

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 10

München, Oktober 1969

24. Jahrgang

## 22. Bayerischer Ärztetag in Amberg

### Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 17./18./19. Oktober 1969

- Tagungsort:** Großer Saal des Kolpinghauses
- Eröffnung des Ärztetages:** Freitag, den 17. Oktober 1969, 19.30 Uhr, im Großen Saal des Amberger Rathauses
- Beginn der Arbeitstagen:** Samstag, den 18. Oktober, und Sonntag, den 19. Oktober 1969, jeweils um 9.00 Uhr s. t. im Großen Saal des Kolpinghauses
- Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt, zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.  
Stimmübertragung ist nach dem Kommergesetz nicht zulässig.
- Tagesordnung:**
1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
  2. Rechnungsabschluß 1968 und Voranschlag 1970
  3. Neuwahl des 2. Varsitzenden (Vizepräsident) der Bayerischen Landesärztekammer
  4. Benennung eines Nachfolgers für den verstorbenen nicht-richterlichen Beisitzer des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München, Herrn Dr. Hohenadl
  5. Entwurf einer Berufsordnung für die deutschen Ärzte
  6. Wahl der Tagungsorte des 23. Bayerischen Ärztetages 1970 und des 24. Bayerischen Ärztetages 1971



## Die Oberpfalz grüßt die Teilnehmer des 22. Bayerischen Ärztetags

Mit Freude heiße ich den 22. Bayerischen Ärztetag in der Oberpfalz willkommen, in einem bayerischen Regierungsbezirk, der wenig bekannt ist und doch reich an Schönheiten der Natur und der Kunst und, vor allem als Grenzland zum Osten, von einer bewegten Geschichte geprägt. Amberg, das von 1329 bis 1810 die Hauptstadt der Oberpfalz war, ist mit der trutzigen Schönheit seiner Altstadt zu Füßen des Mariahilfberges dafür ein eindrucksvolles Zeugnis, zugleich aber Beweis für das moderne Leben, das auch diesen lange zurückgebliebenen Regierungsbezirk heute erfüllt.

Wenn sich die Versammlung der bayerischen Ärzte in diesem Jahr mit Fragen ihrer Berufsordnung befaßt, so geht es um eine wichtige Voraussetzung der Gesundheit unseres Volkes: um einen leistungsfähigen Ärztestand. Mit dem Thema der vorbeugenden Medizin und der Vorsorgeuntersuchungen ist eine weitere Aufgabe von besonderer Bedeutung angesprochen. Sie ist nicht nur dem Arzt gestellt, sondern auch dem einzelnen, der aufgerufen ist, sich um seine Gesundheit zu kümmern und für sie zu sorgen, ehe er durch Krankheit dazu gezwungen ist.

Angesichts dieser Reichweite seiner Thematik wünsche ich dem 22. Bayerischen Ärztetag eine lebhaftere Resonanz, nicht nur unter den Mitgliedern, sondern auch in der Öffentlichkeit, und einen guten Erfolg für seine Bemühungen. Ich hoffe aber auch, daß alle Teilnehmer eine gute Erinnerung an die Oberpfalz und ihre ehemalige Hauptstadt mitnehmen.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Dr. Emmerig', written in a cursive style.

Dr. Emmerig  
Regierungspräsident



## **Amberg grüßt die Teilnehmer des 22. Bayerischen Ärztetages**

Die alte Nordgaustadt Amberg als Tagungsart des 22. Bayerischen Ärztetages wird den bayerischen Ärzten einen frahen Empfang bereiten. Denn hier in Amberg haben einst ein Dr. Hartmann Schedl, ein Dr. Georg Farster und ein Dr. Valcher Coiter ihre ärztliche Kunst ausgeübt, bedeutende Vorgänger der stattlichen Zahl von hervarragenden Ärzten, die heute von Amberg aus, der „Heimlichen Hauptstadt der Oberpfalz“, Stadt und Land in weitem Umkreis betreuen. Amberg fühlt sich daher der deutschen Medizin und ihrer Geschichte eng verbunden.

Ich heiße alle Teilnehmer und Gäste auf das herzlichste willkommen und wünsche der Tagung einen vollen Erfolg.

Ich hoffe, daß unsere Gäste über ihre beruflichen Probleme hinaus Zeit und Ruhe für erhalsame Stunden in unserer malerischen Stadt und ihrer reizvollen Umgebung finden und die ehemalige kurfürstliche Hauptstadt der Oberpfalz in guter Erinnerung behalten.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. Steininger'. The signature is stylized and cursive.

Dr. Steininger  
Oberbürgermeister

## Grußwort zum 22. Bayerischen Ärztetag



Als uns die Repräsentanten der oberpfälzischen Ärzte nach Amberg einluden, da waren wir alle ein wenig überrascht und hielten es kaum für möglich, in dieser Stadt einen Ärztetag unterzubringen. Schon der erste Informationsbesuch aber war überzeugend. Amberg ist geradezu ein Kleinod unter den zahlreichen schönen bayerischen Städten. Für die Aufgeschlossenheit, mit welcher wir erwartet und empfangen werden, sind wir besonders dankbar. Der Rahmen für unsere Veranstaltungen wird alle Teilnehmer erfreuen und beeindrucken. Ich freue mich deshalb ganz besonders, daß sich die Delegierten der bayerischen Ärzte diesmal etwas abseits von den großen Strömen in dieser Stadt versammeln können.

Die Schwierigkeit der Materie hat es wünschenswert erscheinen lassen, die Neufassung der allgemeinen Bestimmungen unserer Berufsordnung nochmals auf die Tagesordnung zu setzen. Ich hoffe, daß wir diesmal zu abschließenden Auffassungen gelangen und damit unsere Berufsordnung unter Wahrung unantastbarer Grundsätze der Entwicklung anpassen. Im Rahmen des Tätigkeitsberichtes der Kammer werden die Delegierten alle aktuellen Standesfragen erörtern.

Ich entbiete allen Delegierten und den sie begleitenden Angehörigen, vor allem den Arztfrauen, einen herzlichen Willkommensgruß. Ein ebenso herzlicher Gruß gilt den Vertretern der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern der Bundesrepublik, an ihrer Spitze dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Professor Fromm.

Professor Dr. Hans J. Sewering  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer



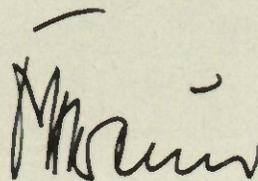
## An den 22. Bayerischen Ärztetag

Der Ärztliche Bezirksverband Oberpfalz freut sich, daß der diesjährige Bayerische Ärztetag in Amberg stattfindet. Nachdem er bisher immer in der altehrwürdigen Metropole der Oberpfalz, nämlich in Regensburg, tagte, wollen wir Sie diesmal in das Zentrum der Oberpfalz führen, um Ihnen zu zeigen, daß auch diese Region unseres Landes eine Reise wert ist. Es ist nicht nur die schöne Landschaft des Vilstales, die Sie von Regensburg über das Naabtal kommend durchfahren und genießen sollen, sondern es ist auch die idyllische alte Stadt Amberg selbst, die Sie bezaubern soll. Außerdem war ja Amberg einmal das Essen des bayerischen Ruhrgebietes mit der damals größten Erzförderung in Deutschland.

Der kleine Ärztliche Kreisverband Amberg und sein Vorsitzender haben sich unendliche Mühe gegeben, um Ihnen den Aufenthalt in Amberg angenehm zu machen. Sie werden am Ende dieser Tage dankbar anerkennen, daß auch eine kleine Stadt und eine kleine ärztliche Gemeinschaft für Sie Leistungen erbringen kann, die Sie sonst nur in größeren Städten geboten bekommen.

So wünsche ich, daß Ihnen die Amberger Tage zum schönen Erlebnis werden mögen, und daß gerade durch den engeren Raum der kollegiale Kontakt gefördert wird.

Dem Bayerischen Ärztetag wünsche ich einen harmonischen Verlauf und ein fruchtbares Ergebnis.



Dr. Hermann Braun

1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirkesverbandes Oberpfalz



## Willkommgruß an den 22. Bayerischen Ärztetag

Der 22. Bayerische Ärztetag findet heuer in Amberg statt. Es ist für den Vorsitzenden eines kleinen Kreisverbandes eine ganz besondere Freude und eine hohe Ehre, die Gäste dieser Tage, in deren Mittelpunkt, wie immer, standespolitisch bedeutungsvolle Fragen stehen, herzlich willkommen zu heißen.

Ich begrüße alle unsere Ehrengäste, den Vorstand der Bundesärztekammer, der Bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und aller freien Verbände, sowie die Delegierten, die gewählten Vertreter der Bayerischen Ärzteschaft, sehr herzlich. Daß gerade ein Kreisverband, der an der Peripherie Bayerns liegt, die Ehre hat, diesen Ärztetag auszurichten, freut die Kollegenschaft und die Stadt Amberg, die sich um diesen Ärztetag bewarben hat, besonders. Es war sicher nicht nur eine sehr noble Geste des Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg, der bisher alle in der Oberpfalz veranstalteten Ärztetage ausgerichtet hat, in diesem Jahr dem Ärztlichen Kreisverband Amberg diesen Auftrag zu überlassen; wir betrachten es auch als eine Anerkennung für die Arbeit unseres Kreisverbandes. Ich glaube darüber hinaus, daß es von sehr großem Nutzen ist, wenn einmal ein Bayerischer Ärztetag an der Peripherie unseres Landes stattfindet, damit auch diesen Kollegen die Gelegenheit geboten wird, sich persönlich über die Arbeit eines Ärztetages zu informieren.

Erlauben Sie mir, daß ich einen besonderen Gruß unseren Damen widme, die diesen Ärztetagen in den wenigen Stunden der Muße nach den ernsten Beratungen immer einen fröhlichen und sehr festlichen Rahmen zu geben vermögen. Die berufliche Inanspruchnahme der Ärzte und die Opfer an Freizeit, die die in der Berufspolitik tätigen Ärzte bringen müssen, möchten wir den Damen dadurch in bescheidener Weise lohnen, daß wir ihnen einige frohe Stunden bereiten dürfen.

So hat sich der Ärztliche Kreisverband Amberg auch ganz besonders auf ein nettes Damenprogramm vorbereitet. Die Zeit der Delegierten ist ja durch die standespolitischen Beratungen so weit absorbiert, daß es ihnen kaum möglich ist, sich von den Schönheiten der Stadt Amberg und ihrer Umgebung ein echtes Bild zu machen. Den Damen wird es daher vorbehalten sein, ihren Männern aus den Erlebnissen dieser drei Tage eine Vorstellung von der Schönheit der Stadt und der Umgebung Ambergs zu vermitteln.

Alle verfügbaren Kräfte unseres Kreisverbandes waren bemüht, diesen Tagen einen ihrer Bedeutung entsprechenden Rahmen zu geben. Wenn Sie nach diesem Ärztetag die Stadt Amberg und den Ärztlichen Kreisverband Amberg in guter Erinnerung behalten, würden wir uns sehr darüber freuen.

Zunächst aber einmal herzlich willkommen zum 22. Bayerischen Ärztetag in Amberg.

Dr. Mühleisen

1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Amberg



Amberg — nach einem Stich von Merian 1644

## Amberg — die einstmalige Haupt- und Residenzstadt der Oberpfalz

von Rudolf Regler

In eine sanfte Mulde gebettet, zu Füßen des aussichtsreichen Mariahilfberges und des nach Norden ansteigenden Eisberges, liegt an beiden Ufern der friedlich dahinfließenden Vils und zugleich im Herzen der Oberpfalz, Amberg — deren einstige Haupt- und Residenzstadt.

Zwischen den waldreichen Westausläufern des Bayerwaldes und den felsigen Ostausläufern des fränkischen Juras gelegen, wird Amberg von abwechslungsreichen Wald- und Wandergebieten umgeben. Für den Fremden ist es mit der Bahn über Regensburg und Nürnberg oder mit dem Wagen über die Autobahn München—Berlin, Abzweigung Hersbruck in Richtung Osten, wie auch über die B 85 und B 14 gut zu erreichen.

Amberg ist eine kreisfreie Stadt mit rund 42 300 Einwohnern, überwiegend katholischer Konfession. Eine gut erhaltene, mittelalterliche Stadtbefestigung mit 4 Toren und eine wechselvolle, fast 1000jährige Vergangenheit geben der Stadt ihr besonderes Gepräge. Reger Fleiß seiner Bewohner ließen die Stadt wachsen und gedeihen — bürgerliches Selbstbewußtsein verliehen ihr Achtung und Ansehen — Wehrhaftigkeit und gütiges Geschick bewahrten sie vor der Zerstörung.

Über die Anfänge Ambergs ist noch wenig bekannt. Seit etwa 800 unserer Zeitrechnung befand sich auf dem Ostufer der Vils eine Ansiedlung, die später mit Siedlungen auf dem Westufer der Vils zusammenwuchs. Erstmals begegnet uns das königliche Dorf „Ammenberch“ in einer Urkunde aus dem Jahre 1034. Darin überträgt Kaiser Konrad II. dem Bischof von Bamberg

Gerichtsbann, Markthoheit, Zoll zu Lande und auf dem Wasser, Recht der Wassernutzung, Gesetzgebung u. a. R. im Dorfe zur unentgeltlichen Nutzung. Das außerhalb des Ortes liegende Erzvorkommen wird in der Urkunde nicht erwähnt. Die von Norden nach Süden führende, frühgeschichtliche Bernsteinstraße kreuzte sich hier mit der von Westen nach Osten ziehenden fränkischen Heeresstraße, die ihrerseits hier die schiffbare Vils durchquerte.

Schon 1094 berichtete ein Domherr Cosmas aus Prag von vielen Pesttoden, die man in die außerhalb des Ortes erbaute Georgskirche geschafft hatte, womit der erste „Krankheitsfall“ Ambergs urkundlich bezeugt ist.

Während Emsdorfer Klosterurkunden des 12. Jahrhunderts noch vom Markt Amberg und Ansätzen seiner Befestigung berichten, setzte Kaiser Friedrich Barbarossa 1163 durch Verleihung der Nürnberger Kaufmannsrechte an die Amberger Kaufleute einen wichtigen Markstein in der städtischen Entwicklung. Nach mehrfachem Wechsel kam Amberg 1269 als Teil der Konradinischen Erbschaft an die wittelsbachischen Herzöge. Diese betrieben 1274 hier eine Münze und bereiteten die Stadterhebung vor. Pfalzgraf Rudolf bestätigte alsdann 1294 Amberg die Ratsverfassung, Stadtgerichtsbarkeit, eigenen Wirkungskreis und damit die Stadtrechte.

Ambergs Weg nach oben setzte alsbald im 14. Jahrhundert ein. Im Hausvertrag von Pavia 1329 wurde Amberg Hauptstadt des neugeschaffenen Fürstentums der Oberen Pfalz; im Teilungsvertrag von 1338 wurde es Resi-



Das ältere St.-Katharinen-Hospital Amberg, um 1380 entstanden. Nach 1522 Lazarett für nichtinfektiöse Amberger Bürger (Stadtlazarett)



Leprosenhaus bei St. Katharina, 1522 erbaut. 1620—1802 auch Militärlazarett!

denz; im Kurpräzipuum von 1378 unveräußerlicher Bestandteil des pfälzischen Territoriums und zugleich Residenz der Kurprinzen. Die glanzvolle Hochzeit des nachmaligen deutschen Königs Rupprecht mit Burggräfin Elisabeth von Nürnberg im Jahre 1374 führte Amberg in den Kreis der Fürstenstädte ein.

Diesem äußeren Aufsteigen gleichlaufend, entfaltete sich das bürgerliche Gemeinwesen. 1326 erhielt die Stadt zu ihrer Erweiterung von Kaiser Ludwig den Erzzoll auf dem Erzberg und innerhalb seiner Mauern; 1357 ein angemessenes Burggeding; 1364 drei Jahrmärkte und 1369 von König Ludwig von Ungarn Zollfreiheit in seinen Landen. Weitreichende Bergfreiheiten, kluge Bergordnungen und weitschauende Hammer-Einigungen förderten damals die Entstehung eines deutschen Eisenkartells zwischen Amberg und Sulzbach. Amberg galt mit Recht als wohlhabende Bergstadt und Mittelpunkt eines „mittelalterlichen Ruhrgebietes“. Wohlwollende Landesherren sicherten ihm die alleinige Schifffahrt auf der Vils bis Regensburg. Die Aufzeichnung des damaligen Amberger Stadtrechts dokumentiert das innere Wachstum der Stadt.

Das alte Pfalzgrafenschloß an der Vils mit dem reizvollen Chörlein und seinen alten Glasfenstern erinnert noch an diese Zeit. Auf romanischen Fundamenten entstand 1359 die gotische Pfarrkirche St. Georg; nunmehr innerhalb der schützenden Stadtmauer. Der eindrucksvolle Marktplatz mit seinem gotischen Rathaus repräsentiert noch heute das aufstrebende Bürgertum.

Die ersten Ansätze eines städtischen Gesundheitswesens finden wir 1317 in der Stiftung des Hl. Geist-Spitals durch Ludwig dem Bayer für arme Bürger, zu denen auch die Kranken gehörten. Die Idee des Dienstes an der leidenden Menschheit faßte damit auch hier Fuß. Das wiederholte Auftreten der Pest 1315, 1348 (ca. 25% Tote), 1380 und die große Verbreitung der Lepra führten zur Errichtung von Sondersiechenhäusern für Männer und Frauen am Anger, außerhalb der Stadt. Sie werden 1384 genannt. Daneben war offenbar seit etwa 1380 bei St. Katharina ein weiteres Infektionsquartier im Entstehen. Als bestes Mittel gegen die Ansteckung galt das Bad. Daher finden wir bereits 1345 ein öffentliches Bad an der

Vils überliefert. 1380 waren es derer schon vier geworden. Sie wurden von Badern fachkundig geleitet. Als erster nachweisbarer Arzt in Amberg ist ein Meister Jakob 1380 überliefert; doch dürfte schon seit Errichtung der Residenz 1338 hier ein Arzt praktiziert haben. Trotz der Trennung von Arzt und Apotheker im Jahre 1240 finden wir in Amberg um diese Zeit Arzt und Apotheker offenbar noch in einer Person vereint, nämlich dem Arzt.

Die nächste Epoche führt uns etwa vom Jahre 1400 über den 30jährigen Krieg bis zur Neuordnung Bayerns anfangs des vorigen Jahrhunderts. In der ersten Hälfte dieses Zeitraums erfreut sich Amberg des Glücks einer angesehenen Fürstenstadt. Seine starke Befestigung läßt die Hussiten 1433 respektvoll vorbeiziehen. Eigenwilliger Trotz der Amberger Bürger führt zur Überrumpelung durch Kurfürst Friedrich dem Siegreichen 1454 und zur Hinrichtung dreier Bürger auf dem Marktplatz. Pfalzgraf Philipps glanzvolle Hochzeit mit Margarethe von Landshut zu Amberg 1474 brachte die Aussöhnung.

Der Landshuter Erbfolgekrieg 1503/04, an dem auch die Stadt beteiligt war, endete mit der Abspaltung des Teilfürstentums Pfalz-Neuburg, ließ aber die Stellung Amberg unangetastet. Nunmehr tagten die oberpfälzischen Landstände regelmäßig hier. Nach einem persönlichen Schriftwechsel zwischen dem Rat der Stadt und Martin Luther fand 1538 die Reformation Einlaß. Der Grundsatz „cuius regio, eius religio“ ließ die Amberger offiziell in der Folgezeit mehrfach zwischen lutherisch und calvinisch wechseln; im Herzen aber lutherisch denken. Unter der Statthalterschaft des Fürsten Christian von Anhalt, treibende Kraft der protestantischen Union, spielte Amberg zeitweise die Rolle einer wichtigen Zentrale der europäischen Politik. Von hier zog Kurfürst Friedrich V. von der Pfalz mit seiner englischen Gemahlin Elisabeth Stuart 1619 in das böhmische Abenteuer, um als Winterkönig in der Schlacht am Weißen Berg 1620 Krone, Kurwürde und Land zu verlieren.

Amberg kam 1621, zunächst als Kriegspfand, 1628 endgültig zu Bayern zurück. Es verlor die Würde einer Residenz, behielt aber die Stellung als Hauptstadt der Oberpfalz. Im 30jährigen Krieg blieb es von Kampfhandlungen verschont. Dagegen wurde die Stadt im Spanischen

Erfolgskrieg (1703—1714) und Österreichischen (1740—1748) Erbfolgekrieg von den Österreichern infolge ihrer artilleristischen Überlegenheit bezwungen. Der Waffenangriff zwischen Erzherzog Carl von Österreich und dem französischen Marschall Jourdan bei Amberg vom Jahre 1796 ist auf dem Arc de Triomphe in Paris verewigt. Noch einmal fiel der Sonnenstrahl als Residenzstadt auf Amberg. Nachdem Kurfürst Max IV. Josef im Jahre 1800 vor den französischen Truppen hatte weichen müssen, residierte er ein halbes Jahr mit Montgelas in den Mauern der Stadt. In Amberg wurde jenes Toleranz-Edikt erlassen, das die Gleichberechtigung der Protestanten in Bayern einleitete.

Die Stadtväter von Amberg ab 1400 betrachteten es als ihre wichtigste Aufgabe, das Erreichte zu sichern und auszubauen. Das Zeitalter der Städte begünstigte die Entwicklung. Ihr Hauptaugenmerk galt zunächst der Fertigstellung der neuen Stadtbefestigung, dann dem Aufbau einer zeitgemäßen Stadtverwaltung, der Ordnung des Zunftwesens und der Entwicklung eines eigenständigen Stadtrechts. Diese Aufgaben wurden glücklich gelöst. Wirtschaftlich erlebte Amberg eine beachtliche Blütezeit. Bergbau und Hammerwesen sorgten für Verdienst und Wohlstand; Schiffahrt und Salzhandel warfen gute Erträge ab. Wein- und Tuchhandel kamen in bescheidenem Umfang hinzu. Das Handwerk blühte. Ein ausgedehntes Wochenmarkt-Einzugsgebiet sicherte die Lebensbedürfnisse. Der 30jährige Krieg beendete die hoffnungsvolle Entwicklung. Der absolutistische Staat zog Eisenindustrie, Salzhandel und Schiffahrt an sich; ein Ausgleich wurde nicht im vollen Umfang geschaffen.

Kulturell wies Amberg nach 1400 ebenfalls eine beachtliche Entfaltung auf. 1369 tauchte der erste Lehrer einer Lateinschule in Amberg auf, die später durchwegs Rektoren mit akademischen Würden an ihrer Spitze hatte.

Im 16. Jahrhundert gab es außerdem je zwei deutsche Knaben- und Mädchenschulen sowie ein kurfürstliches Pädagogium in Amberg. Die Jesuiten gründeten 1626 in Amberg das humanistische Gymnasium. Das Abklingen der Pest im Jahre 1634 ließ auf dem „Amberg“ ein Wallfahrtszentrum entstehen. Das Amberger Musikleben hatte in Virdung, Forster, Raselius, Othmair und Gastritz bedeutende Vertreter. Amberger Buchdrucker, wie Guldenmund, Mühlmarkart, Forster und Schönfeld, arbeiteten nach 1500 nicht nur für die kurfürstliche Regierung, sondern auch im privaten Auftrag als Wegbereiter von Humanismus und Reformation. 1564 veröffentlichte Michael Schwaiger die älteste, gedruckte Amberger Chronik. Sebastian Fröschl, geboren in Amberg, Diakon in Wittenberg, gehörte zum engeren Kreis um Martin Luther. Dr. Schalling war eine bekannte Pastoren-Persönlichkeit in dem mittelfränkisch-oberpfälzischen Raum. Hans Sachs dichtete 1517 für die Stadt Amberg ein Passionsspiel; Orlando di Lasso verehrte der Stadt 1592 eine Komposition.

Mächtig erhebt sich aus dem Mosaik der Bürgerhäuser die ab 1421 erbaute gotische Martinskirche; Ruhestätte Amberger Patriziergeschlechter und mehrerer Mitglieder des fürstlichen Hauses. Das neue Schloß (1417), das Regierungsgebäude (1544/45), das kurfürstliche Zeughaus (1474) und das kurfürstliche Wagenhaus (1515) erinnern noch an die landesherrliche Präsenz. Der kleine Rathaussaal 1573 und der steinerne Liedertisch 1591 sind seltene Zeugen bürgerlicher Kultur. Die seit 1556 vertriebenen Franziskaner kehrten 1624 in ihr gotisches, von Capistran



Regierungsarzt Dr. Volcher Coyter

gegründetes Kloster zurück und richteten es wieder her. Paulaner und Salesianerinnen erbauten ihre jungen Klöster im „neuen Stil“. Lebensfreudiger Barock ließ den lichten Kongregationssaal 1674/78 entstehen, gestaltete die Georgskirche um, schuf Paulanerkirche (1717/19) und die Wallfahrtskirche auf dem Berg (1696—1722). Begnadete Künstler wie Dientzenhofer, Carlone, Paul d'Aglio, Wesobrunner Stukkatoren und ein Cosmas Damian Asam hinterließen in Amberg Proben ihres Könnens. Rokoko schuf in der Schulkirche ein Schmuckstück beschwingter Phantasie.

Auch das Gesundheitswesen wurde nach 1400 in persönlicher und materieller Hinsicht ausgebaut. Im ältesten Ratsbuch wird 1438 Meister Ulrich als Arzt und Apotheker ausgewiesen. Ein Kollege muß im gleichen Jahr „mangels fachärztlicher Anerkennung“ als Teufelsausreiber die Stadt verlassen. Ab 1454 beginnt die Reihe der akademischen, promovierten Stadtphysici. Unter ihnen steht an dritter Stelle ein Dr. Hartmann Schedel, Verfasser der Schedelschen Weltchronik. Ihre Aufgabe war die Betreuung der Spitalranken, Verschreibung der nötigen Medikamente, Visitation der Apotheken, Gesundheitspolizei, Leichenöffnung und Aufsicht über die niederen medizinischen Berufe, wie Bader, Hebammen, Wundärzte, Steinschneider, Barbieri. Neben der Besoldung hatten sie das Recht auf Privatpraxis. Von 1514—1628 war das städtische Gesundheitswesen in der Wundarzt-Kommission, seit 1543 „Wundschauer“ genannt, zusammengefaßt; ihr gehörten zwei Ratsmitglieder, der Stadtphysikus, ein Apotheker und ein Bader an. Seit dem Jahre 1575 wurde dem Stadtphysikus ein Stadtarzt beigeordnet. Unter den Stadtphysici verdienen der schon genannte Dr. Georg Forster als bekannter Arzt, Musiker und Botaniker sowie ein Dr. Andreas Rosa (1576—1602) und ein Dr. Johann Rosa (1602—1619) aus der angesehenen Schweinfurthener Medizinerfamilie hervorgehoben zu werden. Dr. Andreas Rosa war Verfasser von medizinischen Kalendern und Prognostiken für die Zeit

### Der Stat Amberg Doctor und Physicus Aide

Item er sol sweren das er all siechen die im zukomen bewahren und ertzneien sol so er pesste kan und mag. Item er sol kein recept selbs machen weder von scropel\*) noch sonst wann aus der Appoteken und ir keins rechnen hoher dann in aus der Appoteken cosst und gesteeet.

Er sol auch dhein Wurtzen den burgern hoher rechnen dann als er di kaufft zimlichen und beschaiden lone von in nemen.

Er sol uber nacht auch on erlaubnuss eins Rats oder Burgermeisters nicht sein ausserhalb der Stat.

Er sol kein gemeinschaft mit dem Appoteker han dardurch die Kranckhen beswert werden möchten oder di jenen die aus der Appoteken bedurffend.

Er sol auch die Appoteken Jerlich in zeit siner Bestallung mit den vom Rate darzu geordnet werden besichten so oft des not tut, das alle stuck composita simplicia kreuter und ander Sachen und stuck rein und tuglich seien wie die lerer und meister der Artzneien das beschreiben. Item auch darob sein der Appoteker zimlichen lone und recht gewicht neme und habe in der Appoteken vündlich.

Item auf Mitwoch vor Galli Juravy dominus Hartmanus Schedl doctor A(nn)o etc. LXXVII (= 1477 Oktober 15).

\*) Kleines Apothekergewicht.

von 1577—1593 und Herausgeber einer gedruckten Sonderordnung zur Vorbeugung und Heilung der Pest.

Auch sein Kollege Dr. Georg Agricola, ebenfalls Stadtphysikus (1570—1574) hatte schon vor ihm einen Bericht „wie man sich vor den jetzo Hauptkrankheiten schützen kan. ...“ verfaßt. Sein Sohn, Dr. Joh. Georg Agricola — Stadtphysikus von 1594—1614 — verfaßte ein damals aufsehenerregendes Buch über die Anatomie des Hirsches und ihre Anwendung auf den Menschen. Die bisher früheste überlieferte Leichensektion in Amberg fand 1562 statt. Für seinen Stadtphysikus kaufte der Rat von Amberg 1569 das damals führende Werk des Anatomen Dr. Andreas Vesalius. Seit 1566 gab es in Amberg auch akademische Regierungsärzte, deren erster kein geringerer als der berühmte Anatom Dr. Volcher Coyer war. Seit 1620 ist in Amberg auch der erste freiberufliche akademische Arzt nachweisbar. Es war der bereits genannte Dr. Joh. Georg Agricola, der seinen Dienst bei der Stadt aufgegeben und sich hier als freier Arzt niedergelassen hatte.

Das Amberger Eid- und Gesetzbuch aus der Mitte des 15. Jahrhunderts kannte den Eid des Stadtphysikus, des Wundarztes und der Hebamme; für letztere enthielt es auch die Instruktion und die Taxe. Zur gleichen Zeit versorgten zwei Apotheken die Amberger Bevölkerung mit Medikamenten. Ihr Apotheker-Eid ist uns ebenfalls im Eidbuch überliefert. Auch sind uns für die 2. Hälfte des 16. Jahrhunderts zwei Stein- und Bruchschneider überliefert. Das Stadtrecht des 15. und 16. Jahrhunderts enthielt nicht nur Taxen für den Arzt und Physikus, sondern auch eingehende Vorschriften über die öffentliche Reinlichkeit auf den Straßen, beim Bau von Häusern so-



Die Schutzpatrone der Ärzte Cosmas und Damian mit Arzneikelch, Gelehrtenrolle und Ärztestab. Holzplastik, bemalt um 1640; aus dem Amberger Bürgerspital

wie über das Verhalten bei Pest und Seuchen. Dies war bei dem häufigen Auftreten von Pest und Seuchen sehr notwendig. 1437, 1483, 1502, 1529, 1574, 1585, 1597, 1609, 1613 (600 Tote!), 1618, 1634 (ganze Straßenzüge starben aus!), 1639, 1713, 1742, 1807, 1810 sind solche schwere Jahre gewesen. 1634 bildete man sogar eine besondere Pestkommission zur Bekämpfung der Pest. 1713 wurde das hiesige Jesuitenkolleg als Feldlazarett für kranke und verwundete Franzosen eingerichtet. Von 15 000 Patienten wurden durch die grassierende Epidemie rund 12 000 dahingerafft, täglich bis zu 40 Tote und in Massengräbern vor der Stadt beigesetzt. Nur etwa 3000 Lazarettinsassen kamen mit dem Leben davon. Auch unter den Amberger Bürgern wurden etwa 400 Personen Opfer der Epidemie. Die Bader erfreuten sich daher eines guten Zulaufes in ihren Badeanstalten. Sie hatten ihre eigenen Taxen, z. T. eigene Schröpfer, Juckmeister (Masseure), Scherer und sonstiges Hilfspersonal. Ab 1540 begegnen uns auch die Seelhausnonnen; arme Frauen, die gegen freie Unterkunft und gewisse Stiftungsreichtnisse und festgesetzte Gebühren die Kranken in ihren Wohnungen zu pflegen, die Toten zu versorgen hatten. Auch bei den Krankenanstalten vollzog sich ein Wandel. Die Sondersiechen wurden 1403, wiederum getrennt, nach Dreifaltigkeit außerhalb der Stadt verlegt. Außerdem bestand das bereits genannte Lazarett bei St. Katharina. 1522 bzw. 1544 baute man an beiden Orten neue Leprosenhäuser. Als etwa ab 1500 die Lepra zurückging, wurden auch Lues-Kranke darin aufgenommen. Soweit keine Infektionösen zu beherbergen waren, fanden Arme und ekeleregende Kranke darin Unterkunft. Das alte Krankenquartier von St. Katharina wurde nun als Stadtlazarett für nichtinfektionöse kranke Bürger und zahlende Fremde eingerichtet. Eine eigene Sondersiechenordnung wurde 1593 erlassen. Im Bürgerspital gab es neben der Krankenstube die Sutenstube. Im Leprosenhaus zu Katharina wurde ab 1620 außerdem ein Militärlazarett eingerichtet, das bis 1802 bestand. In der ehemaligen Martinsschule an der Vils war von 1762—1802 ein Stadtlazarett für kranke Dienstboten und Handwerksgesellen untergebracht. Die Reform des staatlichen Medizinalwesens zwischen 1750—1800 entzog die Apotheker, Bader und Hebammen der städtischen Aufsicht und unterwarf sie der staatlichen Approbation. Das gleiche traf für die



Cosmas (?), Damian (?). Holzplastik, bemalt um 1640; aus dem Amberger Bürgerspital — nun im neuen Städtischen Krankenhaus



Damian (?), Cosmas (?). Holzplastik, bemalt um 1640; aus dem Amberger Bürgerspital — nun im neuen Städtischen Krankenhaus

Chirurgen zu, die zugleich den Feldscheren im Militär-Sanitätswesen übergeordnet wurden.

Die Neuordnung Bayerns nach der Säkularisation von 1803 führte 1810 zur Verlegung der Regierung von Amberg nach Regensburg. Seitdem ist Amberg eine kreisfreie Stadt. Eine Reihe von staatlichen Behörden überörtlicher Bedeutung und das Staatsarchiv für die Oberpfalz erinnern noch an Ambergs frühere Stellung. Als im Frühjahr 1945 die Verteidigung der Stadt angeordnet wurde, schien eine Schicksalsstunde bevorzustehen. Dank dem mutigen Einsatz von Bürgermeister Regler und dem Walten eines gütigen Geschicks blieb die Stadt vor der sinnlosen Zerstörung bewahrt.

Amberg ist seit 1800 weit über seine Stadtmauern bis an die Grenzen seines Stadtgebietes hinausgewachsen. Die Einrichtung der Gas-, Wasser- und Stromversorgung, Kanalisation und Anlage des Schlachthofes waren wichtige Aufgaben des vergangenen Jahrhunderts; die Errichtung moderner Kläranlagen und der Bau von Wohnungen sowie Ausbau der Wasserversorgung solche vor dem zweiten Weltkrieg. Auflösung der Flüchtlingslager, Beseitigung der übergroßen Wohnungsnot durch Bau von Wohnanlagen, darunter das D-Programm mit rund 1000 Wohnungen, eines weiteren Wohnviertels von 500 Wohnungen am Berg, Schulbauten, neue Trinkwasserverschließung, Ausbau des städtischen Straßen- und Versorgungsnetzes, Modernisierung des Klärwesens und Bereitstellung von Industriegelände gehörten zu den kommunalen Sorgen der „jüngsten Tage“; sind es teilweise heute noch.

Wirtschaftlich trat nach 1800 eine Wendung zum Besseren ein. Anstelle der 1826 eingestellten Schifffahrt er-

schloß der Bau der Eisenbahn 1859 nach Nürnberg und Regensburg sowie dreier Lokalbahnen in späteren Jahren neue Wirtschaftswege. Die B 85 und B 14 sowie die im Bau befindliche Autobahn Nürnberg-Amberg-Pilsen schließen spürbare Lücken. Die Errichtung der Gewehrfabrik, Steingutfabrik, Emailfabrik Baumann, der Luitpoldhütte (Bergbau, Hochofen, Gießerei und Zementwerk), des Industrie- und Handelsgremiums und der Kreishandwerkerschaft Amberg förderten wesentlich die Entwicklung. 1919 trat anstelle der Gewehrfabrik die Preßluftmaschinenfabrik Schulz. Eine Flaschenhütte und eine Glasschleiferei wurden gegründet. Siemenswerke und Rosenthal-AG ließen sich nach 1945 hier nieder. Bergbau und Hochofen wurden zwar vor wenigen Jahren eingestellt, doch kann die Umstellung auf Kunststoff-Großgutproduktion als erfolgreich bezeichnet werden.

Die Säkularisation führte zur Auflösung der hiesigen Ordensniederlassungen. Lediglich die Franziskaner kehrten auf den Berg zurück. Das Toleranz-Edikt ermöglichte die Gründung einer evangelischen Gemeinde im Jahre 1850. Heute ist Amberg Sitz eines katholischen Regionaldekanats mit 3 Stadtpfarreien und 2 Exposituren; einer evangelischen Gemeinde mit insgesamt 3 Pfarrstellen.

