gefunden werden. Auch nichtrheumatische innere Erkrankungen, vor allem aber die chronischen Lebererkrankungen, wie Leberzirrhose, lupoide Hepatitis und Silikose, können ebenso wie manchmal Gesunde positive Rheumafaktoren zeigen. Bindegewebsantikörper finden sich hingegen nur bei Lupus erythematodes, Rheumatoiden verschiedener Genese und Arthrosen aber auch bei Gesunden und nichtrheumatischen inneren Erkrankungen.

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

Dismenol

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

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

AUS DEM STANDESLEBEN

Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

43. Vortragsreihe — Thema: „Immunologie für die Praxis"

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr

Der Kongreß trat diesmal im neuen Tagungsort, nämlich dem Rathaus der Stadt Augsburg, zusammen. Angeschlossen war wieder ein interessantes Filmprogramm mit den Themen „Akute Vergiftungen", „Notfall und Anästhesie", „Autoimmunologie und Technik der Immunodiffusion und Immunoelektrophorese". Vor und nach den Vorträgen sowie in den Pausen hatte der Besucher reichlich Gelegenheit, sich an den Ständen der pharmazeutischen Firmen über das Neueste aus der pharmazeutischen und medizinischen Zubehörindustrie zu informieren. Wie bisher, wurden auch die bewährten klinischen Visiten und Demonstrationen an den verschiedenen Krankenhäusern der Stadt durchgeführt. In der Woche vor und nach dem Kongreß konnten Kurse über Blutgruppenserologie, Immunhämatologie, Erythroblastosediagnostik, Transfusionskunde und Labordiagnostik der Gerinnungsstörungen besucht werden.

Herr Professor Dr. H. FLEISCHHACKER, Wien, wies in seinem Referat darauf hin, daß die **„humorale und zelluläre Abwehr"** auf den Leistungen des mesenchymalen Bindegewebes und seiner Abkömmlinge beruht.

In den zwischengeschalteten Bindegewebselementen findet sich das wichtigste primäre Regulationssystem, das für die Zusammensetzung der gesamten Körperflüssigkeiten mitverantwortlich ist. Die extrazelluläre Flüssigkeit finden wir zunächst als Zwischenzellflüssigkeit in den interzellulären Spalträumen, dann als Lymphe, die in geschlossenen Bahnen zu den Lymphknoten gelangt, und schließlich als Blut. Für die Reinigung und Aufrechterhaltung der Zusammensetzungen der Körperflüssigkeit sorgen die Filter des diffusen lymphoretikulären Gewebes im Bereiche des Saftlückensystems. Die Lymphe wird in den Lymphknoten gefiltert, das Blut in den lymphoretikulären Zellgittern der Milz und des Knochenmarkes. Daraus ergeben sich die Funktionen des Knochenmarkes, der Lymphknoten und der Milz im Rahmen der immunologischen Abwehrvorgänge, deren Ziel die biologische Neutralisation fremder, in den Organismus eingedrungener Moleküle oder Zellen ist. Das vegetative Nervensystem wirkt regulierend auf das Abwehrsystem ein.

Dem Hypophysen-Nebennieren-System und dem Verhältnis der Mineralo- zu den Glukokortikoiden kommt nach SELYE eine entscheidende Bedeutung für die Abwehrvorgänge zu. Die unspezifische Abwehr finden wir nicht nur bei Infektionen, sondern auch bei Tumoren und Leukosen. Das Serum von gesunden Menschen hat eine hohe Fähigkeit, Krebszellen im Glas aufzulösen, eine Fähigkeit, die bei Krebskranken vermindert vorhanden ist. Eine Blockierung der Abwehr finden wir bei zahlreichen chronisch entzündlichen Prozessen, die das Abwehrsystem dauernd überfordern. Örtliche Gewebsschädigungen führen zu einer Aktivierung von Proteasen, die hochwirksame Peptide wie Exsudin und Leukotoxin freimachen, wodurch ein lokales Ödem, eine Diapedese und andere Wirkungen auf die Gefäße zustande kommen. Das Lysozym, ebenfalls ein Protein, heftet sich an die Bakterienmembranen an und zerstört sie. Im freien Serum findet sich dieses Enzym nicht, dagegen in großen Mengen in den Leukozyten. Das Properdin-Komplement-System wird für die natürliche Bakterizidie des Blutes verantwortlich gemacht. Im Interferrum findet sich eine natürliche antivirale Substanz, die reaktiv von den Körperzellen und den Neutrophilen gebildet wird. Dieses Protein soll auch eine Schutzwirkung gegen Toxoplasmen und Trypanosomen entfalten.

Hinsichtlich der zellulären Abwehr wurden zunächst die Neutrophilen erwähnt, deren phagozytäre Tätigkeit ja schon lange bekannt ist. Sie liefern bei ihrem Zerfall auch eine Reihe von Wirkstoffen und Enzymen. Die Lymphozyten sind dagegen mehr von Bedeutung für die Abwehrreaktionen vom verzögerten oder auch Tuberkulintyp, weiterhin für die Transplantationsimmunität und für andere Toleranzphänomene. Die Lymphozyten scheinen befähigt zu sein, fremde Antigene

Neurovegetalin®
VERLA-PHARM
TUTZING/OBB.
das klassische Sedativum
25 50 100 Dragées
25 Dragées 50 Dragées
verstärkt mit psychotroper Komponente
Neurovegetalin® forte

California-Enzephalitis in Bayern

Antikörperstudien bei der Bevölkerung haben gezeigt, daß das California-Enzephalitis-Virus (CEV) in einigen Gebieten Deutschlands vorkommt. Die Infektion mit diesem Erreger verläuft in vielen Fällen ohne klinische Erscheinungen. Sie kann aber auch zu einer Enzephalitis oder Meningitis führen. Welche Bedeutung dieser Virusinfektion bei uns zukommt, ist unbekannt. Diese Frage kann nur in Zusammenarbeit mit den in den Endemiegebieten praktisch tätigen Kollegen geklärt werden. Zu solcher Zusammenarbeit möchten wir anregen.

Das CEV wird in den Monaten Juli bis September von Stechmücken der Gattung Aedes übertragen. Diese unterhalten auf kleinen Säugetieren, vornehmlich Hasen und Kaninchen, einen Viruswirtszyklus. Daneben infizieren sie größere Säugetiere und den Menschen. Bei diesem löst die Infektion häufig lediglich die Bildung von Antikörpern aus. In anderen Fällen kann sie nach einer Inkubationszeit von wenigen Tagen unter dem Bilde eines uncharakteristischen, fieberhaften Infektes verlaufen und mit katarrhalischen, zuweilen sogar pneumonischen Erscheinungen einhergehen. Sie kann aber auch zum Syndrom einer abakteriellen Meningitis oder einer Enzephalitis führen. Solche Krankheitsbilder wurden in den USA vor allem bei kleineren Kindern beobachtet. Sie waren durch Fieber, Nackensteife, kurze Zeit anhaltende Bewußtseinsstörungen und gelegentlich hirnorganische Anfälle gekennzeichnet. Zerebrale Herdsymptome fehlten zumeist. Die Krankheiten verliefen fast ausnahmslos gutartig.

Disponiert für die Erkrankung ist die Bevölkerung solcher ländlicher Gebiete, in denen in den Monaten Juli bis September viele Stechmücken vorkommen. Diese entfalten in feuchtem Klima in der Dämmerung ihre höchste Aktivität.

In der Bundesrepublik weisen die bei der Bevölkerung nachgewiesenen Serumantikörper gegen das CEV auf Endemiegebiete am Obermain, nördlich von Bamberg, an den Ufern des Rheins zwischen Freiburg und Koblenz sowie am Unterlauf der Nahe hin. In diesen Gebieten ist die ländliche Bevölkerung zu 10 bis 66 Prozent durchseucht. Durch Virusisolierungen von Stechmücken konnten wir ferner nachweisen, daß der Erreger hierzulande auch heute noch aktiv ist.

Die Ätiologie der Erkrankung kann allein durch virologisch-serologische Untersuchungen gesichert werden. Hierzu sind mindestens zwei steril ohne Zusätze entnommene Blutproben von 10 bis 15 ccm erforderlich. Die erste Probe sollte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Erkrankung, die zweite 14 Tage später entnommen werden. Nur wenn es gelingt, einen vierfachen Titeranstieg nachzuweisen, kann die Diagnose gestellt werden.

Blutproben von verdächtigen Krankheitsfällen können der Universitäts-Nervenklinik in Köln, Abteilung für Virologie, zugesandt werden. Die Untersuchung erfolgt kostenlos. Da sie zeitraubend ist, kann das Ergebnis nicht sogleich erwartet werden. Wegen der häufigen Residualtiter sind Ergebnisse von Einzelseren nicht zu verwerten. Etwaige Rückfragen können an die genannte Adresse gerichtet werden (Telefon 02 21 / 47 15, Apparat 302).