Amberg ist seit 1800 zu einem beachtlichen Bildungszentrum geworden. Außer Volksschulen beider Konfessionen entstanden hier Berufsschule, landwirtschaftliche Berufsschule, Landwirtschaftsschule, Handelsschule und Mädchenmittelschule. Eine Haushaltsschule und eine Schwesternschule des Roten Kreuzes dienen der besonderen weiblichen Ausbildung. Ein humanistisches Gymnasium, deutsches Gymnasium, Oberrealschule, Wirt-



Krankenhaus Amberg — Neubau des Operationstraktes  
1967

schaftsoberrealschule, Mädchenrealgymnasium und eine technische Lehranstalt bieten Anschluß nach oben. Ein französisches Sprachlabor bemüht sich erfolgreich um die deutsch-französische Verständigung. Die Volkshochschule vermittelt Stadt und Land ein gutes wissenschaftliches und kulturelles Programm mit Konzerten und Theateraufführungen. Die Verleihung der Nordgau-Kulturpreise durch die Stadt und die Patenschaft mit Perigueux (Frankreich) bezeugen das intellektuelle Engagement Ambergers. Staatsarchiv, Stadtarchiv, Provinzialbibliothek und Stadtbücherei sowie Pfarrbücherei und Heimatmuseum stellen wichtige Informationszentren dar.

Der Sport hat nach 1945 eine besonders tatkräftige Förderung erfahren. Freiluftbad, Hallenbad, Tennisanlagen für ganzjährigen Betrieb, Reitbahn, Eislaufstadion, moderne Sportplätze, Schießstätten, Kegelbahnen, Mini-golfanlage, Segelfluggelände, Sommer- und Winterski-gelände in nächster Umgebung, sowie gut markierte Wanderwege haben Amberg ein neues sportliches Profil verliehen.

Die Stadthoheit im Medizinalwesen wurde nach 1800 abgeschafft. Das Medizinaldekret von 1808 setzte anstelle des Stadtphysikus und Stadtarztes den staatlichen Gerichtsarzt. 1843 wurde die Heilkunde grundsätzlich dem akademischen Arzt übertragen, einschließlich Chirurgie. An Amtsärzten gab es seit 1862 in Amberg den Landgerichtsarzt und den Bezirksarzt; daneben gab es noch freie Ärzte. Von 1922—1939 hatte Amberg nochmals einen eigenen Stadt-Amtsarzt. 1939 wurde die Stelle aufgehoben und das staatliche Gesundheitsamt Amberg errichtet. Die Ärzteschaft ist seit 1871 in einer bayerischen Ärztekammer mit Bezirks- und Kreisverbänden organisiert. Die oberpfälzischen Ärzte trafen sich 1899 zu ihrer zweiten Ärztagung im Amberger Rathaus. Ein ärztlich-wirtschaftlicher Verein existierte hier von 1927—1936.

Die beiden Amberger Apotheken blieben auch nach dem Medizinaldekret von 1808 der staatlichen Aufsicht unterstellt. Erst 1876 kam als dritte die Daig-Apotheke hinzu. Heute gibt es hier 13 Apotheken.

1911 wurde die Ortskrankenkasse Amberg gegründet und zu einem wichtigen Partner zwischen Patient, Arzt und Apotheker.

Von den niedrigen medizinischen Berufen war nach 1843 nurmehr der approbierte Bader und die approbierte

Hebamme übriggeblieben. Ersterem waren auch kleinere chirurgische Verrichtungen, Wundbehandlung und Mithilfe bei Sektionen gestattet. Der letzte approbierte Bader Ambergers verstarb als angesehener, volkstümlicher Bürger im Alter von 91 Jahren vor drei Jahren. Unter Professor Fleischmann bestand in Amberg von 1786 bis 1816 eine staatliche Hebammenschule.

Neue, notwendige Helfer traten dem Arzt zur Seite. Seit 1850 versehen Krankenschwestern des Vinzentinerinnen-Ordens im Krankenhaus ihren aufopfernden Dienst. Maltersdorfer ambulante Schwestern betreuen seit 1878 die Kranken in ihren Wohnungen; Diakonissinnen folgten ihnen 1888 im Rahmen der Diakonie. Seit 1884 hat die freiwillige Sanitätskolonne ungezählten Kranken geholfen. Ab 1955 sind Rote-Kreuz-Schwestern des Walmenich-Hauses zu unentbehrlichen Helferinnen geworden.

Nach gründlicher Vorbereitung konnte Bürgermeister Rezer 1848/50 ein zentrales Krankenhaus errichten und damit ein dringendes Anliegen verwirklichen. Die verstreuten Krankenstationen konnten aufgelöst werden. Teilweise wurden sie als Pfründnerheime weitergeführt. Krankenhauserweiterungsbauten in den Jahren 1928, 1952/54 und zuletzt ein wesentlicher Ausbau mit einem Kostenaufwand von 25 Millionen schufen eine neue, modernst eingerichtete Heilstätte mit rund 600 Betten.

Als 250jährige Garnisonsstadt ist Amberg auch mit dem Militär-Sanitätswesen verbunden. 1808 entstand im ehemaligen Paulanerklöster für die hiesige Garnison ein neues Militärlazarett, das 1920 aufgelöst wurde. In den Jahren 1934/36 wurde ein neues Lazarett an der Köferringerstraße errichtet, das seit 1957 der Bundeswehr gehört und modernst eingerichtet ist.

Das medizinische Badewesen hat in Amberg auch nach 1800 weiterbestanden. Heute stehen zwei medizinische Badeanstalten neben der Badeabteilung des Krankenhauses zur Verfügung. Zwei Saunabäder kamen in den letzten Jahren hinzu. Hoffnungsfrohe Ansätze eines echten Kur-Badebetriebes gab es hier 1830, als ein Dr. Lindermayer ein Heilbad mit Schwefelquelle in Stadtnähe betrieb und damit offenbar gute Erfolge hatte. Ein balneologisches Gutachten stellte die gleiche medizinische Qualität wie bei Bad Abbach fest. Der Badebetrieb wurde von den Nachfolgern (Nichtärzte) erst 1866 eingestellt. Weniger Glück hatte ein Dr. Will, der in dem hiesigen Freischützgarten 1851 eine Kuranstalt mit Milch, Molke und Kräutern eröffnete, aber mangels Zuspruchs bald wieder einstellen mußte.

Amberg kann auch nach 1800 bis in unsere Zeit herein nennenswerte Beziehungen zu profilierten Persönlichkeiten aus dem Ärztestand aufweisen. So hat Professor Dr. Joh. Nep. Ringseis, Leibarzt des Königs Ludwigs I. von 1799—1807, am hiesigen Gymnasium studiert und 30 Ehrenpreise für hervorragende Leistungen erhalten. Der pfalz-sulzbachische Hofarzt Dr. Bernard Schleis von Löwenfeld gründete 1794 in Amberg als erstes oberpfälzisches Intelligenzblatt das Amberger Wochenblatt. Sein Sohn, der Amberger Gerichtsarzt Dr. Christian Schleis v. L. und sein Enkel, der Amberger Gerichtsarzt Dr. Carl Schleis v. L. setzten das Werk fort. Sie traten alle drei durch wissenschaftlich-medizinische Arbeiten hervor. Medizinalrat Dr. M. Schmelcher (1833—1917) war Vorstand des hiesigen Alpenvereins, sowie Naturschutzbeauftragter für die Oberpfalz und hat als echter Naturfreund ein Vogelschutzgehölz auf dem Mariahilfberg ins

Leben gerufen. Hofrat, Generalarzt a. D. A. Ehrensberger (1841—1926), Sohn eines Amberger approbierten Baders, hat 1884 die hiesige freiwillige Sanitätskolonne gegründet, ausgebildet und lange Jahre geführt. Ihm wurde das Ehrenbürgerrecht verliehen. Ebenso wurde Sanitätsrat Dr. J. Dörfler als langjähriger Krankenhausdirektor (1872—1952), hervorragender Arzt und bekannter Menschenfreund, zum Ehrenbürger ernannt.

Die Amberger Ärzteschaft genießt heute das Vertrauen der Amberger Bevölkerung nicht nur in ärztlichen Dingen, sondern auch in gesellschaftlicher und politischer Hinsicht. Schon Sanitätsrat Dr. Dörfler war Mitglied des Stadtrates von 1925—1933; diese Tradition hat sich bei den Ärzten aufrechterhalten. Auch heute gehören Ärzte dem Amberger Stadtrat an und stellen ihre reichen menschlichen, wissenschaftlichen und sozialen Erfahrungen in den Dienst für das allgemeine Wohl.

Die Stadt Amberg und ihre Ärzte sind also durch Jahrhunderte miteinander verbunden.

Der Beruf des Arztes ist, wie selten ein Beruf, mit den Höhen und Tiefen des menschlichen Lebens verbunden. Er verlangt nicht nur Charakter, sondern auch eine besondere Einfühlungsgabe in Natur und menschliche Psyche, Geduld und Fleiß, „wenn das Wissen tiefe Wurzeln in ihm fassen und später segensreiche und üppige Früchte tragen soll“ (Hippokrates, Gesetz II). Vornehmstes, tragendes Fundament für die Tätigkeit des Arztes ist nach Paracelsus die Liebe zur leidenden Menschheit. Sie trägt ihren Lohn in sich. Diese Wahrheit wurde bereits 1522 über dem Tor zum Leprosenhaus bei St. Katharina in Stein eingemeißelt. Sie lautet in schlichten Worten:

„Hilf den Armen aus der Not  
Dann sy erschuf der höchste Gott  
Christus will Dein Lohner sein.“

Anschr. d. Verf.: Dr. Rudolf Regler, Stadtarchivar,  
8450 Amberg, Guldenmundstraße 5

## Abschiedsvorlesung

von Dr. Werner Wachsmuth, o. ö. Professor der Chirurgie

gehalten am 28. Juni 1969 im Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg

Verehrte Gäste und Kollegen —  
Meine lieben alten Weggenossen —  
Meine lieben jungen Freunde!

Sie werden gewiß verwundert sein, mich heute in der Vorlesung mit einem Manuskript zu sehen. Ich habe Ihnen aber in dieser kurzen Stunde so viel zu sagen, daß ich mit der Zeit sparsam umgehen muß, in dieser Stunde, die für mich den Abschied bedeutet von dem Lehrstuhl, den ich während der letzten 23 Jahre innegehabt habe. Es soll ein Rückblick sein und eine Betrachtung.

Kaum eine andere Generation hat einen solchen Wandel auf allen Gebieten erlebt wie die, der ich angehöre. Aus der friedvollen, scheinbaren Geborgenheit des Kaiserreiches über den ersten Weltkrieg, der uns junge Menschen, fast Kinder noch, aus dem Elternhaus in den harten Krieg und zum ersten Mal aus der Bahn riß, führte der Weg in die ideellen und materiellen Wirren der Nachkriegszeit. Es folgte der wirtschaftliche Wiederaufbau und die unvergleichliche kulturelle Entfaltung der 20er und der ersten 30er Jahre, darauf 1933 die grausame Zäsur mit dem Beginn einer Herrschaft, die man als aufrechter Mann nur gefahrlos durchstehen konnte und die für mich selbst die zwangsweise Unterbrechung meiner akademischen Laufbahn brachte, der zweite Weltkrieg mit dem sinnlosen, grauenvollen Opfer der besten Kräfte unseres Volkes, der mühselige Aufbau aus den Trümmern, die Spaltung Deutschlands und der Aufstieg zum Wirtschaftswunderland, das heute durch die unausbleiblichen Krisen geschüttelt wird. Es ist ein gewaltiger Bogen, der sich über diese knapp 7 Jahrzehnte seit der Jahrhundertwende spannt.

Keine Entwicklung auf dieser Erde verläuft kontinuierlich. Wie sich das Schicksal der Völker in einem ewigen Auf und Ab vollzieht, so führt auch der Weg des einzelnen Menschen über Höhen und durch Tiefen. Wohl dem, der in den dunklen Zeiten nicht verzweifelt, in den Zeiten des Glückes aber bescheiden und dankbar bleibt.

Ais ich im Jahre 1900 in einer kleinen Universitätsstadt geboren wurde, lebten und wirkten Lord Lister und Ernst v. Bergmann noch, die ich als die wesentlichen Schöpfer der modernen Chirurgie bezeichnen möchte. Sie waren die letzten Vertreter einer für die Entwicklung der Chirurgie entscheidenden Epoche. Denn auch die Geschichte unseres Faches verläuft in bestimmten Zeitabschnitten mit wechselnden Kriterien und Aufgaben. Auf Zeiten stürmischer Entwicklung mit schöpferischen Entdeckungen folgen solche der Sammlung, der Auswertung und des praktischen Ausbaues. Auf die Analyse folgt die Synthese, und erst beide zusammen, wie Aus- und Einatmen, machen das Leben der Wissenschaft aus. So ist erst in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts das Fundament gelegt worden für eine wissenschaftliche Chirurgie.

Drei Grundlagen wurden zu dieser Zeit geschaffen, auf denen dann das Gebäude der modernen Chirurgie errichtet werden sollte:

1. Die Erkenntnis des Infektionsproblems
2. Die Lösung des Schmerzproblems und
3. Die Ergebnisse nicht nur der physiologischen und pathologisch-anatomischen Forschung, sondern auch der Physik und Chemie.

Die Errungenschaften der Bakteriologie sind durch die Namen Louis PASTEUR und Robert KOCH gekennzeichnet, dessen klassische Schrift „Untersuchungen über die Ätiologie der Wundinfektionskrankheiten“ im Jahre 1878 erschien. Sie führten durch Erkennen des Wesens der Kontaktinfektion zur Abkehr von der seit 1867 von LISTER empfohlenen Antisepsis, insbesondere von dem Carbolspray, der gegen die als besonders bedrohlich vermutete Luftinfektion angewandt wurde. Den eigentlichen Beginn der Asepsis stellt wohl die Beobachtung Ernst v. BERGMANNs im russisch-türkischen Kriege 1877 dar, die dazu führte, glatte Gelenkschüsse unter Verzicht auf die bisher übliche Behandlung mit Sondieren, Kugelsuchen und antiseptischen

Spülungen nur mit Reinigen der Wundumgebung und Ruhigstellung zu behandeln. Daraus entwickelten sich dann die Begriffe der primären und sekundären Infektion und seit FRIEDRICHs klinischen und experimentellen Untersuchungen die Unterscheidung in Wundinvasion, Wundinkubation und die eigentliche Wundinfektion. Von BERGMANNs Schüler SCHIMMELBUSCH hat dann durch die Entwicklung von Sterilisationsapparaten der Asepsis zur allgemeinen Anwendung verholfen.

Die Lösung des Schmerzproblems ist ebenfalls in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts geglückt. Wenn auch das Bemühen um Schmerzlinderung und Schmerz- bekämpfung seit dem 3. Jahrhundert vor Chr. mittels der verschiedensten Drogen nachweisbar ist, so beginnt die Geschichte der heutigen Inhalationsnarkose doch erst mit dem Jahre 1846, als der Zahnarzt William MORTON nach einem Selbstversuch mit Schwefeläther eine Narkose bei der Operation eines großen Halstumors mit Erfolg durchführte. Es folgte im nächsten Jahre die Verwendung von Chloroform. Diese beiden Narkotika haben sich bis in die 40er Jahre unseres Jahrhunderts gehalten. Ich pflegte noch als Assistent die Äthernarkosen mit Chloroform einzuleiten.

Die örtliche Betäubung durch Infiltration von Kokain folgte 1891 durch Carl Ludwig SCHLEICH, die erste Lumbalanästhesie 1898 nach Selbstversuch durch August BIER. Das große Werk der Schmerzbetäubung, um das zwei Jahrtausende gerungen hatten, war bis zur Jahrhundertwende geschafft. Es gab den Weg frei für eine neue Chirurgie.

Diese schöpferische Periode der Chirurgie geht einher mit einer Blütezeit der Physiologie, der pathologischen Anatomie, der Physik und Chemie. Namen wie Johannes MÜLLER, Claude BERNARD, Emil du BOIS-REYMOND, Karl LUDWIG in der Physiologie, Karl v. ROKITANSKY, Rudolf VIRCHOW in der Pathologie, der Kliniker Lukas SCHÖNLEIN, Adolf KUSSMAUL, Wilhelm LEUBE und Heinrich CURSCHMANN in der Inneren Medizin beleuchten schon, allen erkennbar, den Siegeszug dieser Disziplinen, deren Errungenschaften auch der sich jetzt auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelnden Chirurgie zugute kommen sollten, die nunmehr als gleichberechtigtes Mitglied in den Kreis der anderen medizinischen Fächer eintrat. Der Physik verdankte sie vor allem die von RÖNTGEN 1895 hier in Würzburg entdeckten Strahlen, der Chemie den Ausbau der Kolloidchemie, die Versuche der Reindarstellung und der Synthese hochmolekularer organischer Substanzen und die grundlegenden Erkenntnisse über die Strukturen der Kohlenhydrate durch Emil FISCHER.

Mit diesem Rüstzeug trat die Chirurgie in unser Jahrhundert ein. Ein Geschenk zur Jahrhundertwende war die Entdeckung der Agglutination von roten Blutkörperchen verschiedener Blutsorten durch Karl LANDSTEINER, einer Entdeckung, deren Bedeutung für die gesamte Medizin und insbesondere für unser Fach damals noch nicht annähernd eingeschätzt werden konnte.

Die ersten zwei Jahrzehnte unseres Jahrhunderts dienen dem Ausbau des Gewonnenen. Operationen in der Bauchhöhle, die früher vereinzelt, aber mit großem Infektionsrisiko und mit vielen Mißerfolgen durchgeführt worden waren, wurden nun unter dem Schutze der

Asepsis Routineoperationen. Die biologische Erforschung der Regenerationsvorgänge führte zur Entwicklung einer Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie. Die Eröffnung des Thorax wurde nun unter septischen Verhältnissen nach Einführung des Druckdifferenzverfahrens durch Ferdinand SAUERBRUCH im Jahre 1904 möglich. Die Technik der Gefäßnaht von Richard CARREL und Rudolf STICH im Jahre 1902 bedeutete den Beginn der Gefäßchirurgie. Ihren Niederschlag fanden alle Erfahrungen in umfangreichen Handbüchern, Monographien und Lehrbüchern.

Von außen kamen starke Impulse: die Erforschung der endokrinen Organe, etwa 1901 die Reindarstellung des Adrenalins, 1921 die Entdeckung des Insulins, 1922 die Jodtherapie bei Hyperthyreose, 1925 die Entdeckung des Parathormons, die schon im folgenden Jahre zur ersten erfolgreichen Exzision eines Nebenschilddrüsenadenoms bei der RECKLINGHAUSENschen Krankheit durch MANDEL führte, und die Darstellung des Follikelhormons und Androsterons durch Adolf BUTENANDT. Die Schilddrüsenchirurgie, die Chirurgie der großen Körperhöhlen, der Nieren, der großen Gelenke, der Extremitätenverletzungen blühten auf, es war, als hätten sich mit der Jahrhundertwende die Schleusen geöffnet.

So war der Stand, als ich im Jahre 1923 das Staatsexamen ablegte und in meiner darauf folgenden Assistentenzeit bei dem Internisten Friedrich v. MÜLLER und den Chirurgen Eugen ENDERLEN und Erich v. REDWITZ. War seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts bisher vorwiegend die naturwissenschaftliche und morphologische Forschungsrichtung vorherrschend gewesen, so setzten sich nun unter dem Einfluß von Ludolf KREHL und Gustav v. BERGMANN die Pathophysiologie und die funktionelle Pathologie durch, infolge des Wirkens von Viktor v. WEIZSÄCKER die psychosomatische Betrachtungsweise. Die Vor- und Nachbehandlung wurden ausgebaut unter Berücksichtigung des Wasserhaushaltes und der Elektrolyte, das von RÖSSLE beschriebene Bild der serösen Entzündung mit ihren Permeabilitätsstörungen trugen zum Verständnis des damit verbundenen pathologischen Geschehens bei. Ganz neue Impulse brachte die Biochemie in den 30er Jahren. Die Erklärung der Wirkung des Acetylcholins 1936 durch DALE und die Definition des Stress durch SELYE sind nur spärliche Hinweise.

Daneben begann nun in den 40er Jahren die Chirurgie des Herzens und der großen Intrathorakalen Gefäße, ein Gebiet, das uns auch heute noch in Spannung hält.

Von entscheidender Bedeutung für das Gelingen dieser großen chirurgischen Eingriffe war die Weiterentwicklung auf zwei getrennten Gebieten: Einmal die Infektionsbekämpfung durch die 1935 von DOMAGK entdeckten Sulfonamide und die antibiotische Ära, die 1939 begann, nachdem FLOLLY das von FLEMING entdeckte Penicillin neu aufgegriffen hatte. Sodann die Vervollkommnung der Narkosetechnik zur Intubationsnarkose mit Muskelrelaxantien und die Verfahren der künstlichen Beatmung.

Heute stehen wir mitten in dieser sich immer mehr beschleunigenden Entwicklung. Dazu bedarf es eines klaren Kurses.

Wie das Tempo der Technik immer atemberaubender wird, so steigern sich auch die Erfolge der Chirurgie. Ein Ende ist heute nicht abzusehen, Grenzen sind ihr

aber, im Gegensatz zur Technik, gesetzt, und zwar dort, wo der Heil Auftrag des Arztes endet. Möge die Chirurgie niemals zum Selbstzweck werden!

Manches von dem, was ich Ihnen geschildert habe, habe ich aus der Nähe und im Entstehen miterlebt.

Die Untersuchungen über den traumatischen Schock, über den Blutersatz, über den Eiweißverlust, der klinische Nachweis der Wirksamkeit der Sulfonamide gegen die Wundinfektion, die Behandlung der offenen Thoraxverletzungen und die Verhütung und Behandlung von Empyemresthöhlen, die Versorgung offener Frakturen und vor allem Gelenkverletzungen — das waren alles Aufgaben, deren Lösung mir und meiner mobilen Chirurgengruppe während des zweiten Weltkrieges übertragen wurden, Arbeiten, die unseren Einsatz in vorderster Front auf den Hauptverbandplätzen verlangten. Es bedeutete für uns Rechtfertigung und Befriedigung, daß diese wissenschaftlichen Aufträge mit dem humanitären Dienst am Verletzten, mit der sachkundigen Hilfe unmittelbar nach der Verwundung unauflösbar verbunden waren. Was — ganz allgemein — dort in Rußland von den Ärzten geleistet wurde unter primitiven Verhältnissen, bei Hitze und Kälte, angesichts der allgewaltigen Not und im deprimierenden Bewußtsein der eigenen Unzulänglichkeit, kann nur der ermesen, der diese Zeiten als Arzt durchlebt hat.

Ich habe Ihnen einen kurzen historischen Überblick über die Entwicklung der Chirurgie gegeben, der in diesem Rahmen keineswegs den Anspruch auf irgendeine Vollständigkeit erheben kann. Aber erst aus der Kenntnis der Vergangenheit erwächst das Verständnis der Gegenwart.

Wenn auch die Jugend aller Zeiten, getragen von ihrem unverbrauchten Idealismus, dazu neigt, das Alte zu stürzen und Neues, Besseres an seine Stelle zu setzen, so sollte sie doch nicht vergessen, daß wirklicher Fortschritt nur aus der Verschmelzung des Alten mit dem Neuen entstehen kann. Jede Generation ist nur ein Glied einer unendlichen Kette, die keiner ungestraft zerreißen darf. Aufbauen läßt sich nur auf einem festen Fundament, auf Scherben kann man nicht einmischen.

Andererseits sehe ich es als eine der wesentlichen Verpflichtungen der älteren Generation an, Verständnis für das Streben der Jugend nach neuen Zielen zu haben und ihren vorwärtsstürmenden Drang nicht zu hemmen. Dadurch allein ist auch die naturgegebene Kluft zwischen zwei Generationen zu überbrücken.

Sie haben gesehen, daß sich das Gebiet unseres Faches von Tag zu Tag durch Eroberung neuer Regionen vergrößert. Nur so ist Fortschritt möglich, jeder Stillstand wäre ein Rückschritt. Wie der Wissenschaft, so ergeht es auch dem einzelnen Menschen. Er wird niemals fertig, darf niemals ausruhen. Mein Wissen im Staatsexamen vor 46 Jahren war nach 10 Jahren überholt. Nur ein unentwegtes Bemühen, auf dem Laufenden zu bleiben, kann den Arzt vor dem Zurückfallen und schließlich dem völligen Verlust seiner ärztlichen Fähigkeiten bewahren. Selbstkritik und Bescheidenheit gehören zu den Grundelementen des Arztes. Das sokratische „*οτι οτις ερατω αυτην εδωκε*“ — „Ich weiß, daß ich nichts weiß“, sollte gerade dem Arzt stets gegenwärtig sein.

Ich sprach zu Beginn von der Wellenbewegung, die sich auch in der Entwicklung der Chirurgie abzeichnet. Sie

hat ihre Ursache nicht nur in dem Wechsel der Epochen, sondern auch in dem ständigen Suchen und Tasten nach optimalen Lösungen. In seiner im Jahre 1877 hier in Würzburg gehaltenen Antrittsvorlesung hat Ernst v. BERGMANN schon gesagt: „Man erhebt sich zu triumphierender Sicherheit, sowie die Kunst in der Chirurgie, ihre technische Seite, durch eine neue und eine bedeutende Erfindung weit vorgeschritten ist, und man versinkt in Mißtrauen gegen sein bestes Können, sowie neue Entdeckungen der Wissenschaft ihr Licht auf Gebiete werfen, die bis dahin verschleiert waren und von uns übersehen wurden.“ Und weiter: „Dem Chirurgen ist die Regel, nach welcher er handelt, das Vergängliche und Wechselnde, das Bleibende aber sind ihm die Forderungen seiner Wissenschaft.“

Darf ich Ihnen diesen Wechsel an zwei Beispielen klar machen? Daß zu Beginn des Jahrhunderts die Knochenbrüche konservativ behandelt wurden, d. h. an eine Osteosynthese gar nicht gedacht werden konnte, erklärt sich nicht nur aus der damals noch großen Furcht vor der Infektionsgefahr, sondern auch aus der Unkenntnis der Vorgänge bei der Bruchheilung und der Pathophysiologie der Pseudarthrose. Die Behandlung erschöpfte sich in Ruhigstellung, seit der Erfindung der Drahtextension durch Rudolf KLAPP im Balkan-Krieg unter Zuhilfenahme des Drahtzuges. Die überragende Bedeutung der Ruhigstellung, also das Vermeiden immer wiederholter Repositionen und Irritationen wurde erkannt. Mein späterer Lehrer v. REDWITZ erzählte von seinen Erfahrungen in einem elsässischen Feldlazarett aus den Jahren 1914 und 1915, daß sie mit der Heilung der Schußbrüche der langen Röhrenknochen recht zufrieden gewesen seien, bis zu dem Augenblicke, in dem sie ein Röntgengerät erhielten. Allzu häufige Kontrollen und Verbesserungen der Frakturstellung führten zu einer bisher ungewohnten Zahl von Pseudarthrosen. Vor allem Fritz KÖNIG, mein Vorgänger auf diesem Lehrstuhl, war es dann, der sich energisch für die operative Behandlung der frischen Frakturen einsetzte und sie zum gültigen Verfahren erhob. Doch bald kamen die Rückschläge. Ostitis, Osteomyelitis und Pseudarthrosen waren die leider allzuoft beobachteten Folgen. Die Zeit für eine allgemeine Indikation zur Osteosynthese war noch nicht reif. So habe ich als Assistent in den 20er und 30er Jahren noch den goldenen Mittelweg erlernt: In Anbetracht des operativen Risikos nur bei strengster Indikation, also in ausgewählten Fällen, die Fraktur blutig zu stellen, in der Mehrzahl aber nach konservativer Reposition sich auf die Ruhigstellung zu beschränken.

Der Wandel zur modernen Frakturenbehandlung wurde dann wohl ausgelöst durch die Veröffentlichung des Marknagels durch Gerhard KÜNTSCHER im Jahre 1940. Trotz des Krieges machte diese Erfindung mit Blitzesschnelle ihren Weg um die ganze Erde. Es wurde nun möglich, unter Vermeidung einer operativen Freilegung der Bruchstelle den Knochen unblutig vor dem Röntgenschild zu reponieren und dann durch den Nagel stabil zu fixieren. Gerade bei infizierten Schußfrakturen mußte ja die Stabilisierung von entscheidender Bedeutung sein. Damals sollte ich die Entscheidung treffen, ob dieses neue Verfahren allgemein für unsere Verwundeten eingeführt werden dürfe. Ich erbat ein Konsilium, da ich die Verantwortung nicht allein tragen konnte. So trafen wir uns nördlich des Kaukasus' in Krasnodar:

Ferdinand SAUERBRUCH, E. K. FREY, Lorenz BÖHLER. SAUERBRUCH äußerte zunächst starke Bedenken gegen die Marknagelung, da zu erwarten sei, daß das Knochenmark und die Gefäße zerstört würden, so daß eine Sequestrierung der langen Röhrenknochen befürchtet werden müsse. Auch hatten wir alle die Sorge, daß bei den durchweg schwer infizierten offenen Frakturen eine Verschleppung der Keime im Sinne einer Markphlegmone nicht ausbleiben könne.

Wir entschlossen uns dennoch, und der Marknagel ist zu einem Segen für Hunderttausende von Verwundeten geworden. Insbesondere stellte sich bald die alles überragende Bedeutung der absoluten Ruhigstellung infizierter Frakturen heraus, der gegenüber die Gefahr der Verschleppung der Infektion nur eine untergeordnete Rolle spielte, da sie durch sorgsame Behandlung zu beherrschen war.

Inzwischen hat der Marknagel auch in der Friedenschirurgie seinen festen Platz erhalten.

Nach dem Kriege wurde dann durch die Antibiotika die Infektionsgefahr weiter vermindert, die Erkenntnisse über die Bruchheilungsvorgänge nahmen zu, neues technisches Instrumentarium wurde entwickelt, und so befinden wir uns heute — nicht zuletzt infolge der hervorragenden Arbeit der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese, der sogenannten A. O. — in der Lage, die operative Behandlung der Knochenbrüche als beherrschendes, wenn auch keineswegs alleiniges Verfahren anzuwenden.

Ein anderes Gebiet, das Ihnen den Wechsel in unseren Anschauungen demonstrieren soll, ist der Gebrauch der Antibiotika. Denken wir an den Satz des Heraklit, daß Gegensätze die Welt bewegen. Sie sind durch ein unumstößliches Naturgesetz geregelt, das dafür sorgt, daß nicht durch ein Überwuchern bestimmter Gruppen von Lebewesen infolge besonders günstiger Lebensverhältnisse eine völlige Vernichtung anderer Arten eintritt. Die Natur stellt durch den Ausgleich des Widerstandes von Gegensätzen die Harmonie wieder her. Infolge seiner technischen Fähigkeiten kann der Mensch gewalttätig in diesen Naturprozeß eingreifen. Er kann zwar durch Sulfonamide und Antibiotika Krankheitserreger im Kampf mit den Abwehrkräften des Organismus schädigen und dadurch die Infektion bekämpfen, auf der anderen Seite löst er aber die Bildung resistenter Stämme aus, die Verminderung der Immunitätskräfte, die Schädigung oder höchst unerwünschte Vernichtung für das Leben wichtiger Bakterienstämme, wie etwa der eigenen Kolibakterien, und das Überwuchern anderer, von dem jeweiligen Antibiotikum nicht berührter Stämme.

Auch der Hospitalismus, die Verseuchung unserer sterilen Operations- und Behandlungsräume mit resistenten Keimen, ist eine besorgniserregende Folge der antibiotischen Ära, die uns zwingt, unter anderem auch wieder zur Luftentkeimung nach LISTER zurückzukehren. Nach dem Überschwang der ersten antibiotischen Erfolge am Ende der 40er Jahre sind wir heute sehr viel zurückhaltender geworden.

So bleibt die Wissenschaft immer problematisch, sie erstarrt und stirbt, wenn sie von Dogmen beherrscht wird. Das *πᾶτα ῥεῖ* wird immer seine Gültigkeit behalten, auch wenn der Strom einmal langsamer, einmal schneller fließt.

Und doch hat der Beruf des Arztes konstante Werte, die sich seit Jahrtausenden gleich geblieben sind. Nicht umsonst gilt der Eid des Hippokrates noch heute. Christoph Wilhelm HUFELAND, der Arzt Goethes, hat das schon vor 130 Jahren unnachahmlich ausgesprochen:

„Die Kunst ist ewig, das System vergänglich. Die Kunst gehört dem inneren Heiligtum des Menschen an, das System der Zeit, deren Produkt es ist. Wir haben andere Namen, selbst andere Formen der Krankheiten, andere Mittel der Heilung, andere Begriffe und Erklärungsarten als das Altertum, aber die Heilkunst ist immer noch dieselbe, die Natur dieselbe und es bedarf noch immer derselben Eigenschaften, um ein großer Arzt zu sein, wie zu Hippokrates' Zeiten. Es gibt nur eine Heilkunst, denn sie ist etwas Inneres, auf den ewigen Gesetzen der Natur beruhendes, aber es gibt viele Systeme und muß sie geben, denn sie sind etwas Äußeres, abhängig von der jedesmal herrschenden Denkform und der Stufe der äußeren Erkenntnis, auf welcher wir stehen.“

Diese Sätze des großen Arztes könnten auch heute geschrieben sein.

Die Heilkunst setzt dem Arzt Maßstäbe und Grenzen. Unterschätzen Sie diese Seite des ärztlichen Berufes niemals! Trotz aller Fortschritte der Zivilisation ist der Kranke das hilfeschuchende Wesen geblieben, das er seit je war. Er ist keine defekte Maschine, sondern ein Mensch, dessen Innerstes nach dem Helfer verlangt. Es ist menschlicher Technik wohl gelungen, die Rückseite des Mondes zu photographieren, aber in die Gedankenwelt oder das, was man Seele eines anderen nennt, einzudringen, ist selbst dem Erfahrenen häufig unmöglich, ja selbst das „*γινώσι σεαυτον*“, das „Erkenne Dich selbst“, bleibt bei vielen nur ein ehrliches Bemühen. Und doch ist für den Arzt eines der wichtigsten Erfordernisse, den Kranken in seiner Ganzheit zu erfassen. Hierzu bedarf er der Begabung und der Schulung.

Der ärztliche Beruf beruht auf dem Wissen, dem Können und der Persönlichkeit.

Wenn ich das Wissen — nicht im üblichen philosophischen Sinne, sondern für unseren Beruf — definieren soll, so möchte ich es als die denkerisch erarbeitete Sammlung von allgemeinen Erkenntnissen bezeichnen, die eigene Urteilsbildung erlaubt. Nicht das bloße Erlernen von Stoff ist das Entscheidende, sondern die gedankliche Verarbeitung. Das gilt nicht nur für Sie als Studenten, sondern ebenso sehr für jeden von uns, der nicht in dem Meer des Neuen ertrinken will. Dazu ist eine gewisse Beschränkung erforderlich, ein im Zeitalter der zunehmenden Spezialisierung oft nicht einfaches Problem. Schon die Auswahl aus dem Vorlesungsverzeichnis wird bei der Reichhaltigkeit des Angebotenen immer schwieriger, und Ihnen mag der Schüler aus Goethes Faust beneidenswert erscheinen, der da im Hinblick auf das Medizinstudium sagt: „Das sieht schon besser aus, man sieht doch wo und wie...“

Zum notwendigen Erwerb des Wissens gehört aber nicht nur die Erarbeitung des Stoffes, sondern noch ein anderes wichtiges Erfordernis des ärztlichen Berufes. Es ist der entscheidende Schritt vom Sehen zum Erkennen, für den der werdende Arzt nicht früh genug geschult werden kann. Hier sehe ich eine besondere Aufgabe der Vorlesung. Nicht umsonst habe ich Ihnen das Wort Goethes an die Wand des Hörsaales schreiben lassen, als ich nach dem Kriege diese Klinik übernahm.

„Was ist das Schwerste von allem?  
Was Dir das Leichteste dünkt:  
Mit den Augen zu sehen,  
Was vor den Augen Dir liegt.“

Der geschulte ärztliche Blick ohne solides Wissen ist allerdings ebenso unzureichend wie dieses ohne die Fähigkeit ärztlichen Erkennens, oder mit den Worten Immanuel KANTS: „Der Arzt ist ein Künstler, der doch, weil seine Kunst von einer Wissenschaft der Natur abgeleitet werden muß, Gelehrter zu sein hat.“

Zur Ausübung des ärztlichen Berufes bedarf es sodann des Könnens. Ich möchte es definieren als die durch Intuition, Übung und Erfahrung erworbene Fähigkeit zur praktischen Anwendung des Wissensgutes. Kunst kommt von Können, und nur der wird Meister werden, der in langen, mühevollen Jahren erst Lehrling, dann Geselle war. Es ist ein organisches Wachsen, keiner kann die Zeit überspringen, die uns Erfahrung und Reife beschert, und bei manchem dauert es ein Leben lang.