Spezialkliniken zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken für Kassen- und Privatpatienten

in

Bad Trißl-Oberaudorf/Inn

Schloßbergklinik Oberstaufen/Allgäu

In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern

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

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

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

Seit dem 6.1.1969
spricht man in Deutschland
wieder über Eisen,
genauer gesagt über

Kendural® C

die orale Eisen-„Injektion"

Warum?

1. Weil „1x täglich auf nüchternen Magen" ein neuer Maßstab für die orale Eisentherapie ist
2. weil Reizerscheinungen am Magen bei Kendural C nicht mehr auftreten können. Eisen wird erst im Dünndarm freigegeben
3. weil 1/2 g Vitamin C pro Tablette auch bei gestörter Eisenresorption zum therapeutischen Erfolg führt.

Kendural® C
Depottabletten mit
525 mg Ferrosulfat und
500 mg Ascorbinsäure
in Gläsern mit 15 und 30 Stück
und in Klinikpackungen

DEUTSCHE ABBOTT GMBH
Import und Vertrieb: C.H. Boehringer Sohn
6507 INGELHEIM AM RHEIN

bei chronischen Kranken zweifellos die somatische, insbesondere die psychopharmakologische. Dabei kommt es nach unserer Erfahrung nicht nur darauf an, womit, sondern auch wie therapiert wird. Gegenwärtig ist es im Interesse des Anstaltsklimas erforderlich, störende Symptomatik durch schnell gesteigerte hohe Anfangsdosen intensiv wirkender Mittel möglichst umgehend zu kupieren. Anschließend werden so schnell wie möglich die optimale minimale Wirkungsdosis und ihre günstigste zeitliche Verteilung ermittelt. Hierzu ist ebenso wie zur Vermeidung unerwünschter Nebenerscheinungen laufende Kontrolle und Überwachung erforderlich. Ein solches Vorgehen wird in vollem Umfang erst durch klinische Verhältnisse ermöglicht. Die dadurch gewonnenen Umwelt- und Lebensbedingungen humanisieren nicht nur das Milieu, sie lassen auch gewisse Beschränkungen der medikamentösen Behandlung zu und tragen zur Verhütung der an sich seltenen, aber immer noch nicht sicher vermeidbaren Impulsivattacken der Kranken bei. Insgesamt herrscht aber heute bereits in der Anstalt für schwerkranke und chronische Patienten hinreichend Ruhe und Ordnung. Die Kranken können freier behandelt werden und immer wieder einmal können schon Jahre und Jahrzehnte in der Anstalt untergebrachte Kranke nicht nur in ein Pflegeheim, sondern auch nach Hause oder bedingt ins freie Leben, selbst wenn dies nur mit einem Persönlichkeitsdefekt möglich ist, entlassen werden. Mag man derartige Ergebnisse auch unterschiedlich bewerten; uns genügt es, wenn die Kranken ihren Anstaltsaufenthalt nicht als unabwendbares, drückendes Los empfinden, sondern Bewegung erkennen und, von moderneren therapeutischen Bemühungen berührt, in gewissem Umfang normal leben können. Beschäftigungs-, Milieu- und Psychotherapie vermögen manches Mal durch die Neuroleptika zusätzlich etwas gedrückte Aktivität und Initiative zu heben und etwas zur Wirklichkeitsbeziehung beizutragen. Da ist es immer noch vorteilhaft, daß manche Widerstände durch die medikamentöse Therapie verringert werden, obwohl gelegentlich ein gewisser Fremdantrieb nötig bleibt, um die ihrer Aktivität Entwöhnten wieder einer Betätigung zuzuführen.

b) Man darf wohl feststellen, daß die reine undifferenzierte Pflegeanstalt der Tendenz der Mehrzahl psychiatrischer Erkrankungen zur Entdifferenzierung und Inaktivierung entgegenkommt. Schon ihr Charakter und ihr Odium wirken sich auf den Anstaltsbetrieb lähmend und erstarrend aus, wodurch gewisse Mißstände gefördert werden. Die Anteilnahme des Pflegepersonals am Kranken wird leerer oder übertriebener, er wird nur noch umsorgt oder es wird — zum Teil kindisch — auf seine Verschrobenheit und Marotten eingegangen. Das beständige Ziel, ihm möglichst normal und unauffällig entgegenzukommen, entschwindet. Überfürsorglichkeit, Betulichkeit und Sentimentalität haben aber in der psychiatrischen Krankenpflege genauso wenig zu suchen wie Grobheit, herrisches Gebaren und Selbstbezogenheit. Auch großer Enthusiasmus wird unter niederdrückenden Verhältnissen einmal verfliegen und der Resignation Platz machen. Das gilt es zu verhindern. Die stabilsten Voraussetzungen für die psychiatrische Krankenpflege bleiben gute medizinische Kenntnisse, pflegerische Fähigkeiten sowie Interesse am Kranken und seinem Leiden. Sie müssen bei allen Mitarbeitern gepflegt werden und ergeben insgesamt erst das pflegerische Niveau. Hierauf zu verzichten bedeutet für die Anstalt wie für den einzelnen berufliche Selbstaufgabe, also eine erhebliche Gefahr ebenso für die Krankenbetreuung wie den beruflichen Werdegang des Personals. Auch im Anstaltsbetrieb ist daher Förderung des Personals durch medizinisch interessante und schulende Aufgaben verpflichtend geboten. Hieraus ergibt sich, daß selbst in einer Außenanstalt für vorwiegend chronisch Kranke eine klinische Station, die lebendigeren Wirklichkeitsbezug, stärkere Aktivität und die so notwendigen Kritiken von seiten der Kranken mit sich bringt, vorhanden sein sollte. Schulte betont mit Recht, daß man die Trennung von frischen und chronischen Fällen innerhalb der Anstalt nicht zu scharf ziehen sollte. Für die Unterbringung der Kranken stellt sich damit erneut die Forderung Hagens, sie auf möglichst vielen Stationen in einen Gruppenverband zu bringen, in den sie nach ihrer Persönlichkeit und Erkrankung passen. Der Anstaltsbetrieb wird dadurch zweifellos differenzierter, harmonisierter und gewinnt als Ganzes an Krankenhauscharakter, der durchaus überwiegend auf chronisch-psychiatrische Erkrankungen zugeschnitten sein kann.

c) Jede Anstalt hat ihre eigenen Lage-, Arbeits- und Entwicklungsbedingungen. Bei der Anstalt Irsee z. B. ergeben sich diese aus der ruhigen, abseitigen Lage und aus der geringeren Krankenzahl. Soll mit solchen Umständen wirklich eine Bereicherung und Erweiterung der Hauptanstalt erreicht werden, dann kann nur in einem in sich selbst gegründeten Betrieb jene Einheit, Geschlossenheit und Intimität und damit jene eigene Atmosphäre entstehen, die nicht nur in der psychiatrischen Behandlung anerkanntermaßen von Bedeutung ist. Nachteile, die mit der Dezentralisation eines Krankenhauses unvermeidbar gegeben sind, werden bei einer voll funktionsfähigen, selbsttätigen Außenanstalt, die eine Ergänzung der Hauptanstalt darstellt, mehr als ausgeglichen. Man wird sich daher der Auffassung Faltlhausers, daß Irsee nur eine vom Zentrum entferntere, abseits gelegene Pflegeabteilung für „Unheilbare" sei, nicht mehr anschließen können, die Berechtigung seiner administrativen und wirtschaftlichen Argumente jedoch anerkennen müssen und in der Außenanstalt eine Zweiganstalt mit besonderer Struktur und eigenem Aufgabenbereich sehen.

Nach Hagen „verdient jede Anstalt, daß die Geschichte ihrer Entstehung und Entwicklung, wenn auch nur in Umrissen, verzeichnet und irgendwo im Druck niedergelegt werde". An einem entscheidenden Zeitpunkt der Irseer Anstaltsgeschichte habe ich versucht, dieser Forderung ihres ersten Direktors zu entsprechen und aus ihrer geschichtlichen Entwicklung einzelne, hoffentlich nutzbringende Hinweise zu gewinnen.

Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert werden.

Wir danken für die freundliche Nachdruckgenehmigung den Verlagen:

Schnell & Steiner, München-Zürich, aus „Kirchenführer Irsee", herausgegeben von Dr. Hugo Schnell, 1964 Schroll-Verlag, München-Wien, aus R. WIEBEL „Kloster Irsee", im Deutschen Kunstführer, Band 9, herausgegeben von Adolf FEULNER, 1927

Anschr. d. Verf.: Obermedizinalrat Dr. med. H. J. Bock, 8951 Irsee, Klosterring 4