Wissen und Können sind Voraussetzung, aber nicht Inhalt der Persönlichkeit. Sie trägt den Stempel der Individualität, die durch ihre innere Geschlossenheit eine Ausstrahlungskraft besitzt, der sich die Umwelt nicht entziehen kann. Die ärztliche Persönlichkeit, wie sie auch geartet sei, ist durch Erfolge und Enttäuschungen gefestigt und bleibt ein Grundelement unseres Berufes, ein Hellfaktor von unschätzbarem Wert. Gerade in einer Zeit der allgemeinen Nivellierung scheint es mir notwendig, Sie auf den hohen Wert der Persönlichkeit hinzuweisen, die man erkennen und anerkennen muß. Es hat dies nichts mit dem heute so oft mißbrauchten Begriffe „Autorität“ zu tun. Auch ich lehne die Autorität als Machtanspruch aufgrund von Rang und Stellung ab, und ich kann das Aufbegehren der Jugend hiergegen verstehen. Autorität, wie ich sie verstanden haben möchte, ist die durch Vorleistung erworbene, nicht geforderte beispielhafte Stellung eines Menschen. Aber Persönlichkeit ist etwas anderes. Der Bürgermeister einer kleinen Dorfgemeinde oder auch ein Handwerker kann ebenso zur Persönlichkeit reifen, wie ein Wirtschaftsführer oder ein Gelehrter. Wenn man die Augen offenhält, wird man mehr Persönlichkeiten begegnen, als man erwartet hatte.

In unserem Berufe ist die Persönlichkeit oft der einzige Anker, an dem sich der Kranke im Strudel seiner Leiden festzuhalten vermag. Eine überragende Persönlichkeit ist aber auch ein Magnet für die Jugend, die bewußt oder unbewußt von ihr geformt wird. Wer sich echte Leitbilder mutwillig zerstört, macht sich selbst ärmer.

Ich bin dankbar, daß ich als junger Mensch Männern begegnen durfte, die in der Physik Geschichte gemacht haben: Albert EINSTEIN, Walter NERNST, Willi WIEN, Max BORN oder Max v. LAUE. So verschieden sie waren, leidenschaftlich und erregt oder still und bescheiden, haben sie auf mich als faszinierende Persönlichkeiten einen unauslöschlichen Eindruck gemacht. Auch die bedeutenden und markanten Gestalten der Inneren Medizin und Chirurgie, die ich als Student und Assistent erleben durfte, sind von großem Einfluß auf meine Entwicklung gewesen: Friedrich v. MÜLLER, Ludolf KREHL, Carl GARRE, Ferdinand SAUERBRUCH, Eugen ENDERLEN, Erich LEXER. Jeder dieser Namen bedeutet nicht nur ein Kapitel der Medizin-

geschichte, sondern auch einen Stern, dessen Glanz mir unvergeßlich geblieben ist.

Die ärztliche Arbeit ist heute als Folge der Spezialisierung geprägt durch das Teamwork. Niemand wird diese Notwendigkeit bestreiten. Die Entwicklung darf aber keinesfalls dazu führen, daß seine Teilnehmer zur Anonymität herabsinken und der Kranke einem konformistischen Gremium gegenübersteht. Diese Gemeinschaftsarbeit enthebt keinesfalls von der persönlichen Verantwortung dem Kranken gegenüber und entbindet nicht von der Pflicht des eigenen Bemühens um Individualität und Persönlichkeitsbildung.

Die Chirurgie braucht Persönlichkeiten in besonderem Maße. Diagnostik und Therapie sind weitgehend Gebiete der Ratio und der Technik. Die Indikation dagegen — und der Chirurg trägt trotz vielseitiger Beratung durch die anderen Disziplinen, insbesondere die Innere Medizin, die Verantwortung für den Eingriff — ist letzten Endes eine Entscheidung, in die neben rein fachlichen Erwägungen sich der Chirurg mit seiner ganzen Individualität einschalten muß.

Die chirurgische Indikation hat mich von Anfang an besonders gefesselt, und es ist daher verständlich, daß ich sie bei zwei in meinem Leben besonders wichtigen Augenblicken zum Vortragsthema gewählt habe: für meine Antrittsvorlesung 1930 in Bonn und für den Festvortrag aus Anlaß der Wiedereröffnung unserer Julius-Maximilians-Universität nach dem zweiten Weltkrieg im März 1947.

Kein anderes Gebiet der Chirurgie enthält eine so vielschichtige Problematik, läßt sich so wenig in starre Schemata einordnen wie die chirurgische Indikation. Sie schiebt sich in den Gang des Geschehens ein zwischen den Abschluß der Untersuchung und den Beginn der eigentlichen ärztlichen Behandlung. Sie ist nicht nur wandelbar mit dem Fortschreiten der Wissenschaft im Sinne des Goethe-Wortes:

„Durch die Pendelschläge wird die Zeit,  
Durch die Wechselbewegung von Idee zu Erfahrung  
Die sittliche und wissenschaftliche Welt regiert.“ —

Sie ist ebenso abhängig von unendlich vielen äußeren und inneren Faktoren. In keinem Stadium der Beziehung zwischen dem Chirurgen und seinem Kranken spielen außer rein medizinischen Feststellungen und Erfahrungen so viele andere, vor allem ärztlich-menschliche Erwägungen eine so ausschlaggebende Rolle. Daher muß die Entscheidung zwangsläufig subjektiv und auf den einzelnen Kranken ausgerichtet sein und muß sich allein auf das eigene Gewissen gründen. Gerade die jüngste Entwicklung der Chirurgie legt damit eine neue Last auf die Schultern der Chirurgen.

Über allem Tun und Lassen sollte hier das Wort stehen, das für den Arzt aller Zeiten Geltung behalten muß, das Wort „nihil nocere“. Nicht auf die Anzahl der gelungenen Operationen kommt es an, sondern auf die Anzahl der geheilten Menschen. Und niemals ist es berechtigt, Leben oder Gesundheit eines Menschen für das eines anderen zu opfern. Und noch etwas verlangt vom Chirurgen eine klare und tragfähige Persönlichkeit. Der Chirurg greift am unmittelbarsten in den Körper der Kranken ein und hat fast täglich deren Leben buchstäblich in der Hand. Hat er auch auf der einen Seite die Freude und Genugtuung der sichtbarsten Erfolge, so treffen ihn die Mißerfolge um so schwerer.

Es gehört zwar ganz allgemein zu den elementaren Pflichten des ärztlichen Berufes, dem Kranken auch auf dem letzten, schweren Wege helfend zur Seite zu stehen und ihn nicht zu verlassen. Dem Chirurgen im weitesten Sinne stellt sich aber die darin enthaltene Problematik allzu häufig in dramatischer Dringlichkeit und zwingt ihn so, die seelische Führung des hoffnungslos Kranken oder Schwerverletzten augenblicklich zu übernehmen. Er sollte dabei auch an den Satz HUFELANDS denken, den Tod verkünden, heiße den Tod geben.

Zudem bleibt ihm die Aufgabe nicht erspart, den besorgten Angehörigen die volle, im chirurgischen Bereiche so häufig ganz unerwartete Wahrheit zu enthüllen, daß der Verletzte oder Kranke nicht oder doch nur für kurz zu ihnen zurückkehren wird. Das alles führt naturgemäß zu inneren Spannungen, denen nur der gewachsen ist, der sich jeden Abend Rechenschaft vor seinem Gewissen über seine Tagesarbeit ablegt und sich der Grenzen allen menschlichen Tuns bewußt bleibt.

Wenn ich heute zurückschaue auf die wie im Fluge vergangenen 46 Jahre seit meinem Staatsexamen und die 23 Jahre seit der Übernahme dieser Klinik, so ist mein Herz voll Dankbarkeit. Aus meiner Klinik haben sich 20 Mitarbeiter habilitiert, 5 meiner früheren Mit-

arbeiter sitzen auf eigenen Lehrstühlen, 17 meiner Schüler in angesehenen und sie befriedigenden Chefarztstellen. Ihnen schulde ich Dank für gemeinsame glückliche und erfolgreiche Arbeitsjahre. Sie sind inzwischen selbst Meister geworden, und es verbindet mich mit ihnen herzliche Freundschaft und gegenseitiges Vertrauen. Was kann es für einen Chef und akademischen Lehrer Schöneres geben als das Bewußtsein, daß die Saat aufgegangen ist und die Schüler seinen Geist weitertragen! Daß ich meinem Nachfolger, der einst mein Schüler war und die persönliche Beziehung nie abreißen ließ, Lehrstuhl und Klinik übergeben darf, erfüllt mich mit großer Freude.

Schwer fällt mir der Abschied vom Kranken. Die menschliche Beziehung zwischen Arzt und Krankem ist doch der eigentliche Inhalt unseres ärztlichen Berufes. Dem Kranken gelten unsere tägliche Arbeit, unsere Gedanken und Sorgen, aus seinem Vertrauen erwächst uns die Verpflichtung zu redlichem Tun und schöpfen wir die Kraft, die nicht selten allzu schwere Bürde zu tragen, die uns auferlegt ist.

Schwer fällt mir auch der Abschied von Ihnen, der Jugend, der die Zukunft gehört. Aber meine Wünsche und Gedanken werden immer bei Ihnen sein!

(Aus der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg  
[Direktor: Professor Dr. med. L. Demling])

## Fortschritte der morphologischen Magen-Darm-Diagnostik

von R. Ottenjann

Die Entwicklung der modernen gastroenterologischen Diagnostik ist gekennzeichnet durch das Streben nach Aussagen, die im Einzelfall zuverlässig sind. Qualitative und indirekte Methoden werden mehr und mehr durch quantitative Funktionsanalysen und biopsich-morphologische Untersuchungen ergänzt und ersetzt. Die moderne technische Entwicklung hat diesen Prozeß gefördert, das gilt insbesondere für die Endoskopie des Gastrointestinaltraktes. Die morphologische gastroenterologische Diagnostik stützt sich heute im wesentlichen auf den Röntgenbefund, die „blinde“ und gezielte Biopsie und die endoskopische Untersuchung. Zytologische Methoden erfordern, soweit sie den Magen-Darm-Trakt betreffen, große Erfahrung und viel Zeit und haben sich daher nicht allgemein durchsetzen können. Rein funktionelle gastrointestinale Beschwerden und Syndrome werden weitaus überwiegend aufgrund negativer morphologischer Befunde diagnostiziert.

### Ösophagobiopsie und Ösophagoskopie

Die „blinde“ gastrointestinale Biopsie, darunter verstehen wir die Entnahme von Schleimhautpartikeln mittels Sonden ohne endoskopische oder röntgenologische Lagekontrolle, dient der Diagnose von Prozessen, die sich diffus in einem System- oder Organabschnitt ausgebreitet haben. Sie ist also vor allem dann indiziert, wenn es gilt, entzündliche und degenerative Veränderungen nachzuweisen. Während die Schleimhautbiopsie im Bereich des Magens, des Dünndarms und des Rektums heute im allgemeinen zur klinischen Routineuntersuchung gehören, hält man die „blinde“

Ösophagobiopsie wegen der vermeintlichen Gefahr der Blutung und der Mediastinitis für zu gefährlich. Unbeabsichtigte Entnahme von Ösophagusschleimhaut bei der Gastrobiopsie ist aber kein seltenes Ereignis; sie wurde unseres Wissens immer komplikationslos überstanden. Wir haben daher die „blinde“ Ösophagobiopsie in die klinische Routinediagnostik einbezogen. Da die Schleimhaut der distalen Speiseröhre nur etwa halb so dick oder so hoch ist wie die Magenschleimhaut, nämlich im Mittel etwa 0,45 mm, muß bei der Ösophagobiopsie zum Ansaugen der Schleimhaut ein geringerer Druck angewendet werden; es genügt ein Sog von 250 mm Hg über 3 bis 5 Sekunden. Bisher liegen uns Ergebnisse von 450 Patienten vor. Da nicht alle Probanden mit Ösophagitis über Beschwerden klagten, also nicht alle das als klinisch erachtete Symptom Sodbrennen hatten, haben wir eine Korrelationsstudie durchgeführt. Sie ergab, daß pathologische biopsische Befunde der Ösophagusschleimhaut bei Probanden mit und ohne Sodbrennen etwa gleich häufig sind. Sodbrennen ist also kein obligates Symptom einer Ösophagitis und auch kein diagnostisches Signum für eine Ösophagitis. Die vergleichende Biopsie von Speiseröhren- und Magenschleimhaut ergab in einem unausgewählten Kollektiv von 166 Probanden, daß die Gastritis wesentlich häufiger ist als die Ösophagitis. Man darf daraus schließen, daß im allgemeinen die chronische Entzündung nicht vom Magen auf den Ösophagus übergreift.

Die Ösophagoskopie hat dank der Entwicklung neuer Instrumente wesentlich an Bedeutung gewonnen

und wird zu einer integrierenden Methode in der Diagnostik umschriebener Veränderungen der Speiseröhre werden. Starre Instrumente, die mit der von HOPKINS konzipierten Luftlinsoptik ausgerüstet sind, haben die Detallerkennbarkeit wesentlich verbessert. Vollflexible und dirigierbare Fiberoesophagoscope, deren bild- und lichtübertragendes System aus Glasfibern besteht, lassen sich wie eine Sonde in den Ösophagus einführen, belästigen den Patienten weniger und gestatten selbst bei nahezu rechtwinkeligem Übergang des Ösophagus in den Magen eine Inspektion der Kardia. Beide Instrumententypen sind mit Biopsievorrichtungen versehen. Eine gezielte Biopsie ist überall in der Speiseröhre möglich. Die Ösophagoskopie dient aber nicht nur der Diagnose umschriebener Prozesse in der Speiseröhre, sie dürfte auch die sicherste Methode zum Nachweis von Ösophagusvarizen sein. Wie aus einer Publikation von BRICK und PALMER zu ersehen ist, entziehen sich gering bis mäßig ausgeprägte Ösophagusvarizen häufig dem Röntgennachweis. Die endoskopische Untersuchung ist selbst bei ausgeprägten Varizen praktisch risikofrei.

#### Gastrobiopsie und Gastroskopie

Eine Gastritis kann weder röntgenologisch noch endoskopisch gesichert werden, dazu ist die „blinde“ Gastrobiopsie unerlässlich. Die beiden funktionell unterschiedlichen Anteile des Magens, die sekretorische, Salzsäure bildende Korpusschleimhaut und die inkretorische, Gastrin produzierende Antrumschleimhaut, sind aber — nach neueren Untersuchungen — keineswegs immer gleichzeitig und gleichmäßig entzündlich verändert. Vergleichende biopsische Untersuchungen der Antrum-, Korpus- und Kardiaschleimhaut während der Gastroskopie ergaben, daß eine Gastritis sich häufiger im Antrum als im Korpus entwickelt, und daß die Kardiaschleimhaut histologisch normal aussehen kann, wenn sich eine Gastritis im Bereich von Korpus und/oder Antrum ausgebreitet hat. Nach diesen Ergebnissen scheint es so zu sein, daß die Gastritis sich vorwiegend im Antrum entwickelt und sich nach proximal in Richtung auf die Kardia ausbreitet. Es genügt also streng genommen nicht, für eine histologische Untersuchung Partikel aus der Korpusschleimhaut zu entnehmen, da eine isolierte Antrumgastritis bestehen kann. Antrum- und Korpusgastritis haben unterschiedliche Folgen, die erstere reduziert die Gastrin-Inkretion, die letztere hat eine Hypo- bis Achlorhydrie zur Folge.

Erheblich verbreiterte, rigide Schleimhautfalten mit Kaliberschwankungen, sogenannte Riesenfalten, galten früher als röntgenologische oder endoskopische Zeichen einer hypertrophischen Gastritis. Die Ergebnisse der „blinden“ Gastrobiopsie haben gezeigt, daß es eine solche Gastritis nicht gibt. Riesenfalten finden sich bei sehr unterschiedlichen Schleimhautbefunden. Die Schleimhaut kann histologisch normal sein oder eine chronische Gastritis aufweisen. In seltenen Fällen findet sich eine echte Hyperplasie. Wir unterscheiden heute zwei Formen, die foveoläre Hyperplasie, wie sie beim Morbus Ménétrier, der Gastropathia hypertrophicans gigantea, angetroffen wird, und die glanduläre Hyperplasie, die mit gesteigerter Säuresekretion einhergeht und z. B. beim Zollinger-Ellison-Syndrom vorkommt. Selbst maligne Neoplasien können Substrat

von Riesenfalten sein. Die Differentialdiagnose ist praktisch nur biopsisch möglich, wenn man davon absieht, daß eine extrem gesteigerte gastrale Säuresekretion bei Nachweis von Riesenfalten eine glanduläre Hyperplasie annehmen läßt, da zwischen der Belegzellmasse und der maximalen Säuresekretion eine feste Relation besteht. Die quantitative HCl-Sekretionsanalyse nach maximaler Stimulation kann daher auch als „chemische Biopsie“ bezeichnet werden.

Die Gastroskopie blieb bis zur Verwendung von Glasfibern als optisches System eine selten angewandte Methode. Die halbflexiblen Linseninstrumente, deren Entwicklung wir vor allem Rudolf SCHINDLER verdanken, konnten sich nicht allgemein durchsetzen. Ihr wesentlicher Nachteil war, daß nicht alle Bereiche der inneren Oberfläche des Magens mit diesen Instrumenten inspiziert werden konnten. Die Situation hat sich nach Einführung des Fibergastroskops durch HIRSCHOWITZ im Jahre 1958 grundlegend geändert. Die modernen Gastroskope sind vollflexibel und seit etwa zwei Jahren auch von außen dirigierbar. Es gibt keine endoskopisch „blinden“ Zonen im Magen mehr, man kann sogar — nach u-förmigem Umdrehen der Instrumentenspitze im Magen — Fornix und Kardia besichtigen. Das Einführen dieser modernen Fibergastroskope belästigt den Patienten nicht mehr als ein dicker Magenschlauch, wie er früher für die Magensaftaspiration nach Probefrühstück verwendet wurde.

Die Domäne der Gastroskopie ist die rechtzeitige und die Differentialdiagnose maligner Tumoren des Magens. Weil aber die gesamte innere Oberfläche des Magens mit den modernen Instrumenten besichtigt werden kann und das Risiko minimal ist, hat in der letzten Zeit auch die Notfall-Endoskopie bei Blutungen aus dem oberen Verdauungstrakt Bedeutung erlangt. Endoskopisch werden nämlich auch kleinere, weniger tief reichende Läsionen der Magenwand, wie Erosionen, oberflächliche Ulzera und Schleimhaut-einrisse erkannt, die sich meistens dem Röntgennachweis entziehen. Über die Häufigkeit von Erosionen als Blutungsquellen bei gastrointestinaler Hämorrhagie liegen sehr unterschiedliche Angaben vor. Es werden 20% bis über 50% angegeben. Gar nicht selten sind nicht die röntgenologisch nachgewiesenen Ösophagusvarizen oder das festgestellte Magenulkus, sondern Erosionen Quellen der Hämorrhagie. Das Vorgehen ist folgendes: Während oder kurz nach einer akuten gastrointestinalen Blutung wird zunächst die Speiseröhre gespiegelt. Zur medikamentösen Vorbereitung reicht die intravenöse Injektion von 100 mg Dolantin aus. Findet sich die Blutungsquelle nicht im Ösophagus, so erfolgt zunächst eine Magenspülung mit Eiswasser, anschließend wird das Fibergastroskop eingeführt.

Röntgenologisch wie auch gastroskopisch ist es — und darüber dürfen alle differentialdiagnostischen Kriterien nicht hinwegtäuschen — in vielen Fällen schwierig oder unmöglich, ein benignes Ulkus von einem ulzerierenden Karzinom zu unterscheiden. Das Karzinom kann nicht nur röntgenologisch, sondern auch endoskopisch ein peptisches Geschwür imitieren. Das benigne Ulkus nimmt andererseits gelegentlich Formen an, die wir beim ulzerierten Malignom zu sehen gewöhnt sind. Ulzera können sich zudem auf dem Boden spezifischer Prozesse der Magenwand entwickeln, wie z. B. bei Tuberkulose oder Morbus Boeck, und fin-

den sich auch bei gastral Manifestation der Lymphogranulomatose, des Morbus Brill-Symmers und anderer seltener Erkrankungen. Wir haben es uns daher zur Regel gemacht, jedes röntgenologisch nachgewiesene Ulkus endoskopisch zu untersuchen und während der Gastroskopie aus dem Ulkusrandwall mehrere Partikel zur histologischen Untersuchung zu entnehmen. Werden maligne Strukturen nachgewiesen, so können wir dem Patienten eine zeitraubende mehrwöchige Kur ersparen. Finden sich nur Entzündung und/oder Nekrose, so werden röntgenologische und endoskopische Untersuchungen nach einer vierwöchigen Behandlung wiederholt. Auch wenn sich das Ulkus zurückgebildet haben sollte, werden aus dem Bereich des früheren Ulkus erneut Gewebepartikel zur histologischen Untersuchung entnommen, da wir aufgrund japanischer Beobachtungen wissen, daß Ulzera sich gelegentlich am Rande eines infiltrierenden Karzinoms entwickeln. Ein Magenulkus, das nach sechswöchiger Behandlung endoskopisch nicht abgeheilt ist, zwingt zur operativen Behandlung.

Der operierte Magen bereitet häufig besondere diagnostische Schwierigkeiten. Form- und Konturveränderungen im Anastomosenbereich sind röntgenologisch nicht selten schwer zu beurteilen. Durch Nahtraffung hervorgerufene polypoide Gebilde lassen an neoplastische Prozesse denken. Restierende Nahtfäden nach Magenoperation sind meistens nur Schönheitsfehler, sie können aber auch Fadeneiterungen hervorrufen und Blutungen induzieren. Röntgenologisch werden sie praktisch nie erkannt. Entgegen einer weitverbreiteten Meinung muß betont werden, daß Anastomosenulzera, also peptische Geschwüre nach Magenoperation, endoskopisch meistens festgestellt werden können, auch wenn sie distal der Anastomose im angrenzenden Dünndarm lokalisiert sind.

Die Differentialdiagnose infiltrierender oder exophytischer neoplastischer Prozesse ist zwar häufig „auf Anhieb“ möglich, bereitet aber nicht selten Schwierigkeiten. Die gezielte endoskopische Gastrobiopsie hilft in solchen Fällen häufig weiter, das gilt insbesondere für initiale infiltrierende und/oder oberflächlich ulzerierte Neoplasma. Der negative histologische Befund, das sei besonders betont, spricht nicht gegen die Existenz eines aufgrund anderer Kriterien vermuteten Malignoms. Die Entartung eines primär benignen Polypen kann aufgrund unregelmäßiger Konfiguration und oberflächlicher Nekrose vermutet werden, läßt sich aber selbstverständlich nie ausschließen.

Probeexzisionen entnimmt man während der Gastroskopie zweckmäßig aus der Basis eines Polypen, da sich hier am häufigsten eine maligne Degeneration entwickelt. Das zentrale Anliegen der röntgenologischen und endoskopischen Magendiagnostik ist aber die Frühdiagnose des Magenkarzinoms. In Japan, wo das Carcinoma ventriculi häufiger ist als in Mitteleuropa, hat man eindrucksvoll zeigen können, wie entscheidend sich die Prognose ändert, wenn die Diagnose bei auf Mukosa und Submukosa beschränktem Karzinom gelingt.

#### Perorale Dünndarmbiopsie und Intestinoskopie

Die perorale Dünndarmbiopsie ist eine wichtige Methode in der Differentialdiagnose des Malabsorptionssyndroms und zum Nachweis von Zöliakie, idiopathi-

scher Sprue und des Morbus Whipple. Auf die Technik soll hier nicht eingegangen werden, es sei nur erwähnt, daß die Pyloruspassage mit Hilfe der für die hypotone Duodenographie entwickelten Camus-Sonde erleichtert und beschleunigt werden kann. In den letzten Jahren hat man sich in verschiedenen gastroenterologischen Zentren um die Entwicklung von Instrumenten für die Endoskopie und Photographie des proximalen Dünndarms bemüht. Mit den im Handel befindlichen Fibergastroskopen ist es unter Röntgen-Bildverstärker-Kontrolle gelegentlich möglich, in das Duodenum vorzudringen, eine Prozedur, die in Allgemeinnarkose häufiger gelingt. Der Amerikaner RIDER hat ein etwa 2 1/2 m langes Fibereoskop mit einem Durchmesser von 7 mm entwickelt, dessen Passage durch den Pylorus mit einem Quecksilber-Pfadfinder erleichtert werden soll. In seinem Ergebnisbericht betont er aber, daß die Sicht im proximalen Dünndarm mit diesem Instrument meistens unzureichend gewesen sei. Das ideale Intestinoskop ist zweifellos noch nicht entwickelt, mit dem nicht nur eine Spiegelung des Duodenums, sondern auch eine endoskopische Sondierung der Papilla Vateri möglich sein wird.

#### Endoskopie und Biopsie des Kolons

Der endoskopisch-biopsischen Untersuchung waren bisher nur die letzten 25 bis 30 cm des Dickdarms zugänglich, das übrige Kolon konnte nur röntgenologisch untersucht werden. Biopsiesonden und flexible Glasfibereendoskope lassen sich nur selten ohne Schwierigkeiten über das Sigma hinaus in das Kolon vorschieben. Die natürlichen Krümmungen des Dickdarms stellen für die retrograde Passage nahezu unüberwindliche Hindernisse dar. BLANKENHORN und Mitarbeiter haben 1955 eine Methode zur bakteriologischen Untersuchung proximaler Kolonabschnitte angegeben, nämlich die transintestinale Intubation. Diese Methode ist geeignet, Instrumente und Sonden durch Rektum und Kolon bis ins Zökum und durch die Bauhinsche Klappe bis ins terminale Ileum hochzuziehen. Die Technik ist folgende: Eine dünne, fast 2 mm dicke Kunststoffsonde wird zunächst durch die Nase in den Mund vorgeschoben. An der Spitze der Sonde wird eine mit Quecksilber gefüllte Kunststoffkapsel befestigt, die der Patient anschließend schluckt. Unter Führung durch den Quecksilber-Pfadfinder wandert diese Leitsonde durch den Magen-Darmkanal. Die Passage nimmt — nach eigenen Erfahrungen bei etwa 30 Patienten — im Mittel etwas mehr als 70 Stunden in Anspruch. Während der Passage der Sonde durch den Gastrointestinaltrakt sind die Patienten weder ans Bett gefesselt, noch müssen sie nüchtern bleiben. Die Quecksilberkapsel wird nach Passieren des Anus entfernt, und an der Sondenspitze das gewünschte oder erforderliche Instrument befestigt. Unter Röntgen-Bildverstärker-Kontrolle werden Biopsiesonde oder ein flexibles Endoskop retrograd bis ins Colon ascendens gezogen. Dieser retrograde Transport mit Hilfe der Leitsonde dauert — in Abhängigkeit von der Flexibilität des Instrumentes — wenige Minuten bis zu einer halben Stunde. Komplikationen haben wir bei der transintestinalen Intubation nicht erlebt und wurden auch von anderen Autoren, die diese Methode wesentlich häufiger angewandt haben, nicht angegeben. Überraschend war übrigens die minimale, bei Zug an der Sonde gemessene Distanz zwi-



Eisen

auf nüchternen Magen

1x täglich

## Kendural<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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

schen Mund und Anus; sie betrug im Mittel etwas mehr als  $1\frac{1}{2}$  m.

Mit der hohen Colobiopsie nach transintestinaler Intubation ist es möglich, die Ausdehnung einer Colitis ulcerosa zu bestimmen und eine rechtsseitige Kolitis, die das distale Kolon ausspart, nachzuweisen. Sie ist auch die Methode der Wahl, eine regionale Enteritis bei unsicherem Röntgenbefund im Frühstadium festzustellen. Größere Bedeutung dürfte der hohen Co-

loskopie zukommen, da es mit ihrer Hilfe möglich sein wird, die Diagnose und Differentialdiagnose umschriebener Prozesse proximaler Kolon-Abschnitte zu erleichtern. Die Entwicklung der Coloskopie ist aber keineswegs abgeschlossen, die idealen Eigenschaften für ein solches Endoskop müssen noch ermittelt werden.

Ansch. d. Verf.: Privatdozent Dr. med. R. Ottenjann, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

## Stirbt der Praktische Arzt aus?

von Erich Grassl

Die Zahl der Praktischen Ärzte nimmt in der Bundesrepublik ständig ab. Die amtliche Statistik zeigt folgende Zahlen:

### Zahl der Praktischen Ärzte in der Bundesrepublik (ohne West-Berlin)

1958 = 28 957 = 65,5% der niedergelassenen Ärzte  
1968 = 28 651 = 57,7% der niedergelassenen Ärzte

Die Praktischen Ärzte haben mithin um 306 oder um 1,1% abgenommen. Im selben Zeitraum ist aber die Bevölkerung um 11% gewachsen (aus „Deutsches Ärzteblatt“, Heft 50, 1968, S. 2896).

Die „Arztdichte“ ist somit geringer geworden. Während 1958 ein Praktischer Arzt noch 2000 Menschen zu betreuen hatte, waren das Anfang 1968 schon 2250.

In Bayern liegen die Zahlen noch ungünstiger für den Praktischen Arzt. Wer monatlich das „Bayerische Ärzteblatt“ bei den „Dringlich zu besetzenden Kassenarztsitzen in Bayern“ durchstudiert, der findet durchschnittlich 40–50 freie Sitze von Praktischen Ärzten, vor allem im Bayerischen Wald, in der Oberpfalz und in Franken. Oft sind Orte mit 3000 bis 4000 Einwohnern monatelang ohne Praktischen Arzt.

Die Statistik des Bayerischen Statistischen Landesamtes\* zeigt folgendes

	Bayern	
	Einwohner	Praktische Ärzte
31. 12. 1957	9 192 827	5705
31. 12. 1967	10 280 351	5432
	(1,1 Mill. mehr)	(273 weniger)

Im übrigen ist die Zahl der ausübenden Ärzte in Bayern von 1957 bis 1967 von 13 147 auf 15 642 gestiegen, was vor allem auf Zunahme der Fachärzte zurückzuführen ist.

Besonders deutlich ist neben dem flachen Lande der Rückgang der Praktischen Ärzte in den Großstädten. Die Innenviertel werden mehr und mehr nur Büro- und Verkaufszentren. Junge Familien ziehen nicht mehr zu. Mit der alten Bevölkerung stirbt auch ihr Hausarzt. Die Außenviertel und Neubauviertel leiden auch unter Zuzug von jungen Praktischen Ärzten, zumal es für sie schwer ist, Wohnung und Praxisräume zu bekommen, wenn sie nicht schon rechtzeitig von den Baugenossenschaften und Baukonzernen ein-

geplant waren. Im Zulassungsbezirk München Stadt und Land waren 1958–1960 noch 40% Fachärzte und 60% Praktische Ärzte. 1968 sind es 60% Fachärzte und 40% Praktische Ärzte. Bei den Neuzulassungen im Jahre 1968 trafen nach Auskunft des Vorsitzenden des Zulassungsausschusses, Herrn Dr. H. AHLE, nur noch 30% Praktische Ärzte auf 70% Fachärzte.

Das Absterben des Praktischen Arztes auf dem flachen Lande und in der Großstadt ist ein Verlust und schwerer Schlag für die geregelte ärztliche Versorgung der Bevölkerung! Mit Recht heißt es im „Deutsches Ärzteblatt“, Heft 50, 1968, S. 2896 ff.: „Da neben dem Bevölkerungsanstieg sich auch die Morbidität erhöht hat, wird die Stagnation in der Zahl der ärztlichen Allgemeinpraxen als eine echte Verschlechterung empfunden — ist doch auch heute noch der Praktische Arzt, besonders auf dem Lande, der eigentliche Träger der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung.“

Inzwischen wird die Versorgung auf dem flachen Lande und vor allem in den Großstadtrandgebieten immer schlechter werden, da auch die überlasteten Praktiker überaltert sind und durch die Überlastung früher invalide werden oder sterben. Leider haben wir keine Statistik über die Alterszusammensetzung der deutschen Ärzte, aber nach Erhebungen soll das Durchschnittsalter der Praktischen Ärzte um 54 Jahre liegen. Daß diese Zahl stimmen kann, zeigt die Alterspyramide der Praktischen Ärzte in der KV München.

### Praktische Ärzte im Bereich der KV München Altersverteilung

unter 40 Jahren	48 Prakt. Ärzte
zwischen 40–50 Jahren	180 Prakt. Ärzte
zwischen 50–60 Jahren	290 Prakt. Ärzte
zwischen 60–70 Jahren	100 Prakt. Ärzte
über 70 Jahre	60 Prakt. Ärzte

Das gibt neue Aspekte in der Zusammenstellung des Sonntagsdienstes und des Bereitschaftsdienstes, der ja in erster Linie auf den Schultern des Praktischen Arztes getragen wird.

Am bisherigen ärztlichen Sonntagsdienst (Bereitschaftsdienst) nehmen in München-Stadt teil:

\* Frau Dr. Zimmermann vom Bayerischen Statistischen Landesamt besten Dank für die Übermittlung der Zahlen.

Praktische Ärzte	436 (338 männl., 98 weibl.)
Fachärzte für Innere Medizin	181 (148 männl., 33 weibl.)
Kinderärzte	55 (26 männl., 29 weibl.)
Sonstige Fachgruppen	51 (45 männl., 6 weibl.)
Gesamtzahl:	723 (557 männl., 166 weibl.)

Diese Zusammenstellung zeigt, daß von den Praktischen Ärzten jetzt schon aus Altersgründen (über 60 Jahre) und Gesundheitsgründen 33% ausgeschieden sind. Sie zeigt aber auch, daß die Ärztinnen immerhin mit 23% beteiligt sind, mit viel mehr also, als man gemeinhin glaubt. Und — offen gesagt — ist die Heranziehung der weiblichen Ärztinnen in vielen Polizeirevieren mit Wohnlagern, Barackensiedlungen, Fremdarbeiter-Behausungen eine Zumutung.

So wird es zweckmäßig sein, einen neuen Bereitschaftsdienst und Nachtdienst — für die Zukunft gesehen — eher auf freiwilligen jüngeren Kräften, jungen Fachärzten, Krankenhausärzten, jüngeren beamteten Ärzten und einem festen Stamm von praktizierenden Ärzten aufzubauen als aus dem langsam abbröckelnden und älter werdenden Gros der Praktischen Ärzte (s. Altersstatistik!).

Aus diesen Erwägungen heraus habe ich mich auch in der Vertrauensmännerversammlung der KV München besonders dafür eingesetzt, den neu aufzubauen den Nachtdienst nicht mit dem Stamm des bisherigen Sonntagsbereitschaftsdienstes zu besetzen, sondern mit freiwillig zuwerbenden diensttuenden Ärzten. Eine Heranziehung des bisherigen Stammes würde jedenfalls mindestens alle vier Wochen zu einem 12stündigen Nachtdienst führen, der — mit dem Funktaxi ausgeführt — wohl nicht viel Zeit zum Ausruhen und Verschnaufen anbietet. Es scheint mir unannehmbar, daß ein bereits überalterter Stand der Praktischen Ärzte noch frühzeitiger verbraucht und ausgelaugt wird — der Praktische Arzt muß ja vor diesem Bereitschaftsdienst in der Nacht und nach diesem Bereitschaftsdienst in der Nacht seine Sprechstunden abhalten und Besuche machen. Der Patient wird keine Rücksicht kennen.

So bringt das Absterben des Praktischen Arztes auf dem Lande und in der Großstadt neue Aspekte für die Besuchspraxis, die Bereitstellung des Sonntagsdienstes und den Ausbau des Nachtdienstes. Man muß sie sehen, wenn man für die Zukunft arbeiten will!

Die Zahl der niedergelassenen Fachärzte ist in ständigem Steigen begriffen, vor allem in den Sparten des Internisten, des Orthopäden, des Röntgenologen usw. Sie ist in den von uns bisher zum Vergleich herangezogenen Zeiträumen von 1958 bis 1968 um 37,4% gestiegen.

#### Zahl der niedergelassenen Fachärzte (in der Bundesrepublik)

1958 = 14 229 = 34,5% der niedergelassenen Ärzte  
1968 = 19 543 = 42,3% der niedergelassenen Ärzte

Während — gemessen auch an dem Wachstum der Bevölkerung — die Zahl der freipraktizierenden Ärzte (Fachärzte und Praktische Ärzte zusammen) stagniert, bei rund 48 000, liegt die Zahl der in Krankenanstalten tätigen Ärzte und Medizinalassistenten um 58% höher als vor 10 Jahren. Die Nachrückwelle liegt noch im Krankenhaus. Es ist aber fraglich, ob

## ACHTUNG!

ab 4. September 1969 ist das Ärztehaus Bayern über die neue Telefon-Nr.

**33 20 21**

erreichbar

sie dort nicht bleiben wird. Denn die Krankenanstalten und medizinischen Institute haben in den letzten Jahren eine große Ausweitung erfahren, es sind mehr Stellen vorhanden als früher, viele operative Gebiete — etwa in der Chirurgie — erfordern viel mehr Ärzte als früher.

Wollen überhaupt die jungen Kollegen aus ihrer sicher fundierten, gut bezahlten abhängigen Stellung, bei der Urlaub, Krankheit, Altersversicherung risikofrei sind, heraus in die viel unsichere und belastendere Situation des freiberuflich praktizierenden Arztes!?

Das werden die nächsten Jahre zeigen! Erst wenn eine größere Nachschubwelle von Medizinstudenten nachrückt, wird man sehen, ob der Praktische Arzt, der alte Hausarzt, bei der Jugend noch gefragt ist! Ob dabei der neu geschaffene „Arzt für Allgemeinmedizin“ mit vier Jahren Ausbildung eher ein Hemmschuh als eine Förderung ist, wird sich zeigen. Werden Gemeinschaftspraxen mit mehreren Ärzten, die sich selbst Tag- und Besuchsdienst einteilen, in Zukunft mehr zunehmen, oder werden die staatlichen und städtischen Ambulatorien — die beispielsweise in der Ostzone den freipraktizierenden Arzt ablösen — wachsen? Wer vermag es zu sagen? — Auf jeden Fall wächst der Hang zum beamteten Arzt in der Bundesrepublik sehr. Nach der Statistik („Deutsches Ärzteblatt“, Heft 50, 1968, S. 2899) nahm die Zahl der Behördenärzte von 1958 bis 1968 in der Bundesrepublik von 4326 auf 6050, das sind um 39,9%, zu.

Wollen wir den Dingen ihren Lauf lassen oder sollen die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer sich einschalten und sich wieder mehr für den Praktischen Arzt, den alten Hausarzt, den Landarzt, den Familienarzt, stark machen und für ihn werben!? Ich glaube fast, sie sollten es, vor allem wenn man die Berichte aus vielen Ländern (beispielsweise den Bericht von Dr. SCHWEISHEIMER über das Zurückfinden zum Hausarzt in den USA) als Grundlage nimmt. Der alte Hausarzt und Praktische Arzt kommt in all diesen „modernen“ Ländern nach einer längeren Zeit des Absterbens wieder zur Geltung und neuen Blüte. Sollen wir — die wir das in anderen Ländern vorexerziert bekamen — nicht rechtzeitig abbiegen? Wenn wir den ersten Satz der „Berufsordnung für die deutschen Ärzte“, der dieses Jahr auf dem Deutschen Ärztetag in Hannover beschlossen wurde, Wirklichkeit werden lassen wollen, dann müssen wir es! § 1 heißt nämlich:

„Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.“

Ohne Erhaltung und Stärkung der Stellung des alten Hausarztes, des Praktischen Arztes, erscheint die „Gesundheit des gesamten Volkes“ gefährdet!

Anschr. d. Verf.: Dr. Dr. Erich Grassl, 8000 München 25, Hofmannstraße 26

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

## Epidemiologie des Selbstmordes

von K. Biener

### 1. Internationale Verbreitung

Selbstmordtodesfälle sind in den meisten zivilisierten Ländern nach der teilweisen Liquidation der Infektionskrankheiten an die zweite bis vierte Stelle der altersspezifischen Todesursachenstatistiken für das 15. bis 44. Lebensjahr gerückt. Laut einer WHO-Untersuchung in 25 Ländern mit 400 Millionen Menschen, sterben jährlich durchschnittlich 18 Menschen auf 100 000 Einwohner durch die eigene Hand. In Japan ist in besagtem Lebensalter von 15–44 Jahren der Selbstmord zur zweithäufigsten, in der Bundesrepublik, in Dänemark, in der Schweiz und in Schweden zur dritthäufigsten, in Australien, Kanada, in den USA zur vierthäufigsten Todesursache geworden. In den USA bringen sich jährlich rund 16 000 Menschen um, während die Tuberkulose nur noch 14 000 Tote, Autounfälle vergleichsweise 40 000 Opfer fordern. In England verüben im Jahr rund 5000 Bürger Selbstmord; diese Zahl liegt sogar etwas höher als die der Todesopfer durch Straßenunfälle. In der Bundesrepublik registrierte man 1965 insgesamt 10 569 Selbsttötungen. In der Schweiz belief sich die Selbstmordziffer im gleichen Jahr auf 1077.

Höchste Selbstmordzahlen sind aus einigen osteuropäischen Ländern einschließlich der DDR sowie aus West-Berlin bekanntgeworden. Zu den suizidreichen Ländern zählen vor allem auch Österreich, ferner die Bundesrepublik, die Schweiz, Schweden, Dänemark und mit steilem Anstieg der Suizidmortalität innerhalb der letzten 15 Jahre auch Finnland. Als suizidarme Länder Europas imponieren Portugal, Italien sowie Spanien, welche weit unterdurchschnittliche Selbstmordziffern aufweisen. Vielleicht spielen religiöse Motivationen in diese Zusammenhänge hinein. Ob der katholische Mensch glaubensmäßig stärker vor der Selbstvernichtung geschützt sei, ist wiederholt diskutiert worden. Zweifellos ist das Wesen des Südeuropäers mitteilbarer und extrovertierter als die Mentalität des verschlossenen Nordländers; der Südländer teilt seine Sorgen eher mit, der Skandinavier will sie eher allein verarbeiten. Stellt man eine Mortalitätsskala auf, so starben 1965 in West-Berlin 34 auf 100 000 Menschen durch Selbstmord, in der DDR 26, in der BR 20, in Schweden 20, in Japan 15, in Belgien 14, in England 12, in den USA 10.

Bei Negern sind Selbstmorde seltener, wenn auch WEICHBRODT (41\*) im Gegensatz zu dieser Meinung gerade bei Naturvölkern von hohen Selbstmordzahlen, besonders bei den Frauen, berichtete. In Südafrika jedenfalls zählte man bei Negern 2,6 Suizide, bei Weißen 11,9 und bei südafrikanischen Indern 10,1 auf je 100 000 gleichrassige Personen.

Vergleichsweise schelen die Mordziffern auf ganz anderen Voraussetzungen zu beruhen; in England zählte man bei 46 Millionen Einwohnern 130 Morde im Jahr, in den USA hingegen bei 184 Millionen 6000 Morde im Jahr, obwohl die relativen Selbstmordziffern in beiden Ländern beinahe gleich waren.

\*) Die in den Klammern angegebenen Ziffern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das in den Sonderdrucken, die vom Verfasser angefordert werden können, enthalten ist.

Man kann sagen, daß sich täglich 1000 Menschen in der Welt das Leben nehmen; jede anderthalbe Minute stirbt ein Mensch durch Selbstmord. In der internationalen Todesursachenstatistik steht der Suizid damit an neun-ter Stelle.

### 2. Geschichte

Selbstmorde hat es schon immer gegeben. Buddhistische Mönche haben sich schon vor 1500 Jahren göttliche Verdienste durch Abschneiden eines Ohres, eines Armes, einer Zehe in einem „suicide mystique“ göttliche Belohnung erhofft. Diese Vorstellungen finden sich im subintendierten, langsam gewollten Selbstmord von Asketen und Kirchenvätern im Mittelalter bis hin zum Verbrennungstod der Mönche Vietnams in der Gegenwart wieder. Bei den Inkas sind nach der Eroberung durch Cortez ganze Selbstmordepidemien aufgetreten; mit ihren Familien haben sie sich u. a. in den Goldminen, in denen sie zur Fronarbeit gezwungen wurden, umgebracht. Bekannt ist auch, daß sich bei den Wahpetou-Indianern sowie bei den Sioux die Mütter beim Tode ihrer Lieblingskinder erhängten (13).

Massenselbstmorde sind auch bei den Eingeborenen auf Madagaskar und Neuseeland beschrieben worden; bei Mikronesiern und bei afrikanischen Stämmen folgten Frau und Diener dem Herrn in den Tod. In die gleiche Richtung wiesen die Witwenverbrennungen in Indien; auch in China gab es bei Witwen einen öffentlichen Selbstmord. Jakuten und Tschukten töteten alte und sieche Menschen auf deren Wunsch hin, um nicht durch Krankheiten und Gebrechlichkeit dem Stamm zur Last zu fallen; meist fiel diese Aufgabe eines vom Opfer gewünschten Vaternordes dem ältesten Sohn zu. Auch bei den Goten, Dänen und Kelten mußte sich der alternde Mensch selbst töten; man stürzte sich u. a. von einem steilen Felsen herab, um ohne Krankheit nach dem Tode zu Odin zu gelangen.

Das klassische Harakiri der Japaner war eine Art religiöser Selbstaufopferung. In zweiter Linie ist Harakiri ein ritualisierter Selbstmord des Beleidigten vor der Haustür des Beleidigers, ein Protest zur Ehrenrettung. Dagegen war bei den Persern der Suizid neben Ehebruch und Straßenräuberei eines der schwersten Verbrechen.

In der Antike waren die Meinungen über den Selbstmord umstritten. Dem Todesprediger Hegesias mußte von König Ptolemäus Philadelphus Schweigen geboten werden, da jener pessimistischen Lehre gemäß zahlreiche junge Menschen die Selbstbefreiung im Tode suchten. Plutarch beschrieb die Selbstmordepidemie der Mädchen von Milet, die der Staat nur durch die Androhung erfolgreich beenden konnte, jede weitere Selbstmörderin würde nackt auf dem Forum zur Schau gestellt. Aristoteles verwarf den Suizid als dem Staate gegenüber unsittlich. Epikur fand die Selbsttötung lächerlich, die Stoiker hingegen lehrten den Selbstmord, führten ihn oft auch durch. Die Cyniker waren konsequente Verfechter des Rechtes auf Selbstmord, wie

Diogenes und Peregrinus, welcher sich bei der Olympiade vor aller Augen verbrannte, durch die Tat bewiesen. Im alten Rom stand die offizielle Staatsmelung stets gegen die Selbsttötung; im römischen Heer wurden Suizidversuche strafgesetzlich geahndet.

Im Mittelalter wurde die Selbsttötung meist als schimpflich abgelehnt. Unter kirchlichem Einfluß wurde seit der Synode von Braga im Jahre 562, wo der Suizid mit Exkommunikation und ehrlosem Begräbnis, der sepultura asinina, geächtet wurde, der Selbstmord als teuflisch betrachtet. In der Folge häuften sich die sogenannten indirekten Suizide, bei denen der Delinquent ein todeswürdiges Verbrechen beging und zum Tode verurteilt, nicht selbst Hand an sich legen mußte. Damit war sein Seelenheil gerettet.

Im Zeitalter der Aufklärung wandelten sich speziell von den französischen Philosophen her die Ansichten über den Selbstmord; die Nationalversammlung hob 1790 Vermögenskonfiskation und ehrloses Begräbnis bei Suizidenten auf. Bestimmte der Codex Juris Criminalis Bavarici noch 1751 erneut eine Vermögensbeschlagnahmung sowie ein Verscharren der Selbstmörderleiche unter dem Galgen, so behandelte das StGB für das Königreich Bayern von 1813 den Suizid nicht mehr. Bestrafungen bei Selbstmordversuchen waren allerdings noch in vielen Ländern gesetzlich verankert, so z. B. in Ungarn und Griechenland sowie bis 1961 in England.

In der Schweiz belief sich die Selbstmordziffer bereits im Jahre 1900 auf 20 pro 100 000 Einwohner, die auch für die nächsten 30 Jahre galt. Wenn man zwischen dem höchsten Wert von 22,6 im Jahre 1954 und dem tiefsten von 19,4 im Jahre 1959 vergleicht, so ist also seit rund 67 Jahren keine besondere Änderung der Suizidhäufigkeit aufgetreten als Beweis, daß einerseits zwar keine Selbstmordhäufung aufgetreten, aber andererseits auch präventivmedizinisch keine entscheidenden Anstrengungen zur Senkung der Selbstmordziffer unternommen worden sind.

### 3. Methoden

Vergiftungen spielen eine wesentliche Rolle im Selbstmordgeschehen; bei 66% aller in der Züricher Klinik 1935—1949 behandelten Vergiftungen handelte es sich um Selbstmordabsichten. In England sind zwei Drittel aller Selbstmorde mit Gas oder Pharmakas vorgenommen worden. Die Tablettenvergiftung ist zur Methode der Wahl bei Frauen geworden. Erhängen ist in Norwegen bei Selbstmördern am häufigsten; in den USA war diese Methode bei 26% von 498 männlichen jugendlichen Selbstmördern beobachtet worden. Es ist forensisch wichtig, daß schon ein Druck von 3,5 kg die Karotiden drosseln kann; Konjunktivalblutungen sind beim Selbsterdrosseln selten. Ertränken ist in Japan beispielsweise in 11% Suizidmethode gewesen. Erschleßen gilt in den USA als klassische Selbstmordform, die dort rund 50% der Selbstmörder wählen; in Chile (8) war sie in 30,2% aufgefallen.

Auch ausgefallene Methoden werden angewendet; bekanntgeworden ist die Selbstkreuzigung des Schusters Matthäus Lorat 1802 in Venedig. Daß Ersatzmethoden gefunden werden, beweisen Erfahrungen von FISHER (15) aus Baltimore, wo nach Entgiftung des Leuchtgases im Jahre 1950 die Selbstmordziffern durch Kohlenmonoxyd rasch absanken, jedoch wenige Jahre später durch Be-

nützung von Auspuffgasen wieder auf frühere Werte anstiegen.

In den USA sind im Jahre 1962 von 20 207 Selbstmorden 9487 durch Schuß, 5126 durch Gift, 3154 durch Erhängen und 2440 durch sonstige Methoden ausgelöst worden.

### 4. Suizidversuche

Rund die Hälfte aller Selbstmörder stirbt binnen drei Monaten nach einem mißlungenen Versuch. Zwei Drittel aller Selbstmörder kündigen den Suizid vorher an. In Los Angeles haben Frauen im Verhältnis 3 : 10 mehr Selbstmordversuche aufzuweisen, Männer hingegen im Verhältnis 10 : 3 mehr Selbstmorde. Bei Teenagern in den USA wurde auf 120 Selbstmordversuche sogar nur ein perfekter Selbstmord registriert. In Sheffield lag die Relation Selbstmordversuch zu Selbstmord bei 9,7 : 1. Die Flucht aus dem Leben mißlang im Jahre 1965 in der Bundesrepublik 13 441 Personen, davon 6415 Männern und 7026 Frauen. In der Schweiz sind 1964 insgesamt rund 8000 Selbstmordversuche gezählt worden.

Nach RINGEL (29) besteht nur ein quantitativer Unterschied zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch, kein prinzipieller. Es gibt solche Personen, die den Selbstmord gar nicht ernstlich wollen und ihn zwecks Erpressung, sexueller Provokation oder Schreckwirkung nur fingieren. Dabei sind Organverstümmelungen möglich; van Gogh schnitt sein Ohr ab und schickte es der spröden Geliebten. Die zum Selbstmord entschlossenen Personen allerdings bereiten ihre Tat zielstrebig vor und perfektionieren sie mit „harten“ Mitteln, wie Schußwaffen oder Strangulation.

### 5. Gruppensuizide

Gruppensuizide sind in Japan nicht selten. Doppelselbstmorde auf Verabredung betrafen in 55% Liebesaffären, bei denen beide Partner freiwillig aus dem Leben schieden; in rund 20% handelte es sich um Mütter, welche ihr Kind mit in den Tod nahmen. Auch beim natürlichen Tod des einen Partners scheidet der andere oft nachfolgend durch die eigene Hand dahin, besonders wenn schmerzhaftes und tragisches Leiden die Situation verdüstern. 1955—1958 hat man in England 58 derartige Doppelselbstmorde gezählt. Zuweilen werden vorher Anzeichen von Vampirismus und/oder Nekrophilie auffällig. Daß allerdings auch eine Vereinnung über das Grab hinaus im Jenseits erhofft wird, beweisen die Vorstellungen des Shingu-Glaubens in Japan.

### 6. Literatur

In der Literatur sind Selbstmorddramen oft in meisterhafter Darstellung von der Ursache bis zum grausamen Vollzug geschildert worden. Kleopatra konnte den Verlust der Schönheit nicht verwinden; zu ihrer Zeit wurden übrigens in einer besonderen Akademie, dem Synapothanämenon, Vorträge über die Selbsttötung gehalten. Aias starb, zutiefst in seiner Ehre gekränkt, durch das eigene Schwert; die wertvollen Waffen Achills waren dem Schützling der Athene, dem listenreichen Odysseus, zugeschlagen worden. Der Tod Romeos und Julias ist bis heute aktuell geblieben; nicht immer erfolgt in den Schulen die konsequente pädagogische Auswertung in Form harter Diskriminierung des Todes aus Liebeskummer. Beweise in ähnlicher Form lieferte die Werther-Psychose, welche zahlreiche „induzierte“ Wer-

ther-Selbstmorde bewirkte. Zu spät schrieb Goethe den Anti-Werther mit der Forderung: „Sei ein Mann und folge mir nicht nach!“ Nicht zuletzt wird im Faust mit faszinierender Dramatik heraufbeschworen, daß eine besonnene Kindheit den Menschen vor der Selbstvernichtung zu retten vermag; Faust läßt den Giftbecher beim Klang der Osterglocken und des Kyrieleis beschämt vom Munde sinken. Oskar Wilde schließlich schildert in einem Roman „Dorian Gray“, wie das Altern zur Verzagtheit und zum Selbstmord, anstatt zur dankbaren Kontemplation der Lebensfülle und zur reifen Verklärung führen kann.

### 7. Geschlechtsunterschiede

Überall in der Welt nehmen sich mehr Männer als Frauen das Leben. 1965 registrierte die Polizei in der Bundesrepublik 6842 Selbsttötungen von Männern und 3727 von Frauen. In der Schweiz belief sich dieses Verhältnis im Jahre 1901 auf 4,78 : 1, im Jahre 1960 auf 2,64 : 1. Nationale Unterschiede zeigen z. B. in Japan eine Relation von 2 : 1, in Norwegen von 4 : 1, in den USA von 13,8 : 6, in Ungarn von 69,2 : 30,8. In England steigt die Selbstmordziffer bei älteren Frauen leicht an, während sie bei älteren Männern seit dem Inkrafttreten einer neuen Altersversicherung absinkt. Witwer sterben häufiger an Selbstmord als Witwen.

In der Menstruation schelnt die Frau, nach den Untersuchungen DALTONS (10) in zwei englischen psychiatrischen Kliniken, besonders suizidgefährdet zu sein. Diese Tatsache konnte in einem kalifornischen Selbstmordpräventionszentrum von MANDELL und MANDELL (24) in der Form bestätigt werden, daß die Mehrzahl der Telefonanrufe von suizidgefährdeten Frauen intra menstruationem erfolgten. RIBEIRO (28) hat bei 22 Hindufrauen, welche sich mit Benzin übergossen und verbrannten, in 19 Fällen mittels Uterusektionen einen Status intra menstruationem nachgewiesen. Im Gegensatz zu diesen Untersuchungen fanden MacKINNON and MacKINNON (23) eine Suizidhäufung bei Frauen in der mittleren und späten Lutealphase.

### 8. Jahresverteilung und Klimatologie

In der Bundesrepublik, in Belgien, Holland und in der Schweiz wurden die höchsten Selbstmordzahlen im September gefunden. In England jedoch ergaben sich Höchstwerte im April, niedrigste Zahlen hingegen im September. Eine Einheitlichkeit ist also nicht festzustellen. Eine gewisse Häufung haben wir in der polizeiärztlichen Praxis in Berlin und in Zürich jeweils im November gesehen. Allgemein werden mehr Selbstmorde im Frühjahr und im Herbst mit einem Hauptgipfel von April bis Juni und einem Nebengipfel von Oktober bis November mitgeteilt.

Klimatologisch fanden THOLUCK (38) und de RUDDER (11) bei 200 Selbstmordfällen in Frankfurt keine Beziehungen zu Luftdruck, Temperatur, Feuchtigkeit und Sonnenscheindauer, jedoch signifikante Korrelationen zu durchziehenden Wetterfronten. BLUMER (5) stellte 70% der Selbstmordgeschehnisse in Zürich bei Föhnneinbruch und Frontenpassagen fest, während sich Suizide seltener bei stabiler Hochdrucklage ereigneten. Im OBERSTEG und MARZETTA (18) haben in Basel 1948—1952 keine Häufung von Selbstmorden bei Kaltfront, jedoch bei Warmfrontdurchgängen nachweisen können. DIGON and BOCK (12) registrierten bei sehr

tiefem und bei sehr hohem Barometerdruck mehr Selbstmorde als erwartet, während bei mittleren Luftdruckverhältnissen und einer Luftfeuchtigkeit von 60% bis 95% die Selbstmordziffer signifikant tiefer als erwartet lag.

### 9. Motivationen

Nur rund einem Prozent der Selbstmordfälle liegen organische Leiden zugrunde, beispielsweise postmeningitische Schädigungen, arteriosklerotischer Zerebraldurchblutungsmangel, Formen von Tabes oder progressiver Analyse. Ein Drittel aller Selbstmörder müssen als Psychopathen diagnostiziert werden, die in einer reaktiven Depression, in manisch-depressivem Irresein, in einer klimakteriellen Involutionsdepression o. ä. gehandelt haben. Oft handelt es sich um Süchtige.

COHEN (9) hat in den USA 22 Selbstmordursachengruppen differenziert. Alter und Geschlecht sind maßgebend, ebenso prekäre Umweltsituationen. Im Krieg erfolgte ein Freitod der Soldaten nicht selten aus Protest oder Verzweiflung. In Münster sind nach Angaben von ALTHAUS (1) rund die Hälfte aller Selbstmordversuche und ein Viertel aller Selbstmorde durch Ehe- und Familienstreit ausgelöst worden. Sexuelle Probleme spielen beim Masturbationsselbstmord eine Rolle, der zum autoerotischen Unfall in Differentialdiagnose steht; meist verraten die perversen „accessoires“ die Diagnose. Die Schweizerische Unfallversicherung lehnt in derartigen Fällen eine Vergütung ab, da ein Wagnis vorliegt; die privaten Versicherungen machen grobe Fahrlässigkeit mit Entschädigungsabzügen bis zu zwei Drittel geltend. Auch relativ viele Homosexuelle stehen in Selbstmordgefahr. Wirtschaftliche, soziale Gründe sind weitere häufige Ursachen eines Freitodes, seltener religiöse Fehlvorstellungen, innere Leere, Selbstbestrafung, Affektstürme oder gar Träume über Selbstmord.

### 10. Alkohol und Selbstmord

Knapp ein Drittel aller Selbstmorde erfolgten in der Schweiz unter Alkoholeinfluß, im Jahre 1963 also rund 350. Nach BATTEGAY (4) waren bei klinisch behandelten Alkoholikern in 20,7% Selbstmordversuche registriert worden. Die Sucht ist nicht selten als Selbstmordersatz zu werten. Sofortentzug hat zuweilen Selbstvernichtung zur Folge.

KESSEL and GROSSMANN haben aus England von 218 chronischen Alkoholikern berichtet, bei denen es in 8% zum Selbstmord kam (20).

SZUCHOVSKY et al (36) haben 1964 aus dem Gerichtsmedizinischen Institut der Universität Budapest anhand eines Sektionsmaterials von 1681 Selbstmorden binnen drei Jahren mitgeteilt, daß von diesen Suiziden 225 durch Alkoholismus motiviert und weitere 365 unter Alkoholeinfluß ausgeführt worden sind. Mehr als 75% aller Alkoholismus-Selbstmorde und 90% der unter Alkoholeinfluß verübten Selbstmorde betrafen Männer. Die Autoren vermuten eine Zunahme des Alkohols als Selbstmordursache nicht nur in ihrem Land.

Immer wieder wird auf die Gefahr einer Selbstmordinduktion beim Alkoholiker hingewiesen; wenn Angehörige ihn zum Selbstmord treiben, wird diese Selbstvernichtung vom Alkoholiker auch eines Tages vollzogen. In Los Angeles beliefen sich 11% aller Selbstmordursachen auf Alkoholismus. MURPHY and ROBINS (27) wiesen in einer Studie aus St. Louis darauf

hin, daß Alkoholismus-Suizide wesentlich häufiger bei geschiedenen, getrennt lebenden oder einzelstehenden Personen vorkommen.

### 11. Familienstand

Ein Anstieg der Selbstmordhäufigkeit von verheirateten zu ledigen zu verwitweten und zu geschiedenen Personen ist auffällig. Nach einer amerikanischen Studie betrug die Selbstmordrelation von Witwern zu verheirateten Männern 3:1, von geschiedenen zu verheirateten Männern sogar 5:1. Besonders im jüngeren Alter sind diese Unterschiede deutlich gewesen. Bei den Frauen kamen 3—4 geschiedene bzw. verwitwete Selbstmörderinnen auf eine verheiratete.

In Dublin (25) waren 39% der Suizidanten verheiratet (5,1 auf 100 000), 43% ledig (5,5 auf 100 000) sowie 12% verwitwet (4,2 auf 100 000); 6% lebten getrennt.

In Zürich hat BRUNNER (6) eine auffällige Häufung von Selbstmorden bei geschiedenen und ledigen Frauen zwischen 30 und 39 Jahren gefunden. Geschiedene und verwitwete Männer verübten auch in diesem Untersuchungsgut von 789 Selbstmordfällen in der Stadt Zürich (1958—1964) signifikant mehr Selbstmorde als ledige und verheiratete. Die Ehe schützt vor allem Männer vor dem Selbstmord.

### 12. Altersselbstmord

Der Anteil alter Menschen am Selbstmord ist größer als an Selbstmordversuchen. Der alte Mensch meint seine Suizidabsichten ernster, wie u. a. SCHWARZ (34) bestätigt. HEDRI (17) meint, daß das Alter Wendungen der Aggressionen gegen die eigene Person begünstigen kann. Ursachen eines Freitodes alter Menschen sind Verluste sozialer Kontakte, brüskes berufliches Ausscheiden bzw. Pensionierung, Prestigeverlust, Emigration der Kinder mit Vereinsamung. Altersdepressionen kommen dazu. BACHELOR and NAPIER (2) stellten bei 10% der Patienten über 60 Jahre, die Selbstmordversuche begangen hatten, die Diagnose einer organischen Demenz, bei 47% Gemütskrankheiten fest. CAPSTICK (7) registrierte 1960 bei 351 Selbstmördern über 60 Jahre in 48% vorhergehende Depressionen. SAINSBURY (31) fand in England, daß Wohlhabenheit und nicht etwa Armut mit hohen Selbstmordziffern auch im Alter positiv korreliert waren. Körperliche Leiden mit zunehmendem Schmerz oder auch nur hypochondrischer Überbewertung spielen eine besondere kausale Rolle. Untersuchungen von CAPSTICK (7) haben gezeigt, daß rund 70% der Selbstmörder in den Monaten vor dem Tode in ärztlicher Behandlung standen.

### 13. Jugendselbstmord

In den USA sind die Selbstmordziffern von Teenagern in den Jahren 1952—1962 von 2,4 auf 3,8 je 100 000 gestiegen. In der Bundesrepublik waren 1,2% aller Todesfälle zwischen dem 5. und 15. Lebensjahr sowie 12,2% zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr auf Selbstmorde zurückzuführen. Damit ordnete sich der Selbstmord in dieser Altersstufe als zweithäufigste Todesursache nach dem Unfalltod ein. Selbstmordversuche Jugendlicher stiegen in Wien nach Angaben RINGELs (30) anteilmäßig zu den Selbstmordversuchen in der Gesamtbevölkerung von einem Zwölftel im Jahre 1950 auf mehr als ein Sechstel im Jahre 1957 an. LUNGERSHAU-

## Die Deutsche Universität in Prag

### Die letzten 100 Jahre Ihrer Medizinischen Fakultät

von Dr. Walther Koertling

ist als Band 11 erschienen. 301 Seiten, 33 Abbildungen broschiert.

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

SEN (22) schätzt die Häufigkeit von Suizidversuchen bei Schülern nach Erhebungen in Nordrhein-Westfalen bei großer Dunkelziffer auf 29/100 000. In West-Berlin handelte es sich bei fast 10% der Ratsuchenden bei der Ärztlichen Lebensmüdenbetreuung um junge Menschen unter 20 Jahren. 5% der bei der Telefonseelsorge in Los Angeles anrufenden Personen waren Jugendliche im Alter von 11—12 Jahren.

Ursache ist in rund 60% der Fälle ein „broken home“. Aber auch erste Sexualenttäuschung, Liebeskummer und Schuldgefühle, nicht zuletzt aufgrund einer falschen Sexualmoral, können über ein präsuizidales Syndrom zur Selbstvernichtung führen. JAKOBZINER (19) hat bei Suizidversuchen 12- bis 20jähriger in New York City 1960—1961 in 46,8% Streit mit Eltern, Verwandten, Freunden oder Verlobten als Ursache angegeben, in 15,7% Depressionen, in 8,4% Schulschwierigkeiten, in 4,8% illegitime Schwangerschaften, in 5,4% Konflikte mit dem Gesetz und in den restlichen Prozentanteilen sonstige Gründe.

Der Begriff des „Schülerselbstmordes“ trifft die Schule gewöhnlich zu Unrecht. Meist sind die Ursachen einer Selbstmordauslösung beim Schulkind so komplex, daß von einer Schuld einzelner nicht die Rede sein kann. Dazu kommt, daß der Pubertierende sich in erhöhter Empfindsamkeit leichter in seinem Ehrgefühl gekränkt fühlt, wie KLAUSEN (21) bemerkt. Selbstmorde von Schülern kommen immer wieder vor; bekannt wurde eine regelrechte Selbstmordepidemie in den Jahren 1908—1910 in einem Distrikt Moskaus, der 70 Schüler zum Opfer fielen. MENNER (26) hat kürzlich aus der Kinderklinik Gießen von fünf über zehnjährigen Schülern berichtet, die aus Angst vor einer Strafe oder einer Klassenarbeit mit Medikamenten ihrem Leben ein Ende setzten; vier davon waren Mädchen. Auch Studentenselbstmorde kommen relativ häufig vor; in einer Universität im Osten der USA wurde von TEMBY (37) eine dreimal höhere Selbstmordrate bei Studierenden als bei anderen Gleichaltrigen registriert. In einem Symposium des Verbandes amerikanischer Psychiater wurde festgestellt, daß der Druck von Eltern auf ihre Söhne und Töchter, bessere Zeugnisse nach Hause zu bringen, eine der Hauptursachen der Selbstmorde unter College-Studenten darstellte; im Jahre 1967 hatten über 100 000 College-Studenten Selbstmorddrohungen geäußert, von diesen unternahmen rund 10 000 Selbstmordversuche und 1000 schieden freiwillig aus dem Leben.

Über die Selbstmordprobleme junger Mädchen hat Annemarie DÜHRSEN (14) berichtet. Leonore ZUMPE (16) beschrieb in ihrem Material von 34 Katamnesen von Selbstmordversuchen bei Berliner Jugendlichen in der Hälfte der Fälle das Vorhandensein eines unehelichen Kindes. WAAGE (16) teilte aus Basel mit, daß in der Hälfte der Fälle von Jugendselbstmordversuchen in der Familie Suizidhandlungen oder Suiziddrohungen Erwachsener vorausgegangen waren. BAKWIN (3) erachtet u. a. eine soziale Isolierung, Scheidung der Eltern oder Verminderung des Lebensstandards als zusätzliche Selbstmordursache bei Teenagern. SCHRUT (33) hat bei Selbstmordversuchen von Adoleszenten besonders auf die gefährdeten Gruppen der von den Eltern zurückgestoßenen bzw. unerwünschten Kinder hingewiesen. Ausgesprochene Kindersebstmorde sind selten; Kinder sind „fortgegangen“, wenn die Mutter auch oft „fortgegangen“ ist. Die Vorstellung hereditärer Einflüsse ist durch Zwillingsstudien widerlegt worden.

#### 14. Eigene Erhebungen

An 356 weiblichen und 889 männlichen 16- bis 19jährigen Jugendlichen in der Nordschweiz haben wir in Feldstudien Untersuchungen über die Frage angestellt, wem diese Jugendlichen ihre Sorgen anvertrauen würden. Die Ergebnisse zeigt folgende Tabelle.

Feldstudie, 16- bis 19jährige Jugendliche, Nordschweiz, 1967 (n = 1245)		
Frage: „Wem würden Sie Ihre Sorgen anvertrauen?“		
	männl. Jugend	weibl. Jugend
Freund	31%	18%
Freundin	20%	25%
Mutter	14%	26%
Vater	5%	2%
Eltern	18%	8%
Pfarrer	3%	2%
sonstige Antworten	9%	19%

Unter sonstige Antworten zählten wir: „Dem Meister, dem Lehrer, dem Chef, der Tante, die Großmutter“ sowie abstrakte Vorstellung, wie: „Meinem Tagebuch, meinem Teddy, dem Ofen, unserem Hund, unserer Katze, meiner Puppe.“ Eine Antwort lautet: „Niemandem — jeder hat seinen eigenen Kummer.“

In unserem Untersuchungsgut gaben 68% der 16- bis 17jährigen Mädchen und 75% der 18- bis 19jährigen Mädchen an, bereits einmal Liebeskummer erlebt zu haben. Bei den Burschen waren es vergleichsweise im jüngeren Alter 46%, bei der älteren Gruppe 58%. Daß Liebeskummer ein echtes Problem für diese jungen Menschen darstellt, bei dem nur zu oft jegliche pädagogische Hilfe fehlt, beweisen die Antworten der Mädchen; in rund 30% der Fälle waren die Eltern gegen eine Freundschaft, in 25% bestand Untreue, in 2% war eine andere Konfession der Hinderungsgrund, in 8% reiste der Freund fort. In Einzelfällen litt die Freundschaft „wegen des Alkohols“, auch wegen des Verkehrs mit schlechten Kameraden.

In diesem Zusammenhang interessierte uns, wie diese jungen Menschen über einen Selbstmörder urteilen. 21% der männlichen Jugendlichen gaben keine Antwort, 25% gaben ausweichende Antworten („Privatsache — geht mich nichts an“), 21% verurteilten die Handlung („Biödsinn — Kurzschiußbeigkeit“) und 33% entschuldigten eine derartige Tat („Es sind arme Leute ohne Glauben — er ist gleichgültig wie alle Menschen — es gibt Leute, die Grund zum Selbstmord haben — mußte wohl übergroße Sorgen haben“).

Rund 13% der 16jährigen und 55% der 19jährigen männlichen Jugendlichen haben geäußert, bereits einmal Selbstmordgedanken gehabt zu haben. Knapp 20% aller Jugendlichen hatten bereits daheim oder in ihrer Wohnumgebung einmal etwas von einem Selbstmord bzw. Selbstmordversuch gesehen, gehört oder erfahren und konnten diesen Fall beschreiben.

Diese Fakten weisen darauf hin, daß der junge Mensch stark mit Selbstmordproblemen konfrontiert wird. Diese Probleme in offenen Gesprächen im Schulunterricht der Oberklassen als Lehrinhalt einer Lebenskunde zu klären, ist unerläßliche Teilaufgabe der modernen Gesundheitserziehung.

#### 15. Prävention

In vielen Weistädten sind Zentralstellen für Selbstmordverhütung geschaffen worden. Sie haben sich meist in Form eines Telefondienstes bewährt. Zwei Drittel der anrufenden Hilfesucher in Los Angeles waren Frauen; 22% aller um Rat fragenden Personen hatten bereits einen Selbstmordversuch hinter sich, 45% hatten bereits Kontakt mit einem Psychiater aufgenommen. Durch die im Jahre 1948 von der Wiener Caritas gegründeten Lebensmüdenfürsorge betreuten Personen wurden Selbstmordversuche von 18% auf nur noch 4% gesenkt. Die erste Telefonseelsorge in der Schweiz wurde 1957 in Zürich gegründet. Weitere Institutionen folgten als „Helfende Hand“, eine interkonfessionelle Zentrale besteht seit 1959 in Luzern. Amerikanische Erfahrungen besagen, daß in einer Stadt von 500 000 Einwohnern mit ein oder zwei Selbstmord-Notrufen binnen 24 Stunden zu rechnen ist; verstärkte Kenntnis über diese Einrichtung mag diese Zahl verdoppeln oder verdreifachen.

THOMAS (39) hat im Handbuch der Selbstmordverhütung entsprechende Präventionshinweise gegeben; für die öffentliche Gesundheitspflege werden die Probleme immer vordringlicher (40).

WEITBRECHT (42) hat die Selbstmordprophylaxe beim jungen, STENGEL (35) beim alten Menschen zusammengefaßt; BATTEGAY (4) hat beim Süchtigen sowie SCHNEIDER (32) beim Alkoholiker auf den Wert eines harmonischen Familienverhältnisses sowie des guten Elternbeispiels als Hauptfaktor einer Suizidprävention hingewiesen. Es besteht kein Zweifel, daß in diesem Bereich der Präventivmedizin noch große und dankbare Aufgaben bevorstehen.

Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert werden. (Vortrag anlässlich des III. Sozialmedizinischen Kurses am 22. November 1968 in München vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin.)

Anschr. d. Verf.: OAss. Dr. K. Biener, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Gloriastraße 32, Ch-8006 Zürich

## Grundsätzliche Fragen bei chirurgischen Begutachtungen

Von Dr. med. Jürgen Probst

Das Bundessozialgericht hat einmal ausgeführt, einem Gutachten, das in gleichgelagerten Fällen nicht überzeugen könne, müsse auch die Überzeugungskraft in dem speziellen Falle versagt werden (BSG, 20. 5. 1958; BG 1959/122; Hdb. Unfallbegutachtung I/326). Diese Kritik eines Bundesgerichtes an der ärztlichen Begutachtung macht deutlich, daß diese nicht nach Gutdünken ausgeübt werden kann, sondern das Gutachten der richterlichen Nachprüfung unterworfen ist und damit auch die Eigenschaft der Nachprüfbarkeit aufweisen muß, soll ihm ein Beweiswert zukommen. Gegen dieses Erfordernis der Nachprüfbarkeit wird oftmals verstoßen, indem lediglich subjektive klinische Meinungen schon als Beweis angesehen und dementsprechend angeboten werden, während man eine Begründung für die alleinige Richtigkeit dieser Beurteilung des Sachverhalts schuldig bleibt.

Die Ursache für diesen häufig zu beobachtenden Fehler ist nicht zuletzt zu suchen in der Unterschiedlichkeit medizinischer, d. h. naturwissenschaftlicher und juristischer Denkweisen einerseits, der Verkennung oder Verwechslung der verschiedenen Rechtsgrundlagen andererseits. So kommt es, daß wegen ihres nur scheinbar offenliegenden morphologischen Charakters gerade in chirurgischen Beweisfragen — jede an einen Gutachter gestellte Frage ist eine Beweisfrage — der Arzt nur die äußere Tatsache, den Tatbestand, feststellt, den eigentlichen Wesensinhalt jedoch nicht ergründet und daher auch weder erläutert noch nachprüfbar bewertet. Die Verkennung oder Verwechslung der in den verschiedenen Rechtszweigen und Anspruchsarten unterschiedlichen Begriffe — auch solcher mit äußerlich übereinstimmender Namensgebung — führt zu weiteren Fehlern, die ein Gutachten grundsätzlich unverwertbar erscheinen lassen müssen. Ist etwa schon der Gebrauch der Bezeichnung „Erwerbsminderung“ anstelle von „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ in der gesetzlichen Unfallversicherung unzutreffend, läßt dieser Fehler auch vermuten, daß sich der Arzt nicht genau über den Wesensinhalt dieser Begriffe im klaren ist, so muß die Begriffsprägung „teilweise Arbeitsunfähigkeit“ als Beweis für Nichtkenntnis der Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung und damit auch ihres Umfangs und ihrer rechtlichen Grundlagen gelten.

Es genügt nicht, nur den Entschädigungsanspruch schlechthin als das Motiv des Gutachtauftrages vor Augen zu haben, ohne die Entschädigungsvoraussetzungen zu kennen. Der Arzt handelt nicht richtig, wenn er sich allein auf sein rein medizinisches Beurteilungsvermögen verläßt und nicht berücksichtigt, daß medizinische Diagnosen allein gutachtlich nicht brauchbar sind, weil die mit Hilfe der medizinischen Wissenschaft ermittelten Tatsachen über Krankheitserscheinungen in eine prädikative Beurteilung einmünden müssen, wenn Rechtsfolgen aus ihnen abgeleitet werden sollen. Dennoch soll und darf der Arzt damit eine rechtliche Entscheidung nicht vorwegnehmen.

Nach dem besonders für den Zivilprozeß geltenden Beweisrecht — dessen sich der Gutachter in jedem Einzel-

faile bewußt sein sollte, um grundsätzliche Fehler zu vermeiden — hat der Sachverständige bei der Lösung der ihm gestellten Beweisaufgaben

1. die zur Entscheidung benötigten Tatsachen auf seinem Fachgebiet zu ermitteln und bekanntzugeben,
2. auf seinem wissenschaftlichen Fachgebiet allgemeine Erfahrungssätze, aus denen Schlüsse gezogen werden können, darzulegen,
3. die notwendigen Schlüsse selbst zu ziehen,
4. die getroffenen Feststellungen hinsichtlich ihres Beweiswertes nachprüfbar darzutun und
5. sich einer Entscheidung über Rechtsfragen zu enthalten.

Wenn medizinische Diagnosen, die nur veränderliche Orientierungspunkte unseres ärztlichen Denkens sein können, für eine rechtliche Entscheidung jeglicher Art brauchbar sein sollen, muß ihr Bedeutungsinhalt für Gesundheit und Leben erkennbar gemacht werden. Erst so erhält eine Diagnose, die selbst zweifelsfrei sein muß, den Rang einer Beurteilung und damit einer Aussage. Auch auf dem Gebiete der Chirurgie setzt die Begutachtung die Einhaltung dieser Grundsätze voraus. Chirurgische Erkrankungen und Verletzungen und ihre Folgen sowie Umbauvorgänge, die dem Ablauf des Lebens entsprechen, sind nicht in geringerem Maße problematisch als die in anderer fachlicher Zuständigkeit zu beurteilenden Vorgänge. Die in der Chirurgie z. T. vorherrschende Organbezogenheit ist nur scheinbar eine Bedingung chirurgisch-gutachtlicher Tätigkeit. In Wirklichkeit betrifft auch eine umschriebene Organveränderung den ganzen Menschen. Wissenschaftlicher Ausgangspunkt jeder chirurgischen Begutachtung ist daher nicht die fallbezogene, vom Zusammenhang des Ganzen gelöste Betrachtung des örtlichen Schadens, sondern die allgemeine Wissensgrundlage dieses Fachgebietes, die Allgemeine Chirurgie.

Die Tatsache, daß vom Sachverständigen weniger der Umfang des im Einzelfall vorliegenden Schadens als vielmehr seine Entstehungsursache geklärt werden müssen, wird vielfach außer acht gelassen, und es wird daher fehlerhafterweise anstelle der Ursachenaufklärung vom Gutachter die nicht ihm obliegende Tatbestandsbeurteilung vorgenommen. Am Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung läßt sich dies besonders gut klarmachen: Die gesetzliche Unfallversicherung versichert gegen bestimmte Gefahrumstände und leistet Schutz gegen Schaden, der infolge Realisierung der in diesen Umständen liegenden Gefahr eingetreten ist. Die Gefahrumstände selbst sind gesetzmäßig festgelegt; sie müssen infolgedessen im Einzelfall tatbestandsmäßig nachgewiesen werden. Ob aber ein geschützter Gefahrumstand zu dem festgestellten Schaden geführt hat, ist eine Kausalfrage. Denn die gesetzliche Unfallversicherung gewährt Schutz nur dann, wenn die Schadensmöglichkeit, die in dem versicherten Gefahrumstand gegeben war, sich realisiert hat. Aufgrund der Erfahrung ist nämlich denkbar, daß auch ein nicht geschützter, in der Person begründeter Umstand einen Schaden hat

entstehen lassen. Da nach der vom früheren Reichsversicherungsamt entwickelten Definition entsprechend dem sozialen Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung in dieser Ursachen oder Mitursachen im Rechtssinne nur diejenigen Bedingungen sind, die wegen ihrer besonderen Beziehungen zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben, kommt es darauf an, welcher der möglichen Gefahrumstände sich im Einzelfall wesentlich ausgewirkt hat. Dies führt zu der Erkenntnis, daß die Beurteilung des Zusammenhanges bei der Gesundheitsstörung beginnen, also kausal vorgenommen werden muß.

Weil in der gesetzlichen Unfallversicherung die Kausalitätsnorm der wesentlichen Ursache oder Teilursache gilt, eignet sie sich besonders gut als Ausgangspunkt für die Allgemeinbetrachtung chirurgischer Unfallursachen oder als solcher angeschuldigter Vorgänge:

### 1. Die körperliche Anstrengung oder Überanstrengung

Der Laie spricht von Überanstrengung dort, wo im unmittelbaren oder mittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einer körperlich mehr oder weniger schwer belastenden Tätigkeit ein Gesundheitsschaden hervorgetreten ist. Das Kausalitätsbedürfnis des Menschen sucht eine Verbindung zwischen einem äußeren Ereignis und einer Erkrankung herzustellen. Diese häufig sogar nur angenommenen oder vermuteten Ereignisse besitzen aber regelmäßig die Merkmale eines Unfalles, nämlich einer plötzlich von außen auf den Körper einwirkenden und diesen schädigenden Gewalt, nicht. Prototyp dieser sogenannten Überanstrengung ist das „Verheben“, das immer wieder als Unfall angeschuldigt und sogar auch als solcher attestiert wird. Dabei wird jedoch übersehen, daß einerseits im Begriff der Überanstrengung allein eine physiologische Leistung bewertet wird, andererseits alle Folgen, die dem Verheben zugeschrieben werden, nicht pathophysiologisch, sondern morphologisch bedingt sind. So enthält denn der angeschuldigte Vorgang des Verhebens gleich zwei Widersprüche: Ein eigentliches Verheben ist im physiologischen Sinne überhaupt nicht möglich, da das Heben einer Last nur bis zu der Grenze möglich ist, bis zu der Muskelkraft zur Verfügung steht; denn niemand kann mehr heben, als er an Kraft aufzubringen vermag. Der zweite Widerspruch besteht darin, daß nicht der Hebevorgang als physiologischer Ablauf schädigend wirkte, sondern ganz unabhängig davon ein morphologisches Geschehen abgelaufen ist und sich gesetzmäßig fortsetzt oder vollendet. Unter gar keinen Umständen ist der Hebevorgang als der einer physiologischen Kraftleistung, und mag sie noch so extrem sein, geeignet, etwa einen Bandscheibenvorfall zu verursachen. Die Entstehung eines Bandscheibenvorfalles hat mit dem sogenannten Verheben, d. h. mit einer Kraftleistung, überhaupt nichts zu tun. Der Bandscheibenvorfall tritt ein, wenn der Faserring der Bandscheibe zerschlossen ist, was wiederum eine langdauernde Abnutzungsperiode voraussetzt. Daß eine Bandscheibe auch traumatisch zerstört werden kann, ist unbestritten; dies geschieht aber durch einen unphysiologischen und nicht durch einen physiologischen Mechanismus.

Liegt im Begriff der Überanstrengung das Merkmal eines pathophysiologischen Ablaufes, dann ist dieser Begriff überhaupt ungeeignet für die Anwendung auf morphologische Verhältnisse oder mechanische Vor-

gänge, sondern kann allenfalls der funktionellen Erschöpfung eines Organs vorbehalten bleiben, und auch hier nur in dem Sinne, daß eine unphysiologische Ausschöpfung, ein totales und irreversibles (und dadurch schädigendes) Verausgaben der Kräfte unter ungewöhnlichen Umständen stattfindet.

### 2. Spontane Verletzungen

Spontane Verletzungen können unter zufälliger zeitlicher Mitwirkung eines Unfalles oder unfallähnlichen Geschehens eintreten, sie bedürfen zu ihrem Eintritt dessen Mitwirkung jedoch nicht. Ist der Unfall kein wesentlicher Bestandteil zum Zustandekommen der Verletzung, dann ist auch ein rechtlich beachtlicher Zusammenhang nicht gegeben. Unter solchen spontan entstehenden Verletzungen versteht man solche, die ihrem Ergebnis nach als Verletzung beeindrucken, z. B. der Riß einer Sehne, der Zusammenbruch eines Wirbelkörpers.

Jeder Sehnenriß stellt sich für den Betroffenen schon deswegen als ein (scheinbar) unfallmäßiges Geschehen dar, weil Prodromalbeschwerden bis dahin gewöhnlich nicht bestanden hatten und bis zum Eintritt der Zusammenhangstrennung die im Gange befindliche Degeneration sich auch leistungsmäßig nicht bemerkbar machte; schließlich gehen Sehnenrisse meist mit einem merklichen und oft auch mit einem hörbaren Ruck einher, was erst recht den Eindruck eines Unfalles hervorruft.

Neuere Erkenntnisse der Sehnenforschung haben zu einer Änderung der bisherigen Begutachtungspraxis, wonach grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, daß eine gesunde Sehne nicht reißt, keinen Anlaß gegeben. Nach wie vor gilt, daß eine gesunde Sehne nur durch eine direkte quetschende, schneidende oder spießende Gewalt verletzt werden kann — es sei denn, es werden beim Gewaltriß die physiologischen Sicherungen der Sehne durchbrochen. In der Regel handelt es sich um durch Degeneration verursachte Sehnenrisse. Es kann aufgrund neuer Untersuchungen daran festgehalten werden, daß schon ziemlich früh im Lebensablauf degenerative Veränderungen, die sich gegen Altersveränderungen abgrenzen lassen, im Sehngewebe auftreten. Degenerative Erscheinungen kennzeichnen sich durch Änderungen des geweblichen Aufbaues, Verlust der Ordnung der Kollagenfibrillen, histologische und chemische Zustandsänderung derselben und damit Verlust der mechanischen Eigenschaften dieser. Diese degenerativen Veränderungen sind das Ergebnis eines Mißverhältnisses von Gewebebeanspruchung und Regenerationsfähigkeit, d. h. einer mangelhaften Reaktionsfähigkeit auf die geforderte Leistung, bedingt durch Verminderung der Durchblutungsgröße. Bei den Altersveränderungen bleiben die mechanischen Eigenschaften erhalten.

Bei der Beurteilung der Ursächlichkeit des Sehnenrisses ist davon auszugehen, daß die Zugfestigkeit der Sehne viel größer als die vom Muskel aufzubringende Kraft ist. Nur wenn die Sehne einen Schaden, sei es ein Zerfall ihres inneren Gefüges, sei es eine rein mechanische Zerschleißung über einem Knochenvorsprung, aufweist, reißt sie ein; dann allerdings bei jeder Belastung, die ihre noch verbliebene, jedoch fortschreitend absinkende Zugfestigkeit überschreitet. Eine

solche Sehne, die weniger zugfest ist, als ihr Muskel an Kraft aufzubringen vermag, ist in jedem Stadium des Degenerationsfortschritts bereits als pathologisch anzusehen.

Der Verletzungsmechanismus der gesunden Sehne ist ein ganz anderer: Hier tritt eine Verletzung nur ein, wenn eine Gewalt die physiologischen Sicherungen des aus Muskeln, Sehnen und Nervenendkörperchen zusammengesetzten Systems durchbricht. Dies setzt voraus, daß die Sehne sich in gespanntem Zustand befindet und gewaltsam eine überraschende, d. h. die reflexogene Steuerung zeitlich unterlaufende Dehnung der kollagenen Fibrillen erleidet, ehe die elastischen Fasern in Tätigkeit getreten sein können. Solche Mechanismen sind denkbar an der Achillessehne beim Sturz des Skifahrers oder an der Bizepssehne beim Absturz, bei dem der Abstürzende sich mit der Hand an einem vorragenden Gegenstand noch abzufangen versucht.

Eine Ummünzung des spontanen Sehnenrisses in das Ergebnis einer körperlichen Überanstrengung ist nicht möglich. Das Sicherheitssystem Muskel — Sehne — Nervenendkörperchen läßt eine Überanstrengung überhaupt nicht zu. Ein bereits mit voller Kraft arbeitender Muskel kann seine Leistung nämlich nicht noch einmal erhöhen und ist daher auch nicht in der Lage, eine Intakte Sehne zu zerreißen.

Unter dem Gesichtspunkt der Wesentlichkeit einer angeschuldigten Gewalteinwirkung ist also festzustellen, daß im Falle einer Vorschädigung der Sehne die wesentliche Bedingung in der Leistungsminderung des Gewebes, im Falle einer Durchbrechung der Sicherungsorgane aber in der Art der Gewalteinwirkung zu suchen ist.

Eine in der chirurgischen Begutachtung immer wieder vorkommende Spontanverletzung ist die Spontanfraktur eines Wirbelkörpers. Häufig werden Hebevorgänge als Unfallursache angeschuldigt. Aber auch hier handelt es sich in Wirklichkeit nur um ein Mißverhältnis zwischen der von der Rückenmuskulatur noch aufzubringenden Kraft und der Tragfähigkeit des Knochengerstes. Die wesentliche Bedingung für den Spontanzusammenbruch des osteoporotischen Wirbelkörpers stellt nicht die willentliche Arbeitsleistung der Rückenmuskulatur dar, sondern die im Verhältnis zu der überrigen Leistungsfähigkeit des Körpers nicht mehr physiologische Tragfähigkeit des Knochengerstes, wobei die eigentliche Ursache in einem Abbau der Gerüsteiweißkörper zu suchen ist. — In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß selbstverständlich auch ein osteoporotischer Wirbelkörper traumatisch geschädigt werden kann, was dann aber besonders dargetan werden muß. Das Merkmal des osteoporotisch zusammensinkenden Wirbelkörpers ist die gleichmäßige Abflachung des Wirbelkörpers unter Erhaltung der stärkeren Randleisten sowie der sogenannten harten Teile, nämlich der Bogenwurzeln. Wird ein osteoporotischer Wirbelkörper echt gewaltmäßig betroffen, dann zeigt sich eine solche Verletzung durch begleitende Bruchverletzungen auch der sogenannten harten Teile an.

### 3. Durch Krankheiten herbeigeführte Unfälle

Gelegentlich werden Unfälle nicht durch äußere Einwirkung herbeigeführt, sondern Krankheiten verursachen selbst, sei es durch plötzliches Hervortreten, sei

es durch plötzliche Änderung im Krankheitszustand, einen Unfall. In der Rechtsprechung des früheren RVA wurden solche Ereignisse nicht als Unfälle anerkannt, die neue Rechtsprechung erkennt sie jedoch an, wenn „besondere Umstände“ dazugekommen sind. Diese besonderen Umstände betreffen die wesentliche Mitwirkung der Betriebstätigkeit und ihrer Eigentümlichkeiten, also auch die Beschaffenheit der Betriebsmittel, des Betriebsortes und gegebenenfalls des Weges von und zur Arbeit. Ein solcher Unfall kann daher entschädigungspflichtig werden, wenn solche besonderen Umstände wesentlich zur Schwere der Unfallfolgen beigetragen haben. Für die chirurgische Begutachtung ergeben sich hieraus Fragestellungen dort, wo es etwa durch Stürze oder aber auch durch Berührung mit Maschinen oder dergleichen zu Unfällen kommt.

Die Härte des Straßenpflasters, die besondere Beschaffenheit des Fußbodens in einer Betriebshalle sind in diesem Sinne keine besonderen Umstände, da es sich um die gewohnte Umgebung handelt. Erst eine besondere Beschaffenheit dieser Unfallstelle oder aber auch besondere Umstände, unter denen ein Weg zurückgelegt wurde, können wesentlich zur Entstehung und Schwere der Verletzung mitgewirkt haben. Im Falle einer chirurgischen Begutachtung ist es daher notwendig, auch die besonderen Verhältnisse dieser Unfallstelle in die Beurteilung einzubeziehen.

Vor besonderen Anforderungen steht der Gutachter dort, wo eine besondere Körperbeschaffenheit eine individuelle Unfallgefährdung birgt. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Syringomyelie, die zu gewissen Unfallkrankungen, z. B. für das Panaritium, besondere Dispositionen schafft. Hierbei muß davon ausgegangen werden, daß in der gesetzlichen Unfallversicherung der Versicherte so versichert ist, wie er beschaffen ist. Deswegen muß, um einer nicht vertretbaren Ausweitung der Entschädigungspflicht entgegenzuwirken, unterschieden werden zwischen solchen Vorkrankheiten, die eine eigenständige Fortentwicklung durchmachen, und solchen, die nur einen von der „Norm“ abweichenden Körperzustand mit veränderten Reaktionsfähigkeiten geschaffen haben. Immer kommt es darauf an, ob die angeschuldigte Einwirkung im Verhältnis zu dem Vorzustand wesentlich zur Herbeiführung des Schadens mitgewirkt hat.

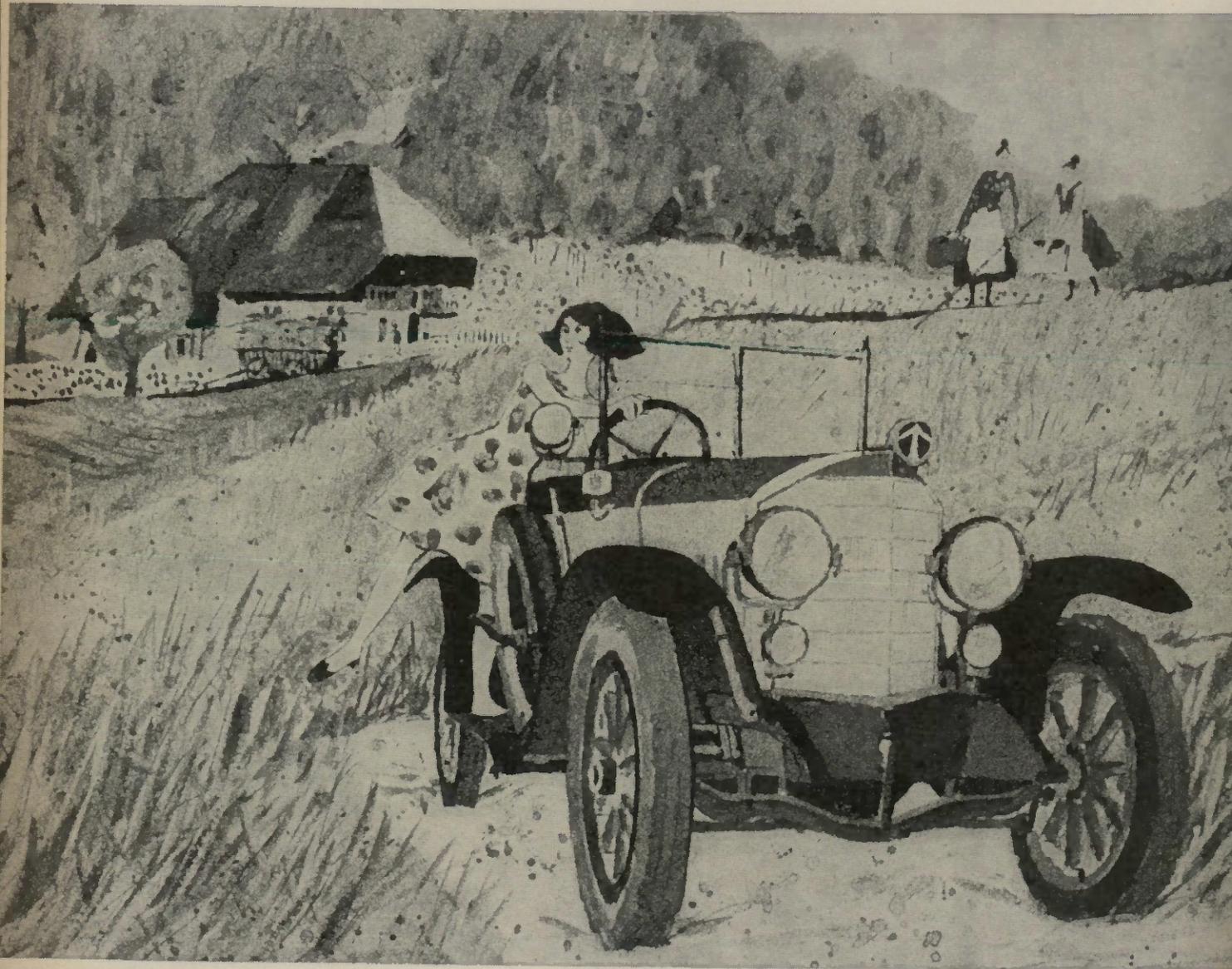
Um zu einer klaren Abgrenzung zwischen wesentlich mitwirkender Ursache und Gelegenheitsursache zu gelangen, muß der Gutachter, da es allgemeingültige Merkmale für jede Art von Schädigung nicht gibt, gewisse Kriterien prüfen, nämlich

1. Art und Intensität des Unfalles,
2. örtliche und zeitliche Beziehung zwischen Unfall und Krankheitszeichen,
3. Entwicklung und Verlauf des Leidens.

Am Beispiel des bei der Syringomyelie öfters beobachteten Panaritiums ergibt sich daraus folgendes: Ein Panaritium kann jederzeit entstehen, wenn infektiöse Keime in die Haut oder unter den Nagel eines Fingers eindringen. Schon bei intakter nervöser Versorgung ist die unbemerkte Entstehung der Verletzung die Regel, während die Wahrscheinlichkeit der Entstehung am Arbeitsplatz oder im alltäglichen Leben als gleich groß anzusehen ist. Die Syringomyelie bedingt eine abschnittsweise herabgesetzte Empfindlichkeit der Haut,

Damit das Fahrgestell solange hält  
wie der Motor läuft:

# arthrosenex



Zur ganzheitlichen Therapie der Arthro-Myo-Pathien,  
lokal: Arthrosenex mit intensiver Tiefenwirkung,  
intern: Dolo-Arthrosetten: analgetisch, myotonolytisch  
Arthrosetten: Umstimmung des periartikulären  
Stoffwechsels, zur Langzeit-Therapie.

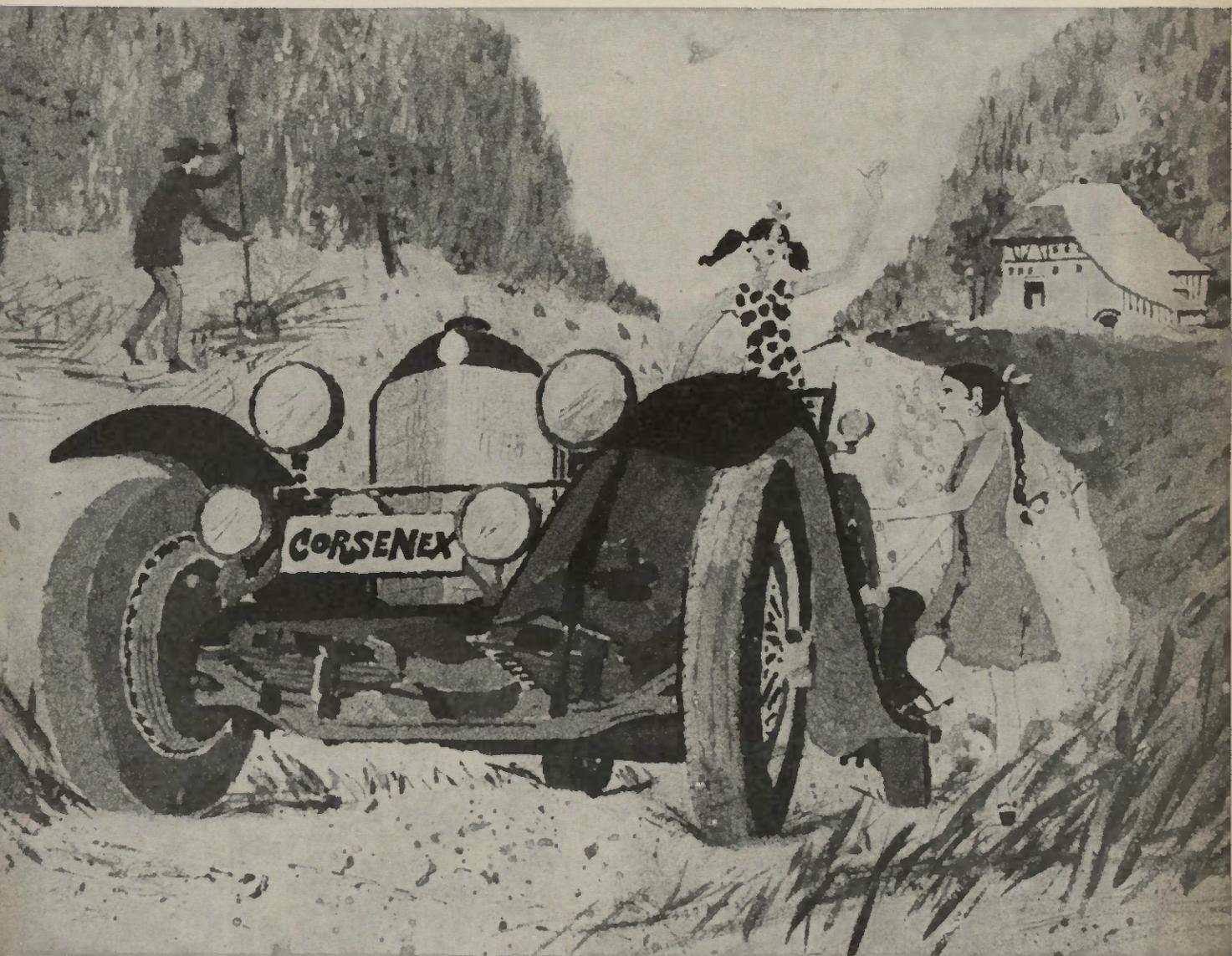
Arthrosenex 50,0 DM 4,45  
Dolo-Arthrosetten 30 Dragees DM 3,80  
Arthrosetten 40 Dragees DM 3,30  
Literatur und Muster auf Wunsch.

Georg A. Brenner  
Arzneimittel-Fabrik GmbH  
7297 Alpirsbach/Schwarzwald



Damit der Motor solange läuft  
wie das Fahrgestell hält:

# CORSENEX



Ein Herz altert nicht allein.  
Darum nicht nur ein Cardiacum, darum gleich ein  
Cardiacum kombiniert mit vasotropen Substanzen,  
Stoffwechsel- und Verdauungsaktivatoren.  
Darum: das Gero-Cardiacum Corsenex —  
denn das Geschehen ist komplex.

Georg A. Brenner  
Arzneimittel-Fabrik GmbH  
7297 Alpirsbach/Schwarzwald

40 Dragees DM 4.75  
Literatur und Muster auf Wunsch



so daß die sofortige Feststellung einer Verletzung an der Arbeitsstelle regelmäßig unterbleibt. Art und Intensität des Unfalles können daher nur daraufhin untersucht werden, ob die Möglichkeiten zur Verletzung an der Arbeitsstelle überhaupt gegeben waren. Der Gutachter muß jedoch wissen, daß bei der Syringomyelie auch eine verminderte Heilungsneigung der Wunden besteht, so daß eine einmal eingetretene Verletzung im unterempfindlichen Bereich auf die Dauer doch nicht unbemerkt bleiben kann. Deswegen hat der Gutachter neben der örtlichen Beziehung zwischen Verletzungsstelle und Krankheitsstelle auch die zeitliche besonders zu prüfen. Hat beispielsweise das Panaritium bereits vor Beendigung der dritten Woche nach dem angeschuldigten Unfall auf den Knochen übergreifen, dann handelte es sich um eine ältere Erkrankung; liegt aber zwischen angeschuldigtem Unfall und Erkrankung ein wesentlich größerer Zeitraum, so kann ebenfalls ein ursächlicher Zusammenhang mit dem angeschuldigten Vorgang nicht bestehen.

#### 4. Zusammenwirken von Krankheiten mit Unfällen

Im Gegensatz zur Herbeiführung von Unfällen durch Krankheiten handelt es sich beim Zusammenwirken von Krankheiten mit Unfällen um solche Fälle, wo Krankheitsanlagen erst durch den Unfall oder seine Folgen manifestiert werden. Hier ist die entscheidende Frage, ob ohne den Unfall die Krankheitsanlage nicht in das manifeste Stadium eingetreten wäre. Eine dahin gehende Fragestellung wird dem Chirurgen oftmals, z. B. im Zusammenhang mit Verletzungen im Bereiche alter Unterschenkelgeschwüre oder traumatisch entstandener Narbenflächen, vorgelegt. Dazu ist folgendermaßen Stellung zu nehmen: Es besteht pathologisch-anatomisch und pathophysiologisch ein Unterschied zwischen gelegentlich eines Unfalles entstandenen Unterschenkelgeschwüren, die an einem bereits durchblutungsgestörten Unterschenkel auftreten, und solchen, die sich im Bereiche einer schon vorhandenen, zu irgendeinem Zeitpunkt entstandenen Narbe entwickeln. Denn während bei bestehender Durchblutungsstörung die wesentliche Voraussetzung für die Nichtheilung oder erschwerte Heilung einer Gelegenheitsverletzung die Durchblutungsstörung ist, ist im anderen Falle die alte Narbe die wesentliche Bedingung für die Nichtheilung oder verzögerte Heilung der neu entstandenen Verletzung. Es kommt hinzu, daß die Haut im Bereiche ehemaliger Unterschenkelgeschwüre eine verminderte Widerstandsfähigkeit aufweist, so daß in aller Regel wiederholte Erkrankungen bei solchen Patienten leicht nachzuweisen sind. Ist dies der Fall, dann kann dem angeschuldigten Unfall eine Mitwirkung an der Manifestation des Unterschenkelgeschwürsleides nicht zugemessen werden; es sei denn, die Verletzung hat auch nicht-veränderte Hautabschnitte nachhaltig geschädigt. Ein von außen kommender Stoß, der ein Krampfaderknötchen aufplatzen läßt, stellt eine solche Verletzung nicht dar (Bayer. LSG, 19. 6. 1957). Demgegenüber pflegen Narbenbildungen, die unfallbedingt entstanden sind, zwar eine erhöhte Verletzlichkeit aufzuweisen; es handelt sich hierbei aber nicht um eine aus körperinneren pathogenetischen Bedingungen hervorgegangene besondere Körperbeschaffenheit, sondern um eine Zustandsänderung, der wohl die erhöhte Verletzlichkeit, nicht aber die Krankheitsdynamik des Unterschenkel-

geschwürsleides innewohnt; wesentlich für den Neueintritt einer Erkrankung ist also stets die neuerliche Verletzung.

#### 5. Infektionen

Chirurgische Infektionen können bei jeder Gelegenheit im täglichen Leben entstehen, sie bedürfen dazu nicht grundsätzlich eines Unfalles.

Die Wundinfektion kann auf zwei Arten zustande kommen: durch Eindringen eines Infektionserregers als Unfallereignis oder durch Eindringen eines Infektionserregers in eine schon vorhandene Wunde. Steht die Beurteilung eines Arbeitsunfalles an, so sind sogar drei Entstehungsarten zu unterscheiden:

1. Eindringen eines Infektionserregers als Unfallereignis.
2. Eindringen eines Infektionserregers in eine schon vorhandene Wunde bei versicherter Tätigkeit.
3. Eindringen eines Infektionserregers bei nicht-versicherter Tätigkeit in eine bei versicherter Arbeit entstandene Wunde.

In allen drei Fällen liegt ein entschädigungspflichtiger Arbeitsunfall vor. Diese weiträumige Auslegung des Unfallbegriffes bei Wundinfektionen entspricht deren Eigenart. Damit wird die besondere Gefährdung durch diese Schädigungsart ausgeglichen. Andererseits ist notwendigerweise eine Beschränkung erforderlich, nämlich durch strenge Beweisanforderungen insbesondere bezüglich des Nachweises von Zeit und Ort und vor allem Identität der Infektion. Da die Wundinfektion durch verschiedene Erreger herbeigeführt werden kann, richtet sich die Zusammenhangsfrage auch immer auf die Spezifität und Identität des Erregers.

Grundsätzlich müssen folgende Forderungen erfüllt sein:

1. Eine Verletzung muß erwiesen sein.
2. Die Infektion muß nachgewiesen sein.
3. Verletzungsstelle und Erregereintrittspforte müssen identisch sein.
4. Der Zusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit und Verletzung bzw. Infektion muß erwiesen sein, und es muß feststehen, daß diese Verletzung und diese Infektion zusammenhängen.
5. Die Infektion muß in dem Zeitraum manifest geworden sein, der der Art dieser Infektion (des Erregers) entspricht.

Dazu ist noch zu bemerken, daß die unter Ziffer 1 aufgestellte Forderung des Nachweises einer Verletzung nicht die Forderung des Nachweises einer Wunde enthält, da eine Wunde zwar vorauszusetzen ist, in manchen Fällen aber nicht mehr festgestellt werden kann; nachgewiesen sein müssen dagegen eine Verletzung oder deren Zeichen.

Zur Erfüllung dieser Anforderungen ist die Dokumentation der ersten ärztlichen Feststellungen besonders wichtig. Infolgedessen muß die Befundbeschreibung nicht nur genau, sondern erschöpfend sein, und es kommt auch auf sprachliche Genauigkeit an; das Wort „entzündliche Veränderung“ allein besagt alles und nichts zugleich, denn es kann sich dabei um Sekundärerkrankungen einer Stauung, eines Gefäßverschlusses oder gar einer Vergiftung handeln, Schwellungen brauchen überhaupt nicht entzündlich zu sein. Wichtig ist

# Vibrocil Nasen-Gel – das erste Nasen-Gel in Deutschland



...dreht dem Schnupfen  
eine lange, lange Nase

#### Milde und schonende Wirkung

- Vibrocil Nasen-Gel schont das Flimmerepithel,
- Vibrocil Nasen-Gel bleibt länger dort, wohin es appliziert wurde,
- stoppt das Nasenlaufen und stellt die freie Nasenatmung wieder her, ohne die Schleimhaut auszutrocknen,
- Vibrocil Nasen-Gel beugt der bakteriellen Sekundärinfektion vor.

Breites Anwendungsgebiet: Akuter, chronischer und eitriger Schnupfen, Schnupfen bei Überempfindlichkeitskrankheiten, Sinusitis.

## Vibrocil



Die neue Gel-Form bereichert das bewährte Vibrocil-Programm: Jetzt gibt es Vibrocil als Nasentropfen, als Nasenspray und als Nasen-Gel.

Zyma-Blaes AG 8 München 25



auch die schriftliche Festlegung des Zeitpunktes einer Untersuchung, da hieraus wichtige Schlüsse gezogen werden können. Immer kommt es darauf an, mit Bestimmtheit eine Infektion zu diagnostizieren oder auszuschließen.

Der Hinweis auf die Dokumentation der Verletzungs- und Krankheitszeichen zum Zeitpunkt ihrer Feststellung gilt im übrigen nicht nur bezüglich der Begutachtung der Wundinfektionen. Vielmehr ist er bei jeder Verletzungs- und Erkrankungsart angebracht; denn die Feststellung des Zeitpunktes, zu dem ein bestimm-

ter Befund bestanden hat, läßt im Vergleich zu seiner vorherigen und weiteren Entwicklung allgemeine Rückschlüsse auf seine Wesensart zu. Auch wird nur so das Erfordernis der Nachprüfbarkeit, auf das eingangs aufmerksam gemacht wurde, erfüllt.

(Vortrag anlässlich der Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V. am 18./19. Oktober 1968 in Augsburg)

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Jürgen Probst, Chefarzt des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses, 8110 Murnau

## AUS DEM STANDESLEBEN

### Dr. med. Gustav Sondermann 75 Jahre



Gustav Sondermann, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, konnte am 7. Oktober 1969 seinen 75. Geburtstag begehen. Ein frohes Ereignis für ihn selbst und uns alle.

Von 1913 bis 1921 studierte G. S. Medizin an den Universitäten Erlangen und München. Sein Studium wurde durch den ersten Weltkrieg unterbrochen. 1922 ließ er sich als Praktischer Arzt in Emskirchen nieder, wo er auch heute noch wohnt.

Im Jahre 1934 kehrte er in den aktiven Wehrdienst zurück und war im zweiten Weltkrieg Oberstarzt und Kommandeur einer Sanitätsabteilung in einer Panzerarmee. Im Jahre 1948 wurde er — aus englischer Gefangenschaft zurückgekehrt und wieder als Praktischer Arzt tätig — zum Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Erlangen gewählt.

Seit 1951 gehört er dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer an und ist seit 1955 deren Vizepräsident. Dem Vorstand der Bundesärztekammer gehört er seit 1957 an und war jahrelang Vorsitzender des Ausschusses und der Ständigen Konferenz für Fragen des Sanitätswesens in der Bundeswehr und des zivilen Bevölkerungsschutzes. Als Mitglied des Bundesgesundheitsrates und des wehrmedizinischen Beirates der Bundeswehr hat er wertvolle Beiträge geleistet.

Die hingebungsvolle, von Idealismus getragene Arbeit Dr. Gustav Sondermanns fand öffentliche Anerkennung durch die Verleihung des Großen Bundesverdienstkreuzes und der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzte. 1958 war er Ehrenpräsident des 61. Deutschen Ärztetages in Garmisch-Partenkirchen. Seine damalige Präsidentenrede offen-

barte den geistigen Hintergrund und die Leitlinien seines Wirkens und hat alle Zuhörer tief beeindruckt. Einige Gedanken sollen heute in Erinnerung gerufen werden:

„Der Mensch spricht so viel von Freiheit und ist mit seinen zwischenmenschlichen Beziehungen noch nicht so weit gediehen, daß aus solch gutem Zusammenleben und Zusammenstehen Freiheit entstehen könnte. Wir schweifen in das Unbegrenzte und Unbeherrschbare und versäumen darüber das Nächste, eben den Nächsten... Wenn wir in dieser unserer Zeit beobachten, wie von hektischer Gereiztheit getrieben der Mensch jagt, wie er sein bißchen Macht nicht zur Hilfe, zum guten Wort für den anderen nutzt, sondern dazu, den anderen unter sich zu bringen, dann scheint mir eine der quälendsten Fragen heute die zu sein: Was macht der Mensch mit dem Menschen? ...

Ja, wir haben uns einfach aus unseren ungelösten zwischenmenschlichen Beziehungen heraus auch der Freiheit des Denkens und Handelns begeben. Denn diese Freiheit wird ja unentwegt irritiert durch die notwendige und stete Deckungssuche vor dem anderen...

Wenn wir es uns recht überlegen, beginnt die Weisheit meist da, wo der Mensch den Mut hat, zu gestehen, daß er am Ende seiner Weisheit ist; denn dann beginnt er die Dinge selbst sprechen zu hören, die Dinge und den Mitmenschen, dann gehört er zu der Menschengruppe, welche, falls sie nichts Entscheidendes zu einer Sache zu sagen hat, dies stillschweigend absolviert. Hätten wir mehr solche weise Menschen — welche erquickende Stille würde sich plötzlich über dieses heute noch vom Geschrei und Gezeter erfüllte Land legen. Und dann käme vielleicht Besinnung und Einkehrung über uns und mit diesen beiden die Weisheit des behutsamen Umgangs mit dem anderen. Dann könnte man aufeinander hören und gemeinsam ans Werk gehen, das ein Ganzes schaffen will, in dem alle Einzelgruppen Platz haben.“

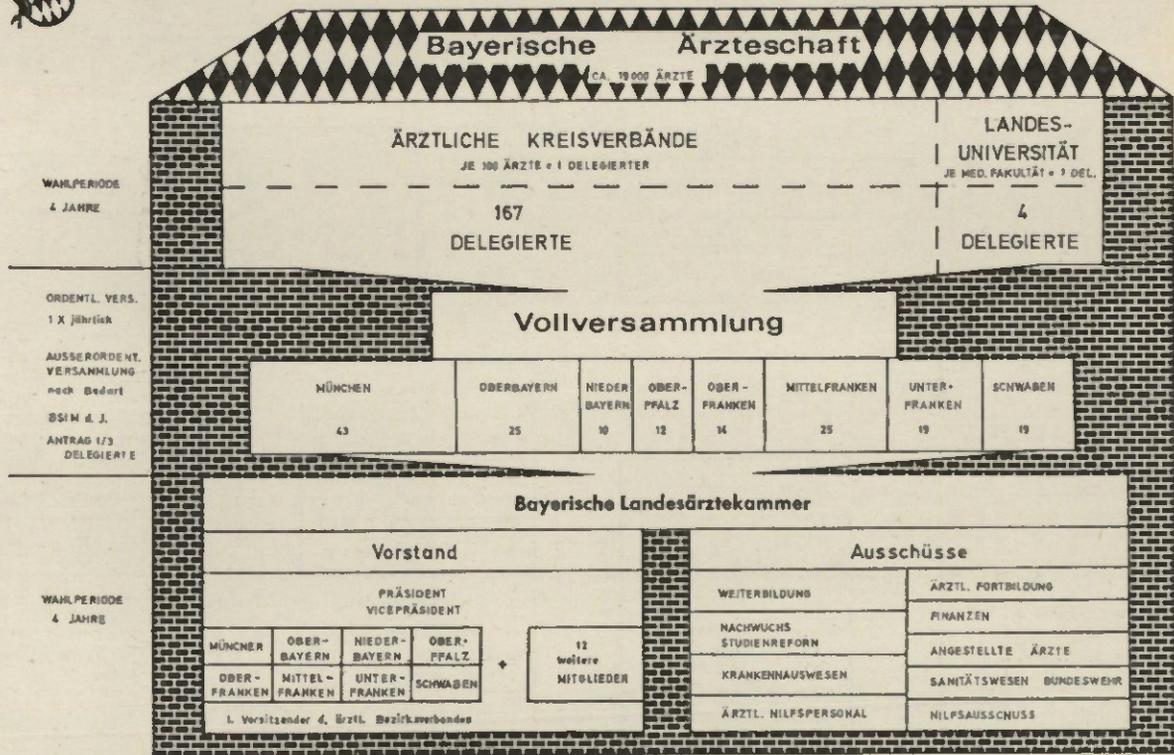
Nach mehr als zwanzig Jahren standespolitischen Einsatzes, darunter vierzehn Jahre als Vizepräsident unserer Kammer, zieht sich Gustav Sondermann nunmehr aus der aktiven Arbeit zurück. Die Glückwünsche zu seinem Geburtstag sind deshalb zugleich Ausdruck des Dankes der bayerischen Ärzte, den wir ihm so reichlich schulden. Mit den Wünschen auf ein Otium cum dignitate verbinden wir die Hoffnung auf viele Jahre weiterer freundschaftlicher Verbundenheit mit diesem vorbildlichen Arzt und Kollegen.

Sewering

Bayerische Landesärztekammer  
Körperschaft des öffentlichen Rechts



VOLLVERSAMMLUNG — BAYER. ÄRZTETAG  
VORSITZ: PRÄSIDENT PROF. DR. SEWERING



## Zum 22. Bayerischen Ärztetag

### Wesen und Aufgabe, Geschichte und Recht

Vom 17. bis 19. Oktober 1969 tritt in Amberg der 22. Bayerische Ärztetag als ordentliche Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer unter dem Vorsitz des Präsidenten, Professor Dr. H. J. SEWERING, zusammen.

#### Wesen und Aufgabe

176 Delegierte, davon 167 in geheimer und schriftlicher Abstimmung auf vier Jahre gewählt — Vertreter der rund 19 000 Ärzte Bayerns — sowie 4 Delegierte der Medizinischen Fakultäten der Landesuniversitäten und weitere 5 Delegierte, beraten und beschließen in diesen Tagen über alle Angelegenheiten aus dem Aufgabengebiet der Bayerischen Landesärztekammer. Der Bayerische Ärztetag tritt einmal jährlich als ordentliche Vollversammlung an wechselnden Orten Bayerns zusammen, kann aber auch auf Anordnung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern oder auf Antrag von mindestens einem Drittel der Delegierten jederzeit zu einer außerordentlichen Vollversammlung einberufen werden.

Dieses „Ärzteparlament“ hat grundsätzlich und insbesondere folgende Aufgaben:

Wahl des Vorstandes und der Ausschüsse (1mal je vierjährige Wahlperiode, das nächste Mal 1971);

Regelung des Facharztwesens (u. a. Erlass von Bestimmungen zur Anerkennung als Allgemeinarzt oder Facharzt, zur Führung von Teilgebietsbezeichnungen oder Zusatzbezeichnungen);

gesetzliche Fixierung der ärztlichen Berufspflichten (gemäß Berufsordnung für die Ärzte Bayerns = BOÄ Bayerns vom 17. 2. 1958);

Erlass der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer, der Wahlordnung, der Beitragsordnung, des Haushaltsplanes;

Entlastung des Vorstandes;

Vorschlag der nichtrichterlichen Beisitzer der Berufsgenossenschaften.

Der Bayerische Ärztetag legt darüber hinaus die Auffassung unseres Berufsstandes zu gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Problemen dar und gibt diese in Form von Entschlüssen der Öffentlichkeit und den politischen Kräften unseres Landes bekannt.

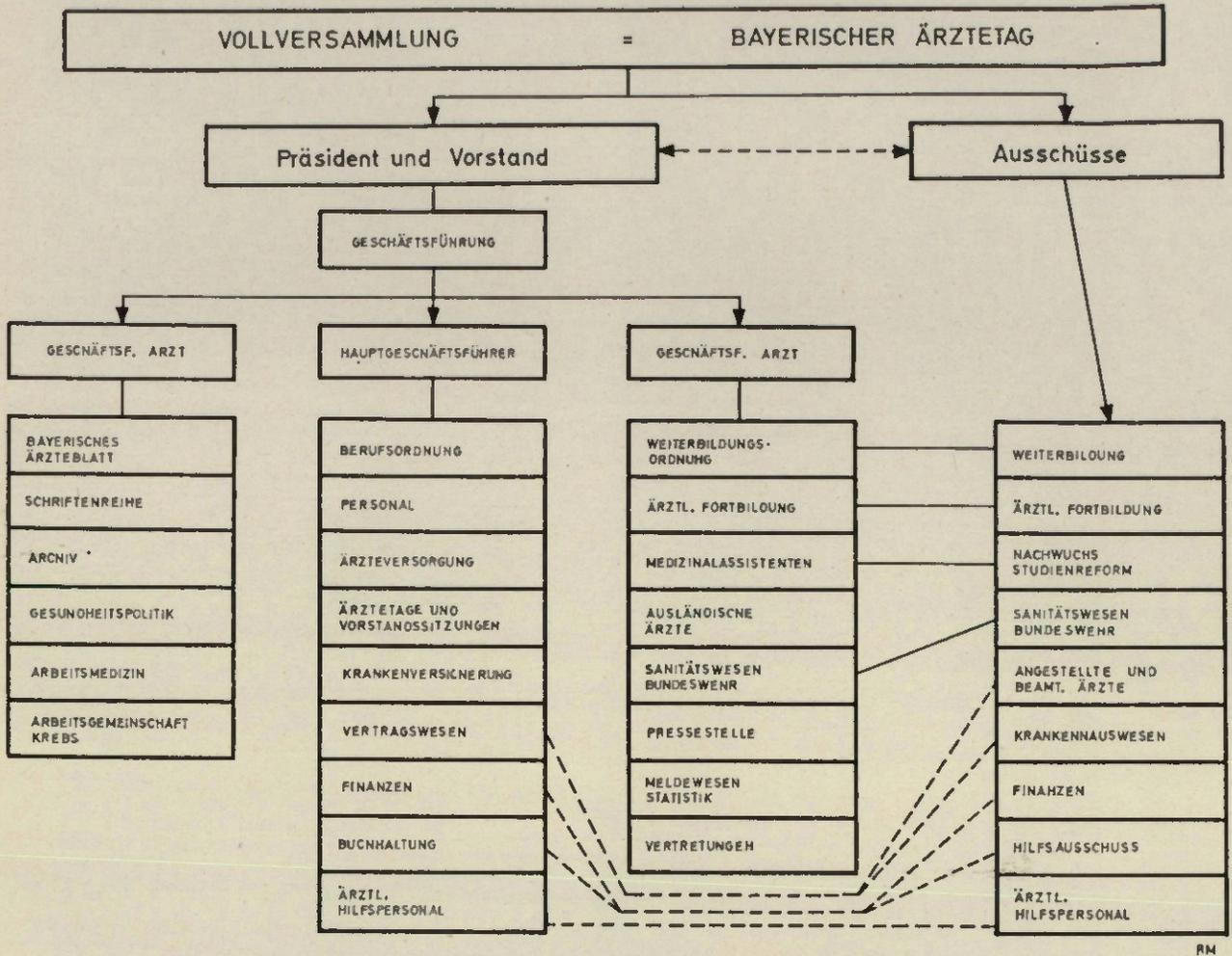
#### Geschichte und Recht

Seit jeher gehören Ärzte und Geistliche zu jener Gruppe, die aus ihrer täglichen Arbeit und aus dem engen Kontakt mit allen Schichten der Bevölkerung ein tiefes Wissen um soziale Entwicklungen haben. Ärzte waren mit die ersten, die im vorigen Jahrhundert durch ständige Mahnungen und Vorschläge die öffentliche Meinung im deutschen Sprachraum entscheidend anregten und so wesentlichen Einfluß nahmen auf die Gestaltung sozialer Reformen, die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Deutschland als einem der ersten Länder der Welt zu einer damals beispielhaften Sozialgesetzgebung führten. Die moderne Form der Ärzte-



# BAYERISCHE LANDESÄRZTEKAMMER

Körperschaft des öffentlichen Rechts



RM

kammer geht auf die im 19. Jahrhundert entstandenen Wünsche der Ärzteschaft zurück, die seit Jahrhunderten bestehenden staatlichen Institutionen zur Überwachung der ärztlichen Berufsausübung in eigener Verantwortung zu übernehmen.

In Bayern erfolgten die ersten Gründungen von Ärztlichen Bezirksvereinen in den Jahren 1840—1842. Schon 30 Jahre später schlossen sich die Landesvereinigungen ganz Deutschlands zusammen, und im Jahre 1873 wurde der Deutsche Ärztevereinsbund auf dem 1. Deutschen Ärztetag in Wiesbaden gegründet, ein Vorläufer der jetzigen Bundesärztekammer.

Die demokratisch gewählten Selbstverwaltungseinrichtungen der Ärzte gehören zu den ältesten berufsständischen Institutionen auf demokratischer Grundlage. Wir begehen heute in Bayern den 42. Jahrestag der Gründung einer Bayerischen Landesärztekammer, den 98. Jahrestag der ersten regionalen Ärztekammern und den 139. Jahrestag erster berufsständischer Ärztevereinigungen.

Die erste öffentlich-rechtliche Berufsvertretung für die Ärzte Bayerns schuf die Königliche Verordnung vom 10. 8. 1871 (Bayerisches Regierungsblatt, S. 1495). Diese Landesinstitution be-

stand aus Ärztekammern für jeden Regierungsbezirk. Die Bildung von Bezirksvereinen und der Beitritt zu diesen war den Ärzten freigestellt.

Die in dieser Verordnung vor fast 100 Jahren festgelegten Aufgaben einer ärztlichen Berufsvertretung sind auch heute noch richtungweisend:

1. Wahrung der Standesinteressen, Mitwirkung bei allgemein bedeutsamen Angelegenheiten der öffentlichen Gesundheitspflege, d. h. Wahrung und Vertretung der Belange des Berufsstandes nach außen.
2. Sorge für die wissenschaftliche Fortbildung, Wahrung der Standesehre, Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Ärzten, d. h. Aufrechterhaltung einer dem Wesen des Arztberufes entsprechenden Berufsauffassung nach innen (Standesaufsicht).

Diese Doppelaufgabe zieht sich als roter Faden von 1871 über das Gesetz des Jahres 1927 „Die Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker“ (GVBl. S. 233), das erstmalig die gesetzliche Mitgliedschaft und Berufsgerichtsbarkeit festlegt, über die Reichs-Ärzte-Ordnung 1935, die die Aufhebung der Eigenständigkeit der Berufsvertretungen der Länder

mit sich brachte, und das Bayerische Ärztegesetz vom Jahre 1946 hin bis zum jetzt gültigen Kammergesetz, das am 15. 7. 1957 vom Bayerischen Landtag beschlossen wurde.

Das Grundgesetz hat weite Bereiche des Gesundheitswesens den Ländern zugeordnet. Dazu gehören vor allem die Regelung der ärztlichen Berufsausübung und die Organisation des ärztlichen Berufsstandes, soweit sie öffentlich-rechtlicher Art ist.

In den Ländern der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin bestehen somit Ärztekammern, die durch Ländergesetze als Körperschaften öffentlichen Rechts errichtet sind. Ihnen gehören kraft Gesetzes alle Ärzte im Bereiche des jeweiligen Landes als Pflichtmitglieder an.

Der Legislative obliegt es in Anbetracht der überragenden Bedeutung des ärztlichen Berufes für die Volksgesundheit, im Wege der Gesetzgebung Voraussetzungen für die Erhaltung einer leistungsfähigen und sittlich hochstehenden Ärzteschaft zu schaffen. Demzufolge wurden in der Gesetzgebung vier weitgehend selbständige Gebiete festgelegt:

1. Zulassung zum Beruf = Bundesärzteordnung vom 1. 1. 1962 mit dem Änderungsgesetz vom 28. 8. 1969 (gemäß Art. 74, Nr. 19 Grundgesetz, Kompetenz des Bundes).

2. Berufsvertretung und -ausübung = Kammergesetz vom 1. 5. 1958 (Länderkompetenz).

Das Kammergesetz räumt der in Ärztliche Kreisverbände (untere Ebene), Ärztliche Bezirksverbände (mittlere Ebene) und in eine Bayerische Landesärztekammer gegliederten Berufsvertretung Rechtsetzungsbefugnisse (z. B. Erlass einer Berufsordnung) und Verwaltungsbefugnisse ein. Es regelt Errichtung und Organisation öffentlich-rechtlicher Berufsvertretungen, deren Befugnisse und Aufgaben sowie die Rechte und Pflichten der Mitglieder. Das Staatsministerium des Innern nimmt die Aufsicht des Staates wahr, da die Kammer als öffentlich-rechtliche Körperschaft Trägerin mittelbarer Staatsgewalt ist.

3. Regelung der Berufsausübung im einzelnen und der Weiterbildungsordnung = Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958 (Kompetenz der Bayerischen Landesärztekammer).

Teil II (Weiterbildungsordnung) wurde dieses Jahr am 1. Juli 1969 neu gefaßt und der Entwicklung der Medizin angepaßt.

4. Berufsgerichtsbarkeit = Kammergesetz Abschnitt V (Errichtung von Berufsgerichten als staatliche Gerichte).

#### Bisherige Bayerische Ärztetage

(nach dem II. Weltkrieg)

1. München	I/1947	13. Würzburg	V/1960
2. München	III/1947	14. Regensburg	V/1961
3. München	X/1947	15. Passau	IX/1962
4. Erlangen	VIII/1949	a. o. München	I/1963
5. München	VIII/1950	16. Ansbach	V/1963
6. Regensburg	IX/1951	17. Oberstdorf	X/1964
7. Würzburg	VII/1953	18. Bayreuth	X/1965
8. Passau	VI/1955	19. Bad Wiessee	X/1966
9. Ansbach	VI/1956	a. o. München	I/1967
10. Lindau	IX/1957	20. München	X/1967
11. Coburg	IX/1958	21. Bad Kissingen	X/1968
a. o. München	I/1959	22. Amberg	X/1969
12. Bad Reichenhall	X/1959		

#### Zusammenfassung

Zusammenfassend darf festgestellt werden, daß der Bayerische Ärztetag Ausdruck des festen Willens der bayerischen Ärzte ist, das ihnen vom Staat — in durch Gesetz errichteten Selbstverwaltungseinrichtungen — übertragene Recht wahrzunehmen und die daraus resultierenden Verpflichtungen zu erfüllen.

Schwerpunkt des diesjährigen Bayerischen Ärztetages sind die Diskussionen zu gesundheitspolitischen Fragen, wobei im Vordergrund die Möglichkeiten der Präventivmedizin und ihre Realisierung stehen.

Ein weiteres Hauptthema ist die Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, deren Teil II (Weiterbildungsordnung) am 1. 7. 1969 in Kraft trat. Diese Neufassung bringt u. a. drei neue Facharztgebiete (pathologische Anatomie, Pharmakologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) sowie die Einführung des Begriffes „Arzt für Allgemeinmedizin“ erstmalig in der Bundesrepublik. Weiterhin sind enthalten: Neufestsetzung der Weiterbildungszeiten, die z. B. für den Allgemeinarzt 4 Jahre betragen, und auch für den Großteil der Fächer bis zu 1 Jahr verlängert werden. Diese Verlängerung der Weiterbildung ist im Hinblick auf die neue Approbationsordnung und den Wegfall der Medizinalassistentenzeit notwendig gewesen, zumal auf diesem Gebiet eine Angleichung der Weiterbildungszeiten an die Handhabung der übrigen EWG-Länder erforderlich war.

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.

## Wachablösung an der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr

Der ranghöchste Sanitätsoffizier in Bayern, Generalarzt Dr. C. MERKLE, Kommandeur der Sanitätsakademie in München, wurde am 25. 9. 1969 in einer eindrucksvollen Feierstunde vom Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Herrn Generaloberstabsarzt Dr. E. DAERR, mit militärischen Ehren verabschiedet. Generalarzt Dr. Merkle wurde zum 1. 10. 1969 pensioniert.

Mit ihm geht einer der profiliertesten Sanitätsoffiziere, der sich weit über den Rahmen der Bundeswehr hinaus wegen seiner menschlichen und fachlichen Qualitäten Anerkennung erworben hat.



Generalarzt Dr. Merkle wurde in Bamberg am 30. 3. 1911 geboren. Das Medizinstudium erfolgte an den Universitäten München, Innsbruck und Würzburg, wo er 1935 das Staatsexamen ablegte. Nach dem Eintritt in die Wehrmacht am 1. 4. 1936 erhielt er u. a. mehrere Verwendungen als Truppenarzt und begann die Fachausbildung als Chirurg, die der zweite Weltkrieg unterbrach. Sein Weg als Sanitätsoffizier führte ihn während des Krieges über die Stationen Truppenarzt, Adjutant beim Korpsarzt, Chef einer Sanitätskompanie in Rußland bis zum Leitenden Sanitätsoffizier beim Stab Generalfeldmarschall Rommel im Westen. Das Kriegsende erlebte er an der Militärärztlichen Akademie in Berlin.

Im Oktober 1948 fing Dr. Merkle in Burgebrach/Franken als Praktiker an und wirkte dort 8 Jahre als niedergelassener Arzt.

Am 16. 10. 1956 trat er als Oberfeldarzt in die Bundeswehr ein und stellte das 1. Sanitätsbataillon der Bundeswehr in Degerndorf/Bayern auf. Mit diesem Bataillon führte er den Einsatz im Jahre 1960 beim Erdbebenunglück in Agadir durch. Gleichzeitig wurde er in diesem Jahr Divisionsarzt der 5. Panzerdivision in Koblenz. Von 1963—1966 fand Generalarzt Dr. Merkle Verwendung als Korpsarzt und Korps-Sanitäts-Kommandeur 2 beim II. Korps in Ulm. Anschließend übernahm er im Oktober 1966 die Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr in München als Kommandeur und Generalarzt.

Seine Abschiedsrede griff in der Thematik weit über das Militärische hinaus und zeigte einige Aspekte allgemeiner ärztlicher Problematik. Deshalb seien im folgenden wesentliche Passagen seiner Rede zitiert:

„... Am Ende eines so bedeutungsvollen Lebensabschnitts, wie dies heute bei mir der Fall ist, stürzen unzählige Gedanken, Erinnerungen und Empfindungen auf einen ein ...

Ich möchte mit einigen Gedanken zu unserem Auftrag als Sanitätsoffizier beginnen.

Ein wesentlicher Teil der Glaubwürdigkeit einer Verteidigungsbereitschaft ist eine gut ausgebildete und ausgerüstete Armee, wobei ihr Einsatzwert nicht zuletzt von der Leistungsfähigkeit des Sanitätsdienstes bestimmt wird. Gerade in einer modernen, technisierten Armee, in der der Mensch trotz allem Mittelpunkt des Apparates bleiben muß, ist seine Gesundheit — physisch und psychisch — ein entscheidender, ja der entscheidende Faktor X der Schlagkraft und der Belastungsfähigkeit dieser Armee.

Lassen Sie mich einmal hier an unserer zentralen Ausbildungsstätte ganz klar und pointiert sagen, daß der Wert des Sanitätsdienstes im Krieg alleinig von der Güte der Friedensausbildung abhängt. Die Sanitätsausbildung im Frieden für Offiziere, Unteroffiziere und Mannschaften setzt hier und heute die Maßstäbe für unsere Leistungsfähigkeit. Und wenn man weiß, daß Mängel in der Ausbildung und verlorene Zeit — aus welchen Gründen auch immer — unverantwortlich sind und mit Blut und Toten bezahlt werden müssen, dann — aber auch nur dann — hat man die richtige Einstellung, um hier, als Lehrer oder Schüler, als Soldat oder Zivilist wirken zu können. Legen wir uns alle einmal die Frage vor, ob wir dieser Verantwortung in der Vergangenheit immer gerecht geworden sind.

Die optimale Effektivität ist auch im Sanitätsdienst nur in der Teamarbeit aller Angehörigen unserer Waffenfarbe, Soldaten und Zivilisten möglich ...

Wollen wir uns einmal klarmachen, daß es kein Nebeneinander geben darf, keinen Kompetenz- oder Wertigkeitsstreit. Es darf nur das Miteinander aller geben, die Teamarbeit derer, die unsere blaue Waffenfarbe tragen, sei es unter den Zeichen des Askulap als Wehrmediziner, als Arzt oder als Sanitäter vorne im Verwundetennest, sei es als Zahnarzt, Apotheker oder Veterinär. Wir alle sind in der Gemeinsamkeit unserer Aufgabe aufeinander angewiesen. Berechtigter Stolz auf erworbenes Wissen und Können, aber auch Bescheidenheit im Wissen um die Grenzen menschlichen Wirkens, das ist die Haltung, die wir von jedem von uns verlangen müssen, ob aktiver Soldat, Reservist oder Zivilist. Nur so können wir im Ernstfall — wenn uns die oft engen Grenzen vor Augen geführt werden — trotz allem mit ruhigem Gewissen und in Demut den Willen dessen akzeptieren, der letztlich über Leben und Tod entscheidet.

Von besonderem Stolz erfüllt uns die Tatsache, daß der Sanitätsdienst den Teil der Bundeswehr darstellt, der bereits im Frieden seine Aufgaben in weitestgehendem Umfange erfüllt und in der freien Heilfürsorge für

den Soldaten einen beachtlichen Teil der aufgewandten Steuermittel damit wieder einbringt...

Lassen Sie mich einige Gedanken zur Polarität Arzt und Soldat sagen, also etwas zu unserem, in der Ausübung vielleicht widersprüchlich erscheinenden Beruf. Das Leitbild des Arztes, sein berufliches Ideal und Ethos sind noch immer seit zwei Jahrtausenden im Eid des Hippokrates beschlossen. Und so lange unsere westliche Welt nicht alle Brücken zu ihren Ursprüngen in der antiken Geisteswelt abbricht, wird dieses Leitbild einer humanistisch-hippokratischen Weltepoche Gültigkeit haben.

Ganz anders stellt sich das Berufsbild des Arztes dar, das analog den Kulturphasen menschlicher Entwicklung einem starken Wandel unterliegt. Jede Zeit hat den Arzt, der zu ihr paßt. So variiert das Arztbild in den etwa 6000 Jahren greifbarer Geschichte vom Priesterbild mit fast göttlichen Ehren hin bis zum Scharlatan und zum käuflichen Sklaven...

Die Entwicklung der Medizin unserer Tage geht von der ‚Krankheitsmedizin‘ über die Frühbehandlung zur Vorsorgemedizin mit dem letztlichen Ziel der ‚Gesundheitsmedizin‘. Diese Entwicklung hat u. a. zwei widersprüchliche Tatbestände offengelegt:

1. Immer mehr Menschen ist es ermöglicht, älter zu werden.
2. Die überwältigende Dynamik des Daseins und das Erlebnis des Fortschritts haben den Zustand des Altseins und die Erfahrungen eines langen Lebens, auf die sich früher das Prestige des Alters gründete, entwertet. Das heißt aber letztlich, die gewonnenen Lebensjahre wurden entmenschlicht.

Der Arzt von morgen, ebenso auch der Militärarzt von morgen, muß sich bei gleichbleibender Verpflichtung zum Helfen, Heilen, Beraten und Vorbeugen vor einem veränderten soziologischen Hintergrund in einer gewandelten Gesellschaft sehen, einer pluralistischen, leistungsbetonten Industriegesellschaft mit all ihren Ausstrahlungen auch in den Bereich des Militärischen. Dies nicht zuletzt deswegen, weil Gesundheit, Krankheit und Vorbeugen immer in engem Zusammenhang mit Kultur und Gesellschaftsform stehen. Medizin ist in ihrem Kern eine soziale Wissenschaft. Der moderne Arzt sieht sich in seinem Berufsbild konfrontiert mit einem Trend zur forcierten Spezialisierung, zur Automatisierung auch in der Medizin und ebenso zur Bürokratisierung. Er sieht sich also gegenüber einer Welt, die vermutlich persönlichkeitsärmer wird, wie einige meinen, die sicher jedoch die Tendenz hat, ahumaner zu werden.

Daß diese Erkenntnis nicht der einzige Zukunftsaspekt ist, muß ich wohl nicht betonen, und wir alle verkennen keinesfalls auch das Positive in dieser Entwicklung.

Das Berufsbild des Arztes unserer Zeit steht laut zahlreicher demoskopischer Umfragen und soziologischer Untersuchungen in der ‚Achtungshierarchie‘ der Bundesrepublik nach dem Professor an zweiter Stelle, d. h. also mit an der Spitze der öffentlichen Wertschätzung. Der Soldat steht nach den gleichen Untersuchungen weit unten auf dieser Wertskala. Kein Wunder also, wenn der Militärarzt, der Arzt in Uniform, auf der Schnittlinie beider Extreme liegt!

Vor diesem Hintergrund und seinen beiden Aspekten müssen wir den Militärarzt sehen.

Wie beim Arzt das Leitbild der Heilkunst zeitlos ist, das Berufsbild und die Heilkunst jedoch wandelbar sind, so ist das Leitbild des Soldaten keinem Wandel unterworfen, wohl aber das Berufsbild. Der Soldat unserer Armee muß erst sein Selbstverständnis erringen. — Das Kernproblem des Soldaten unserer Zeit — ein ungeschichtliches und zeitloses Phänomen — ist der uralte Gegensatz zwischen bürgerlicher Denkart und Lebensform auf der anderen Seite. An dieser Erkenntnis ändern auch ‚schlaue‘ Theoretiker nichts.

Dieser Gegensatz nun ist spätestens seit dem Aufkommen moderner Volksheere für die Innere Struktur einer Armee von Bedeutung. Er wird dort zum großen Problem, wo mit der Einbettung der Armee in den Staat eine Kongruenz erreicht werden soll.

Die grundlegenden inneren Strukturen eines demokratischen Staates, u. a. sein Aufbau von unten nach oben, stehen im diametralen Gegensatz zur Struktur einer Armee, die auf der Wirksamkeit von Befehl und Gehorsam als dem Willen von oben gegliedert ist. Unabhängig vom psychologischen Trauma des zweiten Weltkrieges scheinen mir hier einige der Widersprüchlichkeiten unserer Armee zu liegen.

Aber das Dilemma des Arztes, hier vorwiegend des Militärarztes, wächst. Er, der Vertreter des Humanen in einer technisierten Welt, verkörpert die humanistische Idee noch auf den Schlachtfeldern auch eines möglichen Atomkrieges. Er humanisiert also den Krieg und seine Schrecken, was die Gefahr in sich birgt, daß er verdächtigt wird, mitzuhelfen, die Wahrscheinlichkeitsaspekte eines zukünftigen Krieges zu verniedlichen. Im tiefsten Grunde seines Wesens Vertreter der Menschlichkeit wird er so in die Schizophrenie gebracht, damit ungewollt Helfer einer diabolischen Maschinerie zu werden, die des Humanen tiefster Feind ist.

Wir Sanitätsoffiziere sehen weitgehend unsere Berufung darin, rufendes Gewissen einer humanitären Idee in unserer militärischen Welt zu sein! Nur so können wir unsere Aufgabe auch in der Zukunft meistern und entgegen der Gefahr, als lebender Anachronismus auf den eventuellen Schlachtfeldern von morgen zu stehen.

Ich will diese Gedanken abschließen mit einem Ausspruch von Paracelsus: ‚Das Höchste, das wir Ärzte besitzen, ist die Kunst, dann folgt die Liebe, die ihr gleichzustellen ist. Alle beide aber beschließt die Hoffnung...‘

Von jeher war für mich der Untergebene vom Typ des „Jawollagers“ ein Greuel. Er mag zwar manchmal angenehmer sein und kommt auch mit gewissen Vorgesetzten besser aus, hat aber zumindest recht wenig Profil. Dies gilt natürlich für den zivilen Sektor ebenso wie für den militärischen...

Und bei aller Anerkennung eines gesunden Ehrgeizes wollen wir uns immer die Worte des Franzosen Saint-Exupéry vor Augen halten: ‚Wenn Du etwas tust und siehst dabei auf Deinen Vorteil, und wenn Du ihn von vorneherein forderst, so, als käme er Dir zu wie aus einem Vertrag, so bist Du ein Krämer, aber kein Mensch. Einzig die Richtung hat einen Sinn. Es kommt darauf an, daß Du auf etwas zugehst, nicht, daß Du ankommst, denn man kommt nirgendwo an außer im Tode.‘

Geben Sie Ihrem Leben also diesen Sinn und die Richtung, die es Ihnen ermöglicht, verantwortlich zu handeln, d. h. in Ihrer letzten Stunde der einzigen Instanz gegenüber, der totaler Gehorsam gebührt, eine Antwort — eine gute Antwort geben zu können...

Die Ärzteschaft Bayerns wünscht Ihrem Kollegen Merkle noch viele Jahre der Zufriedenheit und Gesundheit im wohlverdienten Ruhestand.

### Sanitätsausschuß für die XX. Olympiade

Das Organisationskomitee für die XX. Olympiade in München 1972 hat inzwischen den Sanitätsausschuß konstituiert. Zum Vorsitzenden wurde der Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Herr Ministerialdirigent Dr. Erich HEIN, berufen. Der Ausschuß bildete drei Arbeitsgruppen:

Arbeitskreis 1: „Sanitätsdienst“  
(Rettung, Transport und Fernmeldewesen)

Vorsitzender: Senator Dr. KLÄSS

Arbeitskreis 2: „Ärztliche und sportärztliche Betreuung“

Vorsitzender: Professor Dr. SEWERING

Arbeitskreis 3: „Hygiene und Krankenhausversorgung“

Vorsitzender: Stadtrat Dr. HAMM

### Klinisch-neurologisches Behandlungszentrum in München

In Ebenhausen bei München wurde am 1. 10. 1969 ein klinisch-neurologisches Behandlungszentrum eröffnet. Träger des Hauses ist die Innere Mission e. V., München. Die ärztliche Leitung hat Herr Professor Dr. SCHRADER, Chefarzt der II. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses Harlaching.

Das Haus soll vorwiegend für MS-Kranke (multiple Sklerose) und Patienten mit neurologisch-muskulären Krankheitsprozessen zur Verfügung stehen. Das Behandlungszentrum ist sowohl Kassen- als auch Privatpatienten zugänglich.

Die Aufnahme erfolgt nach Ausfüllung eines vorgedruckten Befundberichtes, der an den leitenden Arzt in Ebenhausen zu richten ist. Das Aufnahmedatum wird dann von der Klinik, bei der auch die Formulare angefordert werden können, mitgeteilt.

### Seh-Test bei Kleinstkindern

An der Forschungsstelle für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin an der Universität München (Leiter: Professor Dr. Th. HELLBRÜGGE) wurde ein Seh-Test zur Frühdiagnostik von Sehfehlern bei Kleinstkindern entwickelt. Hierzu wurden bestimmte Symbole bzw. Kinderzeichnungen verfertigt und bei einer großen Gruppe von Säuglingen und Kleinstkindern getestet. Aus einer Vielzahl von Kinderzeichnungen wurden diejenigen Bildchen für den Test ausgewählt, die von 1½- bis 2jährigen Kindern bereits erkannt werden können. Mit Hilfe dieses Seh-Tests, der ausschließlich als Suchtest für Kinderärzte und Praktische Ärzte gedacht ist, können erstmalig auch Sehfehler vor dem zweiten Lebensjahr sicher erkannt werden. Das in Zusammenarbeit mit einer Münchener Firma entwickelte Gerät soll Ende des Jahres den praktizierenden Ärzten in der Bundesrepublik zur Verfügung stehen.

### Kurzinformation über die Ableistung der Medizinalassistentenzeit

Das Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung vom 28. August 1969 wurde im „Bundesgesetzblatt“ Nr. 89 vom 3. September 1969 verkündet und tritt am 1. Januar 1970 in Kraft. Hinsichtlich der Ableistung der Medizinalassistentenzeit bestimmt das Gesetz folgendes:

1. Studierende der Medizin, welche bei Inkrafttreten des Gesetzes die ärztliche Vorprüfung bereits bestanden haben, beenden ihr Studium nach den bisher für sie geltenden Vorschriften. Sie legen also das Staatsexamen nach elf Semestern Studium ab. Die Medizinalassistentenzeit beträgt für diesen Kreis ein Jahr. Die Aufgliederung dieses Jahres ist noch nicht bekannt. Sie erfolgt in einer Verordnung, die noch erlassen werden muß.
2. Für Medizinalassistenten, welche bei Inkrafttreten des Gesetzes — also am 1. Januar 1970 — ihre Medizinalassistentenzeit bereits begonnen haben, dauert diese nur noch ein Jahr. In diesem Jahr müssen aber je vier Monate Innere Medizin und Chirurgie enthalten sein. Es können also alle Medizinalassistenten, welche mindestens ein Jahr ihrer Zeit abgeleistet haben und die beiden genannten Abschnitte nachweisen können, unmittelbar nach dem 1. Januar oder nach Erfüllung der genannten Voraussetzungen die Erteilung der Approbation beantragen.

### Schule für Orthoptistinnen

Im November 1969 wird in München eine Schule für Orthoptistinnen eröffnet. Leiter der Schule ist Herr Professor Dr. med. Hans-Jürgen MERTÉ, Ordinarius für Augenheilkunde im Klinikum rechts der Isar der Technischen Hochschule München. Träger der Schule ist der von der Bayerischen Landesärztekammer gegründete Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen e. V.

Anmeldungen und Anfragen nimmt das Sekretariat der Schule entgegen, das sich bei der Bayerischen Landesärztekammer befindet.

### Curt-Adam-Preis 1970

Der von der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V. gestiftete Curt-Adam-Preis ist für das Jahr 1970 für die beste Arbeit zu dem Thema „Rehabilitation in Klinik und Praxis“ ausgeschrieben worden.

Arbeiten, die der Fortbildung der Ärzte dienen und die im Jahre 1969 fertiggestellt oder veröffentlicht werden, können bis zum 31. Dezember 1969 zur Bewerbung um den Preis in dreifacher Ausfertigung als Sonderdruck oder Manuskript eingereicht werden an: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 1000 Berlin 41, Postfach 410.

Der Preis besteht in der Verleihung einer Urkunde sowie einer Goldmünze und es ist ein Barpreis von DM 5000.— ausgesetzt. Er kann an Ärzte jeder Staatsangehörigkeit verliehen werden. Voraussetzung ist nur, daß die Arbeit in Deutscher Sprache eingereicht wird.

Das hochwirksame - bewährte - besonders gut verträgliche  
Analgeticum - Antiphlogisticum - Antirheumaticum

Jetzt in 2 Injektionsformen

**NEU**

**Prigenta** **i. v.**

ohne Lidocain - zur zügigen i. v.-Injektion

und  
nach wie vor

**Prigenta** **i. m.**

mit 1% Lidocain - schmerzfreie i. m.-Injektion

Ampullen zu 5 ml

Natrfungentlest 600 mg, Novaminsulfon 750 mg, Coffein 100 mg, Adenosin 2,5 mg

OP mit 3 Ampullen DM 6,10 lt. Arzntaxe m. U.



DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE · BERLIN WEST



**Causat**® **B<sub>12</sub>**

(Reiss → R 32)  
Zus. 1 Amp. zu 2 ml: Procain. hydrochlor. 46,25 mg, Adic. phenyl-  
acetylbarbitur. 1,7 mg, Atrop. sulfur. 0,15 mg, Acid. nicotin.  
0,5 mg, Hydroxocobalamin (Vit. B<sub>12</sub> b) 1000 γ.

Ind. Perniziöse, -makrozytäre, -sekundäre Anämien, Neuralgien, Kausal-  
gien, Polyneuritis, Cerebralsklerose, Vaso- und Trophoneurosen,  
Arthralgien, Arthritiden, Durchblutungsstörungen, Vitalisierung,  
Rekonvaleszenz, Alterserkrankungen.

Dos. Intramuskulär oder intraartikulär, initial 2-3 Amp. im Abstand  
von 24 bzw. 48 Std. Zur Behandlung chron. Krankheitsformen  
1-2 Amp. wöchentlich.

Packung mit 1 Ampulle zu 2 ml  
Packung mit 3 Ampullen zu 2 ml  
Packung mit 1 Injektionsflasche 10 ml  
(entspr. 5 Amp. zu 2 ml)

Anstaltspackgn. m. 25 Amp. und 10 Inj.-F.



# Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

## 42. Fortbildungskurs

### 1. Hauptthema: „Lymphoretikuläre Abwehr und immunsuppressive Therapie“

Professor Dr. H. E. BOCK, Tübingen:

#### „Lymphoretikuläre Abwehr und immunsuppressive Therapie — Stand und Ausblick“

Das Thema des ersten Tages umspannt die Problematik von der einfachen Allergie bis zur Abstoßungsreaktion von transplantierten Organen. Der Vorgang der Immunisierung garantiert die Individualität.

Er ist begründet in der Wirkung des lymphoretikulären Systems, wobei die Lymphozyten in den Mittelpunkt der aktiven Abwehrvorgänge gerückt sind. Bedeutsam ist das ubiquitäre Auftreten der Lymphozyten, ihre Wanderungsfähigkeit, Langlebigkeit, Form- und Funktionsvariabilität sowie die Eigenschaft als „memory cells“ früher einmal registrierte Antigene wieder zu erkennen. Lymphozyten sind beteiligt bei der Entwicklung der humoralen Abwehr (Sofortreaktion) über die Induktion der Immunglobulinbildung (IgG, M, A, D, E) durch Plasmazellen. Gleichmaßen wichtig sind sie für die zellulären Abwehrmechanismen (Reaktion vom verzögerten Typ). In Form der klinisch sehr unterschiedlich in Erscheinung tretenden AG-AK-Reaktionen wird der Arzt täglich mit Immunvorgängen konfrontiert. Die Reaktion vom Typ der Serumkrankheit z. B. kommt wahrscheinlich dann zustande, wenn das Antigen in großer Menge zirkuliert, während die AK-Produktion erst anläuft. Auch bei der Infektabwehr spielen Immunvorgänge eine entscheidende Rolle, selbstverständlich sind die Blutgruppeneigenschaften immunologisch fixiert. Eines der größten Probleme wird der Forschung auf immunologischem Gebiete gestellt durch die Versuche der Organtransplantationen. Hier sind durch subtile immunologische Tests die Einheilungschancen eines Fremdtransplantates in etwa abzuschätzen. Die Frage der Spenderauswahl wird bis auf weiteres allerdings problematisch bleiben. Neuerdings erkennt man immer mehr Krankheiten, die aus Immunitätsvorgängen entstehen und klinisch manifest werden. Die lymphoproliferativen Erkrankungen z. B. könnte man als Folge übersteigter Abwehrvorgänge betrachten. Demgegenüber verdient das Phänomen der Immuntoleranz Beachtung, d. h., daß der pränatale Kontakt eines Organismus mit irgendeinem AG nicht mit AK-Produktion beantwortet wird. Therapeutisch sind über die Induktion einer Immuntoleranz gewisse Hoffnungen berechtigt. Über die Kenntnis der einzelnen Stufen des Immunvorganges hat man schließlich konkrete Vorstellungen über die Wirkungsweise der Immunsuppressiva gewinnen können.

Professor Dr. E. MACHER, Freiburg/Br.:

#### „Die Dynamik der zellulären Abwehr und ihre Beeinflussung durch therapeutische Maßnahmen“

Auf jeden Einbruch in seine biochemische Integrität antwortet der Organismus mit einer Immunreaktion. Diese beginnt immer mit der Erkennung des Fremden (AG) und endet mit der Elimination, wenn sie erfolgreich war. Bewundernswert ist die Präzision, mit der

humorale AK spezifisch gegen ein AG gerichtet sind. Demgegenüber existiert eine große Gruppe von Immunreaktionen, die nicht durch AK gezündet und unterhalten werden, sondern ausschließlich der Vermittlung von Lymphozyten bedürfen. Vom Mechanismus und der Dynamik dieses zellulären Abwehrsystems (Immunreaktion vom verzögerten Typ) hat man heute exakte Vorstellungen. Hierbei können als AG Bakterien, Viren, Protozoen wirksam werden (Infektionsallergie), weiterhin chemische Verbindungen wie Medikamente als Haptene, die sich an körpereigene Strukturen koppeln und diese verfremden (Kontaktallergie), außerdem Membranantigene bei der Transplantationsallergie und schließlich körpereigene Stoffe (Autoallergie). Das gemeinsame an diesen Antigenen, die zur zellulären Immunisierung führen, ist, daß sie nicht mobil, sondern sessil sind im Gegensatz zu den kleinpartikulären, löslichen Antigenen, die in den Blut- und Lymphstrom eingeschwemmt sind und zur AK-Bildung Anlaß geben (humorale Immunreaktion vom Soforttyp). Bei der zellulären Immunabwehr müssen peripher kreisende Lymphozyten die Fähigkeit zur Erkennung und Registrierung eines sessilen Antigens (sicher ohne Materialaufnahme) besitzen und werden somit zu immun-kompetenten Zellen. Der Moment der AG-Erkennung setzt in einem entsprechenden Lymphozyten einen Prozeß in Gang, der ihn zu einer großen jugendlichen Zelle transformiert und zu einer für jugendliche Zellen typischen Proliferationspotenz stimuliert. Nach Rückkehr in den betreffenden regionären Lymphknoten beginnt das zweite Stadium. In der parakortikalen Zone (Rindenknoten) beginnen die so transformierten Zellen unter den Zeichen gesteigerter Aktivität sich zu teilen, wobei die Lymphozyten anschwellen (Clonisation). Diese Teilungsprodukte verlassen wieder den Lymphknoten und haben nun die spezifische Eigenschaft, das ursprüngliche AG präzise wieder zu erkennen, falls sie rein zufällig in dessen Nähe geraten. In Gegenwart des ausfindig gemachten Antigens beginnen nun die sensibilisierten Lymphozyten, ein Protein vom Molekulargewicht um 70 000 zu produzieren und freizugeben (kein Antikörper!, deren Molekulargewicht etwa doppelt so hoch liegt) und dieses Protein ist in der Lage, vorbeikommende Makrophagen in ihrer Wanderungsfähigkeit lahmzulegen und gleichzeitig ihre Zellaktivität zu steigern. Diese Makrophagen (u. a. Monozyten) entladen ihre Enzyme, es entsteht eine unspezifische Entzündung und in einem entfachten Stoffwechselbrand wird das AG gleichsam „verfeuert“. Ist das AG zellulärer Natur, so spielt bei der Elimination auch noch ein spezifisch zytotoxischer Faktor aus den sensibilisierten Lymphozyten eine Rolle. Faszinierend ist immer wieder die extreme Dynamik der Lymphozyten im immunologischen Geschehen.

Dozent Dr. F. W. ALY, Tübingen:

#### „Fortschritte in Klinik und Therapie des humoralen Antikörpermangelsyndroms (AMS)“

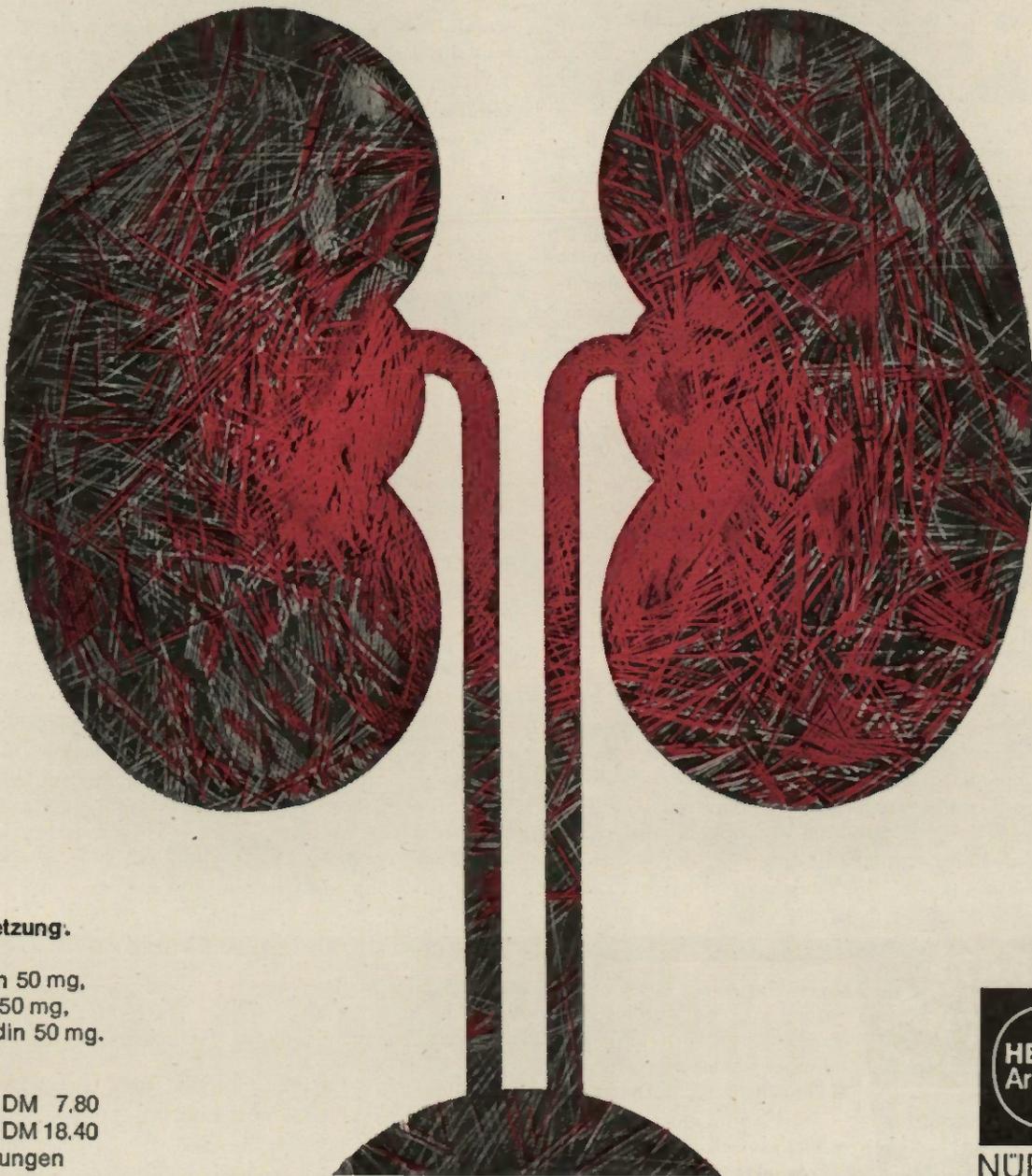
Das Fehlen von  $\gamma$ -Globulinen und die Unfähigkeit der AK-Bildung hat das gehäufte Auftreten von bakteriel-

**Neu**  
Gut verträgliche und  
hochwirksame Nitrofurantoin-  
Sulfadiazin-Therapie

# Urospasmon®

gegen  
Infektionen der  
Harnwege

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



**Zusammensetzung.**  
Tablette =  
Nitrofurantoin 50 mg,  
Sulfadiazin 150 mg,  
Phenazopyridin 50 mg.

**Packungen:**  
10 Tabletten DM 7,80  
30 Tabletten DM 18,40  
Einheitspackungen

**HEUMANN**  
Arzneimittel  
**NÜRNBERG**



Prof. Dr. H. E. Bock  
Tübingen



Doz. Dr. F. W. Aly  
Tübingen

len Infekte zur Folge.  $\gamma$ -Globulin-Substitution vermindert die Infektanfälligkeit. Der Abwehrmechanismus des Körpers baut sich aus humoralen, spezifischen Antikörpern ( $\gamma$ -Globuline) und aus kleinen Lymphozyten auf, die für die zelluläre Immunität und damit für die Ausbildung der Immunreaktion vom verzögerten Typ verantwortlich sind.

Für die Bestimmung der Immunglobulinklassen G, A und M stehen elektrophoretische und immunologische Methoden zur Verfügung. Die Immunelektrophorese ist eine Kombination einer Elektrophorese auf Agar gel mit einer anschließenden Immunpräzipitation der elektrophoretisch aufgetrennten Serumproteine durch ein Antihumanserum. Die quantitative Bestimmung gelingt mit monospezifischem Antiserum gegen isolierte Immunglobuline, wobei die Breite des Präzipitatsaumes bei der radialen Immundiffusion proportional zur gesuchten Proteinkonzentration ist. Bei gestörter humoraler Immunantwort ist sogar ein AMS trotz normaler  $\gamma$ -Globulinwerte möglich.

Wir unterscheiden: das AMS bei der sehr seltenen kongenitalen Thymusaplasie mit Fehlen des lymphoretikulären Systems und Lymphopenie, wobei die Beziehungen zwischen Thymus, Lymphozyten, Plasmazellausreifung und gestörter  $\gamma$ -Globulinsynthese unterstrichen werden.

Das frühkindliche, transitorische AMS tritt etwa im 2. bis 4. Lebensmonat auf, wenn die von der Mutter diaplazentar übertragenen  $\gamma$ -Globuline allmählich verschwinden und die eigene Antikörper-Produktion noch nicht ausreichend ist.

Beim kongenitalen AMS kennt man die geschlechtsgebundene, rezessivvererbliche A- $\gamma$ -Globulinämie bei Knaben (Typ Bruton) und die sporadisch auftretenden Fälle ohne Familienanamnese.

Das erworbene AMS kann primär ohne bekannte Ursache (idiopathisch) oder sekundär (symptomatisch) als Folge einer Grundkrankheit des retikulären oder lympho-plasmazellulären Systems (Lymphadenose, Lymphosarkom, Plasmozytom, Retikulose, Morbus Hodgkin) mit Störung der humoralen Immunabwehr auf-

treten. Ursache kann eine Verdrängung der immunglobulin-produzierenden Zellen durch das Tumorstadium oder ein echter Immundefekt sein.

Bei jeder Hypo- $\gamma$ -Globulinämie mit Hypoproteinämie ist differentialdiagnostisch auch an ein Eiweiß-Verlustsyndrom (Nephrose, exsudative Enteropathie) zu denken.

Die Therapie des AMS besteht aus der Gabe eines homologen, polyvalenten Antiserums, das als konzentriertes  $\gamma$ -Globulin aus einem großen Spenderpool einer normalen Bevölkerung hergestellt wird.  $\gamma$ -Globulin hat eine Halbwertszeit von etwa 20—30 Tagen. An injizierbaren Präparaten sind bekannt: Gamma-Venin (1—2 ml pro kg Körpergewicht alle zwei bis drei Wochen i. v.), wenn ein sofortiger Wirkungseintritt gefordert wird, und  $\gamma$ -Globulin i. m. (initial 1,2 ml pro kg Körpergewicht, Erhaltungsdosis ca. 0,6 ml/kg jeweils nach vier Wochen).

Privatdozent Dr. W. HARTL, Tübingen:

#### „Die Bedeutung von Immundefekten bei malignen Erkrankungen des lymphoretikulären Systems für Klinik und Praxis“

Im Rahmen lympho-, plasma- und retikuloproliferativer Erkrankungen kann es dazu kommen, daß spezifische immunologische Reaktionsabläufe zur Wahrung der Integrität und Individualität des Organismus nicht mehr funktionieren (Immundefekt). Für die Klinik derartiger neoplastischer Erkrankungen sind zwei zu unterscheidende Störungen bedeutsam: Ausfälle des Immunsystems mit deutlicher Resistenzlosigkeit gegenüber verschiedensten Infekten und Entgleisungen sonst protektiver, immunologischer Funktionen (Autoimmunopathien). Das erste Syndrom findet sich bei chronischer Lymphadenose, Lymphosarkom, multiplem Myelom und Morbus Waldenström und ist gekennzeichnet durch die Unfähigkeit der neoplastisch veränderten Zellen, biologisch vollwertige Immunglobuline ausreichend zu produzieren. Klinisch entspricht das Bild dem der Hypo- oder a- $\gamma$ -Globulinämie anderer Ursache. Der Infektanfälligkeit, insbesondere gegenüber *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* und *E. coli*, begegnet man gezielt durch Antibiotika sowie durch Gaben von  $\gamma$ -Globulin. Gewarnt wird vor Schutzimpfungen, speziell vor Pocken-Revakzination wegen der Gefahr der Generalisation oder der Gangränbildung. Das gleiche gilt für Patienten, die unter zytostatischer Therapie stehen.

Bei der Lymphogranulomatose Hodgkin steht immunologisch ein genereller Ausfall der sogenannten zellulären Immunantwort im Mittelpunkt des Interesses. Das Ausbleiben einer Cutanreaktion vom verzögerten Typ ist hierfür charakteristisch (z. B. Tuberkulinreaktion negativ) und spricht für ein fortge-

**STAATL.  
FACHINGEN**

Rein natürlich

Zentralbüro

**FACHINGEN**

62 Wiesbaden-Postf. 3189

- Tilgt vor allem überschüssige Säure im Gesamtorganismus. Es stumpft abnorme Säurebildung im Mogen ab.
- Behebt und verhütet u. o. **Sodbrennen**, beugt Magenkrämpfen sowie der Bildung von Magengeschwüren vor.
- Vermehrt z. B. auch die Diurese und verhindert Gieß- und Steinbildung in den ableitenden Harnwegen.
- ◀ Bei Krankenkassen zugelassen. Ad us. proprium Vorzugspreise. Auskunft und wissenschaftl. Prospektmaterial unverbindlich.

schriftliches Krankheitsstadium. In der Terminalphase des Morbus Hodgkin tritt dann noch zu dem Ausfall der zellulären Immunität ein Ausbleiben der humoralen Immunantwort hinzu (immunologische Globalinsuffizienz), gekennzeichnet durch Lymphopenie und Hypo- $\gamma$ -Globulinämie. Somit finden häufige Infektionskomplikationen wie Tuberkulose, Pilzkrankungen und Herpes zoster ihre Erklärung.

Das Entgleisen sonst physiologischer Leistungen des Immunsystems (Immun-Aberration) hingegen führt zur Bildung von Immunglobulinen mit Spezifität gegen körpereigene Substrate (Autoantikörper). Als klinisch wichtigste immunologische Komplikation dieser Art ist die autoimmunhämolytische Anämie im Rahmen lymphoretikulärer Erkrankungen zu nennen (Hämolyse, erhöhtes indirektes Bilirubin, erhöhte Serum-LDH, Retikulozytose, positiver Coombs-Test). Weitere immunhämatische Syndrome sehen wir in der Immun-Thrombozytopenie sowie im Kälteagglutinationssyndrom. Außerdem werden die Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises einschließlich der sogenannten Kollagenosen als Autoimmunopathien diskutiert.

Die Genese aberrierender Immunreaktionen bei proliferierenden lymphoretikulären Erkrankungen ist nicht geklärt. Man nimmt an, daß durch ein Kontrollsystem, dessen Funktion mit dem Thymus in enger Beziehung stehen soll, normalerweise eine eigengesetzliche Proliferation immunkompetenter Zellen als Folge einer Verknennung körpereigenen Substrats als Antigen ausgeschlossen wird. Bei Autoimmunopathien hingegen scheint entweder eine Störung dieses Kontrollsystems vorzuliegen, so daß die Toleranz gegenüber körpereigenem Material aufgehoben wird, oder man muß mit Mutationsvorgängen rechnen, die durch Virusinfekte bzw. maligne Erkrankungen induziert werden und körpereigenem Substrat Antigencharakter verleihen.

Privatdozent Dr. Dr. K. H. Meyer zum BÜSCHEN-FELDE, Mainz:

„Neue Erkenntnisse über die Rolle der Autoantikörper bei internen Erkrankungen“

Wie bei der Heteroimmunisierung können auch bei der Autoimmunisierung zwei Arten einer Immunantwort beobachtet werden: Bildung von Autoantikörpern und Bildung von Autoimmunzellen. Als Mechanismen für die Entstehung von Autoimmunphänomenen werden u. a. diskutiert: die Alteration von autologem Material durch physikalische, chemische, virale und bakterielle Einflüsse, Freisetzung von sequestrierten Antigenen (Spermatozoen, Linsenprotein) und gutartige sowie bösartige Proliferation immunkompetenter Zellsysteme (antihämocelluläre Antikörper, Lupus erythematoses visceralis, Myasthenia gravis). Üblicherweise kann man annehmen, daß ein starker antigener Stimulus als Immunantwort zur Bildung von zirkulierenden Autoantikörpern (Soforttyp) und ein schwacher Antigenreiz zur Bildung von Immunozyten (Spättyp) führt. Fortlaufende Gabe unterschwelliger oder extrem hoher Antigendosen kann Immuntoleranz zur Folge haben. Sicher hat der überwiegende Teil von Autoantikörpern keine pathogene Wirksamkeit. Diese apathogenen Auto-AK entstehen wahrscheinlich reaktiv auf erheblich denaturiertes autologes Material zum Zwecke der Neutralisierung. Als Beispiel sei der Rheumafaktor (RF) anzuführen, wobei eine Korrelation zwischen Höhe des RF

und klinischer Aktivität fehlt. Weiterhin der LE-Faktor bzw. antinukleäre Faktoren, die bei Übertragung auf gesunde Empfänger keine typischen Krankheitserscheinungen auslösen. Handelt es sich jedoch um pathogene Autoantikörper, so registriert man neben der spezifischen AG-AK-Reaktion eine unspezifische biochemische Phase mit dem Auftreten von Mediatoren (Histamin, Acetylcholin, Heparin, proteolytische Fermente, Komplement u. a.) und im Gefolge morphologische und funktionelle Veränderungen. Hierher gehört das Beispiel der paroxysmalen Kältehämoalbuminurie mit dem Auftreten eines Hämolsins, daneben die Hashimoto-Thyreoiditis als Folge von Autoantikörpern gegen zytoplasmatische Antigene der Schilddrüsenepithelien, außerdem die perniziöse Anämie mit Autoantikörpern gegen die Belegzellen in der Fundusmukosa sowie gegen Intrinsic-Faktor. Eine Erklärungsmöglichkeit männlicher Fertilität liegt in der Anwesenheit von agglutinierenden Auto-AK gegen Spermatozoen. Bei der erworbenen hämolytischen Anämie findet sich eine spezifische Beladung von Erythrozyten mit inkompletten Wärmeantikörpern, was selten idiopathisch, meist jedoch im Verlauf anderer Erkrankungen wie Virusinfektionen, Kollagenosen oder Neoplasien des lymphoretikulären Systems auftritt. Ähnlich verhält es sich bei den Autoimmun-Thrombozytopenien. An Antikörpern gegen Leukozyten kennt man vor allem die zum LE-Zell-Phänomen führenden Antikern-Autoantikörper. Ohne sicheren Beweis darf man heute in manchen Fällen von Diabetes mellitus eine Autoimmunisierung gegen körpereigenes Insulin annehmen. Schließlich muß die

**INTESTINALE  
ZIVILISATIONSNOXEN**

**REPHALYSIN**

**REGENERIERT:  
DARMFLORA  
MUCOSA  
FERMENTATION**

REPHA Chemisch.-pharm. Fabrik, 3001 Godshorn ü. Hann.



Priv.-Doz. Dr. W. Hartl  
Tübingen



Priv.-Doz. Dr. Dr. K. H.  
Meyer z. Büschenfelde  
Mainz



Prof. Dr. K. O.  
Vorlaender  
Aachen



Prof. Dr. F. Scheiffarth  
Erlangen



Priv.-Doz. Dr.  
R. Pichlmayr  
Hannover

Ablagerung von Autoantigen-Antikörperkomplexen im Bereich von Membranen für das Auftreten vaskulärer Komplikationen bei verschiedenen Autoimmunerkrankungen verantwortlich gemacht werden. Die Bedeutung der Autoantikörperantwort vom Soforttyp und der Autoimmunantwort vom verzögerten Typ für die verschiedenen immunologischen Krankheiten ist nicht immer scharf abgegrenzt. Bei der aktiven chronischen Hepatitis sollen erst nach der Zellerstörung durch Immunozyten die zirkulierenden Auto-AK mit dem intrazellulär gelegenen Leberantigen reagieren.

Professor Dr. K. O. VORLAENDER, Aachen:

**„Fortschritte in der Therapie von akuten Immunopathien unter Berücksichtigung der Immunsuppressiva“**

Für die klinische Therapie sollten zwei Formen der Immunsuppressiva unterschieden werden:

1. die Stoffwechselhemmer (Mitosehemmer, Antimetaboliten), die die Proliferation und Teilungsfähigkeit insbesondere der immunkompetenten Zellen blockieren, beeinflussen in erster Linie die Spätform hyperergischer Reaktion.
2. das D-Penicillamin Metalcaptase hingegen vermag pathologische Makroglobuline, wie z. B. hochmolekulare  $\gamma$ -Globuline, von Antikörpern zu depolymerisieren und somit wirkt es auf Immunphänomene vom Soforttyp ein.

Daraus ergibt sich als Konsequenz, daß folgende akute Immunopathien keiner immunsuppressiven Therapie zuzuführen sind:

Die akute rheumatische Endomyokarditis wird ausgelöst durch subendokardiale Einlagerung von AG-AK-Komplexen als Folge einer immunpathogenen Reaktion vom Soforttyp nach Streptokokkeninfektion. Die Therapie basiert auf der Medikation von hochdosiertem Penicillin (Ausschaltung des AG) in Verbindung mit Kortison, eventuell auch mit Pyrazolon und Salicylat (Antiphlogistik) je nach Ausgangssituation. Ähnlich liegt die Situation bei der akuten Glomerulonephritis, wobei in der Niere als Ausscheidungsorgan AG-AK-Immunkomplexe angereichert und Fluoreszenz-optisch gesichert werden konnten. Auch hier spielt die Penicillinprophylaxe mit gleichem Ziel die entscheidende Rolle. Antiphlogistika haben enttäuscht, kleine Kortisondosen (14 Tage lang max. 30 mg Prednison) werden von einigen Autoren empfohlen. Unter Beachtung der Perforationsgefahr kommt auch bei der Colitis ulcerosa Kortison (40 mg Prednison) zum Einsatz neben der üblichen konservativen Therapie. Ebenso können akute Formen des LE durch Kortison günstig beeinflußt werden. Gleiche Gesichtspunkte gel-

ten für die Hypersensitivitätsangitis (akut verlaufende Sonderform der Panarteriitis nodosa), wobei eine Primärinfektion fehlt und die zirkulierenden AK gegen körpereigenes Substrat gerichtet sind (Autoantikörper). Eine neue Situation ergibt sich, wenn die erwähnten Erkrankungen in ein chronisch-rezidivierendes Stadium treten, dann spielen auch autoimmunologische Reaktionen nach Art der Spätreaktion eine große Rolle (Proliferation immunkompetenter Zellen gegenüber körpereigenen Antigenen). Hierbei wird man Kortison mit Immunsuppressiva kombinieren mit dem Ziel, den antiphlogistischen Direkteinfluß der Kortison-Präparate mit dem zytostatischen Langzeiteffekt (z. B. des Azathioprin = Imurel) zu verbinden. Ein weiterer Vorteil einer derartigen Kombinationstherapie ist, daß der zytostatisch bedingten Leukämie durch Kortison entgegengewirkt wird. Spricht ein Fall autoimmunhämolytischer Anämie nur ungenügend auf Kortison an, so führt oft die Zugabe von Immunsuppressiva zum gewünschten Effekt. Die aktiven Stadien der chronisch-aggressiven Hepatitis sowie der Immunthyreoiditis sind neben zirkulierenden Autoantikörpern zusätzlich charakterisiert durch eine Infiltration des interstitiellen Gewebes mit immunkompetenten Lymphozyten und Plasmazellen. Somit rechtfertigt sich die Zugabe von Imurel. Guten Erfolgen mit der immunsuppressiven Therapie stehen allerdings völlige Versager gegenüber. Bei der nephrotischen Verlaufsform der chronischen Glomerulonephritis ist die erwähnte Kombinationstherapie die Methode der Wahl, erst für die Langzeitbehandlung bei chronischer Entwicklungstendenz kann die Indikation zur alleinigen immunsuppressiven Medikation gegeben sein.

Professor Dr. F. SCHEIFFARTH, Erlangen:

**„Langzeitbehandlung von Immunopathien unter besonderer Berücksichtigung immunsuppressiver Medikamente“**

Für die immunsuppressive Therapie kommen in Frage: Purinantagonisten, Folsäureantagonisten, alkylierende Substanzen und zytostatisch wirkende Antibiotika. Neuerdings gewinnt noch das Antilymphozytenserum an Bedeutung. Als Immunsuppressiven Effekt kann man erwarten, daß bei der immunologischen Primärreaktion die Immunglobulin-G-Produktion am stärksten beeinträchtigt ist. Bezüglich der immunologischen Spätreaktion gelingt es, durch gleichzeitige Applikation eines determinierten Antigens und einer immunsuppressiven Substanz eine spezifische Immuntoleranz zu induzieren. Schließlich lassen sich Transplantationsreaktionen und Autoimmunreaktionen experimentell unterdrücken. In der Klinik sehen die Erfolge natürlich etwas anders

aus, weil hier nicht — wie im Tierexperiment — eine totale Immunsuppression realisierbar ist. Man muß mit unterschwelligen Dosen arbeiten, um nicht irreversible Organschädigungen zu riskieren (z. B. Knochenmark). Zur Beurteilung des immunsuppressiven Effektes läßt sich möglicherweise als Kriterium der Lymphozytentransformationstest heranziehen.

Die Indikation zur Anwendung immunsuppressiver Medikamente ist dann gegeben, wenn andere Maßnahmen einschließlich Kortikoide nicht den gewünschten Erfolg zeigen oder eine, wenn auch wirksame Kortikoidtherapie nicht in der erforderlichen hohen Dosierung wegen der Nebenwirkungen fortgesetzt werden kann. Einsatz findet die immunsuppressive Therapie nach besonderen Richtlinien bei immunhämatischen Erkrankungen, Kollagenosen (vizeraler Erythematodes, Dermatomyositis, primär-chronische Polyarthritits), chronischer Nephritis, chronisch-aggressiver Hepatitis und Colitis ulcerosa.

Folgende Medikamente haben sich bewährt: Azathioprin 2,5—5 mg/kg Körpergewicht und Tag, Cyclophosphamid (Endoxan) 2,0—5 mg/kg Körpergewicht und Tag und Amethopterin (Methothrexat) 2,5—5 mg als tägliche Gesamtdosis per os 3 bis 4 Tage pro Woche. Meist kombiniert man mit Kortikoiden. Die erforderlichen Erhaltungsdosen richten sich nach dem klinischen Bedarf sowie nach dem Blutbild. Die Mindestbehandlungsdauer liegt bei 2 bis 3 Monaten, ein Medikamentenwechsel kann sich positiv auswirken. Im Hinblick auf eventuelle Rezidive ist u. U. eine Langzeitbehandlung über Jahre nötig.

Als gefährlichste Nebenwirkung wäre die Knochenmarkschädigung zu nennen, eine Leukopenie bis 2500 gilt jedoch als vertretbar. Die Gefahr der mangelnden Infektabwehr ist zu bedenken, immerhin sind Todesfälle durch Viruspneumonie, Septikämie und schwer verlaufende Zosterformen beschrieben. Weitere Nebenwirkungen sind Diarrhöen, gelegentlich mit Blut und auch Hämaturien. Haarausfall, Brechreiz und Übelkeit seien am Rande erwähnt. Eine echte Kontraindikation ist vor allem die Frühgravidität, daher sollten Frauen im gebärfähigen Alter gleichzeitig Antikonzeptiva einnehmen.

Dr. G. RIETHMÜLLER, Tübingen:

#### „Zum Mechanismus der Transplantatabstoßung“

Das einzelne Individuum einer Art ist einzigartig, garantiert durch den genetisch definierten Polymorphismus der Zellmembran. Die Gesamtheit der zahlreichen Membranfaktoren, die in beliebiger Kombination auftreten, bezeichnet man als H (= Histokompatibilitäts-)Antigene. Im Tierversuch ist es jedoch geglückt, innerhalb einer Mäuserasse bezüglich der H-Antigene identische Individuen zu züchten, zwar ideal für Transplantationsversuche, jedoch nicht ganz sinnvoll für die Arterhaltung: Man kennt nämlich ein Leukämie-induzierendes Virus, dessen H-Antigene mit denen dieser Mäuserassen identisch sind, so daß sie nicht erkannt werden und eine AK-Produktion unterbleibt. Durch „molekulares Mimikry“ wird so die Immunität überspielt. Das hat zur Folge, daß fast alle infizierten Mäuse an Leukämie zugrunde gehen und praktisch die Rasse identischer Individuen ausstirbt. Somit gilt als Naturgesetz: Je individueller ein Individuum hinsichtlich

seiner Membranen ist, desto besser ist es ausgerüstet, zu überleben und desto größer ist sein Wert für die Erhaltung der Art. Die Uniformität innerhalb einer Art hingegen kann sich katastrophal auswirken.

Nachgewiesen werden die H-Antigene mit Kompatibilitätstests, die wichtigsten sind heute der Leukozyten-Agglutinationstest, der Zytotoxizitätstest und der Lymphozyten-Transformationstest. Mit ihrer Hilfe lassen sich Gewebsverträglichkeit und Einheilungschancen eines Transplantats im voraus abschätzen. Für die Transplantatabstoßung ist die zellgebundene Immunität von besonderer Bedeutung. Dabei ist es ein großer Unterschied, ob man Haut oder ein inneres Organ transplantiert. Jeweils werden andere Immunsysteme bevorzugt aktiviert. Haut ist kaum durch humorale AK zur Abstoßung zu bringen, was bei inneren Organen fast regelmäßig gelingt. Eine transplantierte Niere wird z. B. ohne Immunsuppression sehr schnell durch AK gegen glomeruläre Membranen außer Funktion gesetzt und fällt der Abstoßung anheim. Als Zeichen perakuter Abstoßungsreaktion der Niere sieht man histologisch eine Intimaschwellung mit Invasion polymorphkerniger Leukozyten in die Gefäßintima und in die Glomerulumschlingen sowie eine zelluläre Infiltration des Interstitiums. Die chronische Abstoßung ist gekennzeichnet durch eine schaumige Verquellung der Intima mit einem Reichtum an Lymphozyten, die sich dort transformieren.

Der Traum der Induktion einer Immuntoleranz ist über die Parabiose im Tierversuch zu verwirklichen: Zwei Tiere (Mäuse) werden über eine Hautbrücke vereint, die Kreuzzirkulation bringt jeweils einen massiven AG-Einstrom mit sich. Es bildet sich zwar ein deutlicher Granulationswall mit fibrinoiden Degenerationen und Nekrosen, aber eine gegenseitige Abstoßung unterbleibt. Trennt man nach etwa drei Monaten, so hat man echte Chimären, die gegenseitige Hauttransplantate permanent tolerieren.

Dr. FINK, München-Schwabing:

#### „Die extrakorporale Bestrahlung des Blutes bei der Therapie immunologischer Erkrankungen“

Da den Lymphozyten die entscheidende Funktion bei der Erkennung und Ausschaltung von Antigenen zukommt, ist es das therapeutische Ziel, bei immunologischen Erkrankungen selektiv die Lymphozyten im Blut zu vermindern. Folgende Maßnahmen sind beim Menschen praktikabel: Die Ductus-Thoracicus-Drainage führt zu einer erheblichen Reduktion der Lymphozyten sowohl im Blut als auch in den lymphatischen Speichern, allerdings steht der allgemeinen Anwendung der gleichzeitige Proteinverlust entgegen. Durch heterologes Antilymphozytenserum werden die Lymphozyten des Blutes zerstört, jedoch ist der Einsatz wegen anaphylaktischer Nebenwirkungen keineswegs ungefährlich. Schließlich macht man sich die besondere Strahlensensibilität von Lymphozyten zunutze, wobei die extrakorporale Blutbestrahlung des zirkulierenden Blutes gegenüber der Ganzkörperbestrahlung bzw. der Lokalbestrahlung wesentliche Vorteile bietet. Über einen arteriovenösen Shunt am Unterarm wird das Blut durch eine Strahlenquelle geleitet und mit einer Transiddosis von 450 rad bestrahlt (Letaidosis für Lymphozyten). Im Durchschnitt läßt man dabei 4 bis 5 Blutvolumenäquivalente täglich oder mehrmals wöchentlich

die Strahlenquelle passieren, oder ein tragbarer Sr-90-Strahler wird über dem Shunt fixiert und Wochen bis Monate mobil mitgeführt. Der Abfall der Lymphozyten hängt sehr von Dauer und Intensität der Strahlung ab. Desgleichen hat man im Tierexperiment eine deutliche Entspeicherung der lymphatischen Organe gesehen.

Verständlicherweise sind die Erfolge bei der akuten bzw. chronischen myeloischen Leukämie wegen der geringen Strahlensensibilität unbefriedigend, hingegen konnte bei der chronisch-lymphatischen Leukämie neben einer regelmäßigen Lymphopenie und Verminderung der Infiltration lymphatischer Organe eine wesentliche Besserung des klinischen Bildes erzielt werden, die durchschnittlich 6 bis 12 Monate anhielt. Die Größe der Lymphknoten, Milz und Leber nimmt ab und die Knochenmarksfunktion besserte sich in über der Hälfte der Fälle.

Ähnliche Erfolge verspricht man sich von der extrakorporalen Blutbestrahlung (EKBB) bei verschiedenen Autoimmunerkrankungen und Abstoßungsreaktionen nach Organtransplantationen. Die Erfahrungen sind derzeit noch sehr gering. Im Tierversuch konnte gezeigt werden, daß die EKBB unmittelbar nach der Transplantation die Funktion des Transplantats wesentlich länger als ohne Bestrahlung aufrecht erhält, eine Abstoßung jedoch nicht verhindern kann, da wahrscheinlich nicht alle immunkompetenten Zellen die Strahlenquelle passieren und somit unbeeinflusst bleiben. Auch eine Vorbestrahlung des Empfängers führte zu keiner Verlängerung der Überlebenszeit des Transplantats. Die Anwendung der EKBB während der Abstoßungskrisen eines Nierentransplantats hat sich wiederholt bewährt, während eine Dosissteigerung von Kortison und Azathioprin, Aetionomyein C und Lokalbestrahlung ohne Wirkung geblieben sind.

Bei Autoaggressionskrankheiten wurde bisher beim Menschen keine EKBB durchgeführt.

Privatdozent Dr. R. PICHLMAYR, Hannover:

#### „Therapie und Praxis des Antilymphozytenserums“

Bei der Gewinnung von heterologem Antilymphozytenserum (ALS) können zur Immunisierung des Pferdes als Antigen Homogenate von Milz, Lymphknoten und Thymus des Menschen verwendet werden. Besonders geeignet sind Lymphozyten aus der Lymphe des Ductus thoracicus wegen des Reinheitsgrades, so daß zusätzliche Antigen-wirksame Bestandteile (Gewebeartikel, Thrombozyten usw.) fehlen. Ein besonders wichtiger Schritt liegt in der Reinigung des gewonnenen Serums, speziell der Extraktion der  $\gamma$ -G-Globuline, in denen der Hauptanteil der Antikörper lokalisiert ist. Die Prüfung des Serums auf Wirksamkeit geschieht mit der Test-Hauttransplantation beim Schimpansen. Hierbei kann nicht nur die Immunsuppression, sondern auch die Verträglichkeit, besonders die Wirkung auf Blutbild und Thrombozyten getestet werden. Der Antikörper-effekt des ALS nach i.v.-Injektion äußert sich in einer alsbaldigen Verminderung der peripheren Lymphozyten und nach wiederholter Applikation in einer Entspeicherung der lymphatischen Organe als Folge des Nachstroms von Lymphozyten in die Peripherie. Zwar beobachtet man auch eine gewisse Kreuzreaktion von ALS mit Granulozyten und Monozyten, jedoch ist die Gefahr einer Agranulozytose nach bisherigen Erfahrungen kaum gegeben.

Die zur Immunsuppression notwendigen Mengen an ALS sind im allgemeinen gut verträglich, insbesondere im Vergleich zu den anderen toxischen immunsuppressiven Substanzen. Die Erhaltung der Knochenmarksfunktion sowie die geringe Beeinflussung des humoralen Immunsystems erklären die ausreichende Resistenzlage gegenüber bakteriellen Infektionen. Unter Einbeziehung des ALS in das Behandlungsschema bei Transplantationen wurden die Ergebnisse deutlich verbessert. Vor allem konnten die übrigen immunsuppressiven Substanzen in ihrer Dosierung und somit Toxizität reduziert werden. Eindeutige Besserungen der Prognose sah man bei langfristiger kontinuierlicher Gabe von ALS vom Zeitpunkt einer Nierentransplantation an sowie bei der erstmaligen Anwendung bei einer beginnenden Abstoßungsreaktion. Der Einsatz von ALS bei Autoaggressionserkrankungen ist noch nicht genügend erforscht, jedoch gerechtfertigt beim Versagen anderer Methoden. Klare Dosierungsrichtlinien existieren noch nicht, im allgemeinen gibt man 5 bis 10 ml des gereinigten AL-Globulins pro Tag i. v. Außer den bekannten Nebenwirkungen bei Immunsuppression schlechthin spielt speziell beim ALS die Artfremdheit des applizierten Serums als Antigen eine Rolle sowie die nicht voll erreichte Spezifität (AK eventuell auch gegen Erythrozyten und Plasmaproteine). Eine Gefahr wiederholter ALS-Gaben liegt somit im Auftreten hyperergischer Reaktionen (Urtikaria, Serumkrankheit, Serumnephritis und Anaphylaxie). Da gleichzeitig immer Immunsuppressiva gegeben werden, ist die Antikörperbildung gegen das artfremde Serum gering. Für eine Langzeittherapie ist jedoch das ALS vorläufig noch nicht geeignet, man arbeitet an der Verbesserung des Reinheitsgrades und der Spezifität.

(Fortsetzung folgt)

### Klinische Fortbildung in Bayern 1969

#### Kurseinteilung:

#### 1. INNERE KRANKHEITEN

24. bis 29. November 1969

Würzburg, Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wollheim

#### 2. CHIRURGIE

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. Kern

#### 3. PHONOKARDIOGRAPHIE (Anfängerkurs)

7. 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 33 20 21 (Apparat 26)

# Estrovis<sup>®</sup>

## in der Postmenopause

bietet  
entscheidende  
Vorteile:

*Ihre Patientin*  
wird schnell  
beschwerdefrei,

denn Estrovis kann  
individuell und in Mikro-  
gramm-Dosen exakt  
dosiert werden.

Bewährt hat sich: Als  
Initialdosis in den ersten  
7 Tagen 2–3 (maximal 4)  
Tabletten täglich,  
anschließend bis zum  
20.Tag 1 Tablette pro die.

8 Tage Behandlungs-  
pause.

Danach zyklisch 20Tage  
je 1 Tablette, 8 Tage  
Pause und so fort . . .



*Ihre Patientin*  
fühlt sich wohl,

denn Estrovis ist her-  
vorragend verträglich  
und deshalb für die  
Dauertherapie beson-  
ders geeignet.

*Ihre Patientin*  
lebt unbeschwert,

denn Estrovis ist ein  
zielgerichtet entwick-  
teltes Reinsteroïd  
ohne sedierenden,  
tranquillisierenden  
oder die Alkoholwir-  
kung potenzierenden  
Effekt.

*Ihre Patientin*  
braucht  
Blutungen nicht  
zu befürchten,

denn Estrovis hat  
eine extrem geringe  
Wirkung auf das  
Endometrium – bei  
empfohlener Dosierung  
praktisch keine  
Blutungsgefahr.

*Ihre Patientin*  
bleibt auch  
während der  
Behandlungspause  
beschwerdefrei,

denn Estrovis hat einen  
Depoteffekt, der das  
8-tägige Therapieinter-  
vall überbrückt.

Eine Tablette enthält:  
0,025 mg 3-Cyclopentyl-  
oxy-17 $\alpha$ - $\Delta$ thinylostra-  
1,3,5(10)-trien-17 $\beta$ -ol  
(chem. Kurzbezeichnung  
Quinestrol)

OP mit 20 Tabletten  
Quartalspackung  
mit 3 x 20 Tabletten

GÖDECKE

## Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

### Mittelfranken

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

**Emskirchen:** 1 Allgemeinpraktiker

**Hersbruck:** 1 Facharzt für Augenkrankheiten  
Durch Verzicht frei gewordener, alter Kassenarztsitz. Belegmöglichkeit am Kreis Krankenhaus 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.

**Unterasbach, Gem. Oberasbach bei Nürnberg, Lkr. Fürth:** 1 Allgemeinpraktiker

Seit 22 Jahren bestehende, durch Tod verwaiste 5. Kassenarztstelle in einer Gemeinde mit über 13 000 Einwohnern und starker Bautätigkeit unmittelbar vor den Toren Nürnbergs. Sonntagsdienst und Urlaubsvertretung geregelt. 1959 erbaute Praxisräume können übernommen werden.

**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.

**Eggenfelden:** 1 Facharzt für Augenkrankheiten  
1 Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten

**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.

**Wurmansquick, Lkr. Eggenfelden:** 1 Allgemeinpraktiker

In Wurmansquick, das ein Einzugsgebiet von etwa 3500 Einwohner umfaßt, wurde 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

**Langengeising, Lkr. Erding:** 1 Allgemeinpraktiker

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

### Oberfranken

**Bad Steben, Lkr. Naila:** 1 Allgemeinpraktiker

Im bayerischen Staatsbad Bad Steben (bedeutendes Radlumbad) 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 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 gewordene Arztsitz Hiltpoltstein bietet eine gesicherte Existenz. Der landschaftlich reiz-

voll 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.

**Hof/Saale: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten**

Die zum 1. Oktober 1969 frei gewordene dritte Kinderfacharztstelle in Hof/Saale ist wieder zu besetzen. Die Stadt Hof hat 55 000 Einwohner, alle höheren Schulen, gute kulturelle Möglichkeiten, u. a. Theater. Eine gesicherte Existenz ist zu erwarten.

**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 Badensee 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.

**Schauenstein, Lkr. Nalla: 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), Nalla (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

**Amberg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten**

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

**Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker**

**Eschenbach: 1 Allgemeinpraktiker**

**Hahnbach: 1 Allgemeinpraktiker**

**Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker**

**Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten**

**Roding: 1 Allgemeinpraktiker**

**Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker**

**Vohenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker**

**Weiden (Ortsteil Nord): 1 Allgemeinpraktiker**

**Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten**

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Kinderkrankheiten und für Praktische Ärzte sind zu besetzen.

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

### Schwaben

**Aitenmünster, Lkr. Wertingen: 1 Allgemeinpraktiker**

**Buch, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinpraktiker**

**Deiningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinpraktiker**

Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.

Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

**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, Frohsinnstraße 2, zu richten.

Ronicol®

Klar

Weite des Horizontes

Klarheit des Denkens und Fühlens

dem alternden Menschen zu erhalten

ist vornehmstes Ziel der

Hell

**Therapie der Cerebralsklerose**

**mit Ronicol® retard**

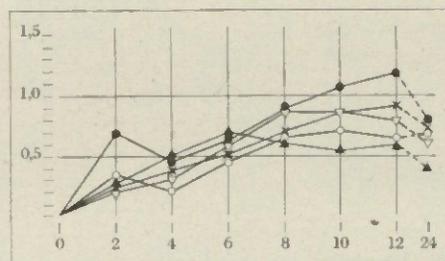
Weit



Flavius Vespasianus Titus 39 bis 81 n. Chr.

# 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  $\mu\text{g}$  T-Ronicol  
(Tritium-markiertes  $\beta$ -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<sup>®</sup> 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

### Unterfranken

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

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

**Wildflecken/Rbön:** 1 Allgemeinpraktiker

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

### Rechtsfragen bei der Verordnung von Ovulationshemmern

Die Ständige Konferenz der Rechtsberater der Ärztekammern der Bundesrepublik Deutschland hat zur Frage der Verordnung von Ovulationshemmern an unverheiratete minderjährige Mädchen wie folgt Stellung genommen:

„Wegen der gebotenen Achtung der verfassungsmäßig garantierten Elternrechte sowie unter Berücksichtigung der Intensität des Eingriffs in die körperliche Integrität Heranwachsender, der mit der Verordnung von Ovulationshemmern verbunden ist, kommt die Rechtsberaterkonferenz zu folgender Meinungsbildung:

1. Grundsätzlich muß es dem Arzt überlassen bleiben, ob er überhaupt Ovulationshemmer an minderjährige unverheiratete Frauen verordnet.
2. Nach Ansicht der Rechtsberaterkonferenz kann dem Arzt aus der Verordnung von Ovulationshemmern an minderjährige Frauen kein Vorwurf gemacht werden, wenn er:
  - a) Ovulationshemmer vor Vollendung des 16. Lebensjahres der Empfängerin nicht verordnet. (Hierfür ist schon § 182 StGB richtungweisend, der die Verführung unbescholtener Mädchen vor Vollendung des 16. Lebensjahres unter Strafe stellt.)
  - b) Empfängerinnen im Alter von 16 bis 18 Jahren Ovulationshemmer nur dann verordnet, wenn die Einwilligungserklärung des oder der Personensorgeberechtigten vorliegt.

c) Ovulationshemmer nach Vollendung des 18. Lebensjahres auch ohne Einwilligung des oder der Personensorgeberechtigten verordnet; es sei denn, daß die betreffende Jugendliche nicht die erforderliche persönliche Reife zu besitzen scheint. Ist diese persönliche Reife nach Ansicht des Arztes vorhanden, so kann er davon ausgehen, daß die Jugendliche einwilligungsfähig ist.“

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer ist der Auffassung, daß diese Stellungnahme für die Verordnung von Ovulationshemmern an unverheiratete minderjährige Mädchen als Richtschnur dienen kann.

### FAKULTÄT

#### Vakante Lehrstühle an der Universität München

An der Universität München waren am 1. August 1969 von den 291 im Staatshaushalt ausgewiesenen Lehrstühlen (275 ordentliche und 16 außerordentliche Lehrstühle) 45, das sind 18,9%, nicht besetzt. In 40 dieser Fälle liegt ein Berufungsvorschlag der Universität beim Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus; soweit bekannt, wurden zur Zeit für 29 Lehrstühle Berufungsverhandlungen geführt. Zwei Berufungsverhandlungen sind bereits erfolgreich abgeschlossen worden; die Ernennung der Berufenen steht bevor.

Die Aufgaben der Lehrstuhlinhaber dieser zur Zeit vakanten Lehrstühle werden in den meisten Fällen kommissarisch von den emeritierten bisherigen Lehrstuhlinhabern, von anderen Mitgliedern des Lehrkörpers oder von Gastdozenten wahrgenommen.

Die folgende Zusammenstellung beruht auf Mitteilungen der Fakultäten. Angaben über das Stadium der Berufungsverfahren werden nach dem bei den Fakultäten bekannten Stand gegeben. Stichtag ist der 1. August 1969. Aufgrund der im Juli 1969 (nach der Senatssitzung am 17. 7. 1969) beim Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus eingereichten Berufslisten konnte daher bis zum Stichtag der Zusammenstellung noch kein Ruf ausgesprochen sein.

#### Medizinische Fakultät

o. Lehrstuhl für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Nachfolge Prof. Dr. A. Herrmann), Berufungsverhandlungen laufen.

o. Lehrstuhl für Psychiatrie (Nachfolge Prof. Dr. K. Kolle), Berufungsverhandlungen laufen.

o. Lehrstuhl für Neurologie (neu), Berufungsverhandlungen laufen.

o. Lehrstuhl für Frauenheilkunde I (Nachfolge Prof. Dr. W. Bickenbach), Berufungsverhandlungen laufen.

Auch bei **Mykosen=Jacosulfon** ungt. pulv. } im Wechsel auftragen

o. Lehrstuhl für Innere Medizin II (Nachfolge Prof. Dr. G. Bodechtel), Berufungsverhandlungen laufen.

o. Lehrstuhl für Gerichtsmedizin (Nachfolge Prof. Dr. Laves), Berufungsverhandlungen laufen.

o. Lehrstuhl für Pathologische Anatomie (Nachfolge Prof. Dr. W. Büngeler), Berufungsverhandlungen laufen.

o. Lehrstuhl für Geschichte der Medizin (Nachfolge Prof. Dr. G. Ratb), Berufungsverhandlungen laufen.

ö. Lehrstuhl für Physikalische Therapie und Röntgenologie (Nachfolge Prof. Dr. v. Braunbehrens).

Die Medizinische Fakultät rechnet damit, daß alle Lehrstühle bis 1970 wieder besetzt sein werden.

## München — Veränderungen in den Medizinischen Fakultäten

### Medizinische Fakultät der Universität

Professor Dr. med. Hans von BRAUNBEHRENS, Direktor des Institutes und der Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie und Direktor des Institutes für medizinische Balneologie und Klimatologie, wurde von seinen amtlichen Verpflichtungen entbunden.

Zum „ordentlichen Professor“ wurden ernannt:

Apl. Professor Dr. med. dent. habil. Felix ASCHER, Vorstand der Kieferorthopädischen Abteilung der Zahnklinik.

Apl. Professor Dr. med. Waldemar HECKER, bisher an der Universität Heidelberg (Kinderchirurgie).

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Hans Günther BORCHERS (Innere Medizin);

Privatdozent Dr. med. Heinrich DREXEL (Physikalische Medizin und Balneologie);

Privatdozent Dr. med. Johannes KUGLER (Klinische Neurophysiologie);

Privatdozent Dr. med. Hermann KURZ (Pharmakologie und Toxikologie);

Privatdozent Dr. med. Hans Ernst SACHSE (Urologie).

Privatdozent Dr. med. Franz MITTELBACH wurde zum „Universitätsdozenten für Innere Medizin“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Eberhard BASSENGE für „Physiologie“;

Dr. med. Wilfried LORENZ für „Klinische Chemie“;

Dr. med. Hans-Wolfgang REINHARDT für „Physiologie“;

Dr. med. Melchior WESTHUES für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“.

Apl. Professor Dr. med. Horst HAMELMANN, Leitender Oberarzt der Chirurgischen Klinik wurde zum „ordentlichen Professor“ an der Universität Marburg ernannt.

Apl. Professor Dr. med. Heinrich Adolf KRONE (Geburtshilfe und Frauenheilkunde) wurde durch Umhabilitierung zum „apl. Professor“ an der Universität Erlangen-Nürnberg ernannt.

Apl. Professor Dr. med. Josef LISSMER, bisher an der Universität Frankfurt/Main, wurde an die Poliklinik, Zentrale Röntgenstation, als Abteilungsvorsteher versetzt.

Zum „Leitenden Oberarzt“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Klaus DEVENS, Oberassistent an der Chirurgischen Abteilung der Kinderklinik;

Privatdozent Dr. med. Hans JAHRMÄRKER, Oberassistent an der I. Medizinischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Friedrich SEBENING, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik.

Zum „Oberkonservator“ wurden ernannt:

Dr. med. Hans Joachim BREMER, Konservator an der Kinderklinik;

Dr. med. Johannes KLEMM, Konservator an der II. Medizinischen Klinik;

Dr. med. Wolfram SCHOPP, Konservator am Institut für Vergleichende Tropenmedizin;

Privatdozent Dr. med. Alfred SCHAUDIG, Oberassistent an der Chirurgischen Klinik, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Zum „Konservator“ wurden ernannt:

Dr. med. Walter JACOBY, wiss. Assistent an der Neurochirurgischen Klinik;

Dr. med. Jürgen SCHNERMANN, wiss. Assistent am Physiologischen Institut.

Professor Dr. med. Otto BRAUN-FALCO, Direktor der Dermatologischen Klinik, wurde von der Israelischen Dermatologischen Gesellschaft in Jerusalem zum Ehrenmitglied gewählt.

Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Richard WAGNER, em. Vorstand des Physiologischen Institutes der Universität München, wurde anlässlich des 100jährigen Bestehens der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck zum Ehrensensator dieser Universität ernannt.

Dr. med. Albrecht M. KELLERER, wiss. Assistent am Strahlenbiologischen Institut, wurde von der Deutschen Röntgengesellschaft für seine Verdienste auf dem Gebiete der biophysikalischen Grundlagenforschung der Hermann-Holthusen-Ring verliehen.

### Medizinische Fakultät der Technischen Hochschule

Apl. Professor Dr. med. Hans Werner PABST, Leitender Oberarzt am Institut und der Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München, wurde zum „ordentlichen Professor“ ernannt.

**OXYMORS** SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWÄHRT

KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMFLORA UND DER NIEREN **bei Oxyuriasis**

**Vermifuge Wirkung!** KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!

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

### Professor Dr. W. Ch. Hecker neuer Ordinarius für Kinderchirurgie

Am 1. August 1969 trat Professor Dr. W. Ch. HECKER die Nachfolge von Professor Dr. Anton OBERNIEDER-MAIER als o. Professor für Kinderchirurgie und als Vorstand der Chirurgischen und Orthopädischen Abteilung der Universitätskinderklinik an.

Professor Hecker ist am 15. 2. 1922 in Potsdam geboren. Von 1945—1950 studierte er an der Universität Hamburg, legte dort 1950 das Staatsexamen ab und promovierte 1951 zum Dr. med. Nach der Pflichtassistentenzeit war Professor Hecker 1952—1953 Assistent an der Chirurgischen Universitätsklinik in Hamburg. Von 1953—1957 war er in der Pädiatrischen und Kinderchirurgischen Abteilung des Altonaer Kinderkrankenhauses Hamburg-Altona tätig. 1957—1962 arbeitete er an der Chirurgischen Klinik der Freien Universität Berlin unter Professor Dr. F. Lindner und habilitierte sich 1962 in Berlin. Seit 1962 war er Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg und Leiter der Kinderchirurgischen Abteilung. 1966 wurde er zum Abteilungsvorsteher der Kinderchirurgischen Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg ernannt. 1967 folgte seine Ernennung zum außerplanmäßigen Professor. Professor Hecker war 1964/65 Dozentenvertreter in der Medizinischen Fakultät und 1967/68 Wahlsektor der Dozentenschaft im Akademischen Senat der Universität Heidelberg. 1968/69 war er Mitglied der Grundordnungsversammlung der Universität Heidelberg.

In bisher über 140 wissenschaftlichen Publikationen beschäftigte sich Professor Hecker besonders mit der chirurgischen Behandlung thorakaler und abdomineller Fehlbildungen, mit Studien zur Klinik und Pathogenese des Hodenhochstandes (Maldescensus testis) und mit der Behandlung von Krebserkrankungen des Kindesalters.

### PERSONALIA

#### Bundesverdienstkreuz für Professor Dr. R. Schubert

Herrn Professor Dr. med. René SCHUBERT, Direktor der 2. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenhäuser Nürnberg, wurde das Bundesverdienstkreuz I. Klasse verliehen.

#### Dr. med. Josef Kiefhaber zum Ehrenmitglied ernannt

Herrn Dr. med. Josef KIEFHABER, München, wurde in Anerkennung seiner jahrzehntelangen Verdienste und Tätigkeit für die Belange und Ziele des Praktischen Arztes die Ehrenmitgliedschaft der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns im Berufsverband der Praktischen Ärzte Deutschlands e. V. verliehen.

### IN MEMORIAM

#### Adolf von Lippmann †

Am 29. August 1969 verstarb Herr Adolf von LIPPMANN, der seit Jahren mit unserer Schriftleitung eng verbunden war. Dem „Bayerischen Ärzteblatt“ stellte er seine Arbeiten und Beiträge aus dem weiten Bereich des Sozialrechtes und der Sozialversicherung zur Verfügung, die sich durch größte Sorgfalt auszeichneten und von allen an diesen Problemen interessierten Kollegen mit Aufmerksamkeit gelesen wurden. Seine Beiträge wurden auch von der „Süddeutschen Zeitung“, dem Bayerischen Rundfunk und der „Bayerischen Staatszeitung“, übernommen, die Herrn von Lippmann einen Nachruf widmeten, in welchem es u. a. heißt:

„...Durch seine Fachbeiträge wurde er weit über die Grenzen der Bundesrepublik hinaus bekannt. Auf diese Weise führte ihn sein Berufsweg schließlich zum Internationalen Arbeitsamt in Genf, dem er als Berichterstatter und Koordinator zur Verfügung stand. Bei dieser Tätigkeit war er fast das ganze Jahr im westlichen und östlichen Europa unterwegs; in den Fachgremien war sein Rat ebenso geschätzt wie seine Vermittlerrolle auf internationalen Konferenzen. Von Lippmann verstand es, über politische Grenzen und Systeme hinweg auszugleichen und für die verschiedenen Kommissionen und Fachgremien qualifizierte Dokumente und Berichte vorzubereiten, die sich nur an der Sache, um die es ging, orientierten. Sein Interesse galt dabei stets der Verbesserung des sozialen Schutzes des arbeitenden Menschen bei Alter und Krankheit.

Was Adolf von Lippmann in unermüdlicher Kleinarbeit am Rande des Geschehens in seiner Rolle als Berichterstatter und Koordinator aufbaute und entwickelte, läßt sich heute nicht überblicken. Für die Arbeit im Rampenlicht war der stille und bescheidene Mann nicht prädestiniert, sonst hätte ihn zweifellos eines Tages sein Weg in die Tagespolitik geführt. Sein Lebenswerk werden jene Dokumente der internationalen Kooperation bleiben, welche die internationale Zusammenarbeit um manches Stück vorangeführt haben; sein Name aber ist nicht auf diesen Schriftstücken verzeichnet...“

Sein für unser Blatt geschriebener Artikel „Die Rolle der menschlichen Faktoren bei den Straßenverkehrsunfällen“, der in Heft 9 des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht wurde, war sein letzter Beitrag. Bleiben wird uns die Erinnerung an den zuverlässigen und vornehmen Journalisten Adolf von Lippmann.

# RECORSAN<sup>®</sup>

## HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,  
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

O.P. Tube zu 30 g

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

# Esberiven-<sup>®</sup> Liniment

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

Prompte Resorption

Steigerung der Blut- und  
Lymphzirkulation

Antiphlogistische Wirkung  
Fibrinolyse

Schmerzstillender Kühleffekt

**Nota bene:** Angenehmer Geruch  
Ausgezeichnete Hautverträglichkeit



**Schaper & Brümmer**  
Salzgitter-Ringelheim



## AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

### Medizingeschichtliches aus alten Amberger Chroniken und Schriften

von H. Dietsch

In Abänderung eines Goethe-Wortes kann man sagen: „Nur der kennt eine Stadt ganz, der auch ihre Geschichte kennt.“ Wir wollen im folgenden einige medizingeschichtliche Ereignisse des alten Amberg herausgreifen.

Zwei Katastrophen gehen im Mittelalter über Amberg hinweg. Der große Brand von 1356 äschert die Stadt ein. Die Bubonenpest von 1634 entvölkert sie fast völlig. Trotz strenger Isolierungen kann die Epidemie nicht eingedämmt werden. Die Häuser, in denen Pestkranke liegen, werden mit Schlössern abgesperrt, kein Mensch darf ein solches Haus verlassen oder betreten. Bald sind in der Stadt keine Schlösser mehr aufzutreiben. Posten werden aufgestellt, die Tag und Nacht darüber wachen, daß Pesthäuser nicht betreten werden. Aber das Sterben geht weiter. Anfangs sind es 6—7, dann werden es 15—20 und schließlich 40 Leichen, die täglich eingegraben werden. Das Franziskanerkloster, das Bürgerspital, das „Seelenhaus“, die Untere Nabburgerstraße und die Ziegelgasse sind am Ende dieser Epidemie völlig ausgestorben. Über Jahrzehnte kommt auch in der Oberpfalz diese furchtbare Krankheit nicht völlig zum Erliegen, immer wieder flackern kleinere Epidemien auf. Schon im Herbst 1633 hat, infolge einer in den Quellen nicht genannten Krankheit, fast die gesamte Bevölkerung darnieder gelegen, so daß die Ernte nicht eingebracht werden konnte.

Der Rat von Amberg erläßt 1586 genaue Verhaltensmaßregeln für Epidemien. Ein ansteckender Kranker ist zu Hause abzusondern oder muß in das Spital bei St. Katharinen eingeliefert werden. Erst zwei Monate nach seiner Genesung — wenn er andere nicht mehr anstecken kann — darf er sich wieder in der Öffentlichkeit zeigen. Kleider, Betten und Trinkgeschirr des Kranken sollen von Gesunden nicht benutzt werden und dürfen nicht verkauft werden. Seine Wäsche darf nicht im eigenen Haus, an öffentlichen Brunnen oder in der Vills gewaschen werden. Für solche Zwecke ist außerhalb der Stadt bei der Haselmühle ein besonderer Platz hergerichtet. Die Wäsche darf erst in die Stadt gebracht werden, wenn sie vorher vor den Toren getrocknet worden ist. In Seuchenzeiten sind öffentliche Versammlungen verboten. Beim Leichenbegängnis eines Infizierten sollen die Trauergäste das Haus nicht betreten, sondern sich vor dem Haus versammeln. Man versucht also, die Seuchen einzudämmen durch Maßnahmen, die wir auch heute noch für sinnvoll halten.

Besonderen Schutz genießt der Hof mit seinen Räten und Dienern. Dem Hofmedikus nämlich ist es verboten, infizierte Häuser zu betreten. Er darf auch keine Infektionskranken behandeln.

Mit härtesten Strafen wird bedroht, wer diese Anordnungen übertritt. Schon vom Jahre 1613 ist eine solche Strafandrohung überliefert; als in Österreich die Pest herrscht, wird jeder mit dem Tod durch den Strang bestraft, der in einen infizierten Ort geht, von einem solchen nach Amberg kommt oder ein gesperrtes Haus verläßt.

Die Mittel, die man zur Vorbeugung gegen Infektionskrankheiten empfiehlt, erscheinen uns heute völlig wirkungslos, aber man kennt damals nichts Besseres. Man soll aromatische Substanzen kauen, riechen oder damit räuchern.

Bei den mangelhaften Kenntnissen über das Wesen der Infektionskrankheiten ist es verständlich, daß die Kette der Epidemien nicht abreißt. 1703 kommt mit der österreichischen Armee das Fleckfieber nach Amberg. Mehrere hundert Bewohner sind ihr erlegen. Im spanischen Erbfolgekrieg wird die Stadt von französischen Truppen besetzt, die im Jesuitenkolleg (Malteser) ein Spital einrichten und dieses im Ablauf von 12 Monaten mit 15 000 Kranken belegen. Von ihnen verlassen nur 3 000 Soldaten das Spital lebend, die übrigen 12 000 verlassen als Leichen auf Heuwagen die Stadt und werden vor den Toren auf freiem Feld eingegraben. Auch auf die Zivilbevölkerung greift diese Epidemie über, 400 Einwohner werden von ihr dahingerafft.

Im 18. Jahrhundert verschwindet die Pest; Typhus und Blattern“, an denen 158 Kinder, 151 Bürger und 22 Soldaten sterben. In diesem Jahr werden 227 Geburten und 53 Eheschließungen registriert bei einer Einwohnerzahl von etwa 6000 Seelen.

Im 18. Jahrhundert verschwindet die Pest; Typhus und Ruhr aber sind nicht auszurotten. Betrachten wir die Wasserversorgung der Stadt, so werden wir uns über diese Tatsache nicht wundern. In den lichtarmen Hinterhöfen liegen Abortgrube und Schöpfbrunnen dicht beieinander. Man klagt darüber, daß unvernünftige Menschen tote Hunde, Katzen und Federvieh in die offenen Gassenbrunnen werfen. Es gibt wohl damals auch in Amberg schon einige Laufbrunnen, und zwar im Pfarrhof, im Rathaushof, im Spitalhof, am kurpfälzischen Salzhaus, an der Martinskirche und im Frauenkloster. Aber diese Brunnen reichen für die Stadt nicht aus. Es

Bei  
Hämorrhoiden

# ALFERM®

PREDNISOLON-AZULEN-KOMBINATION  
Salbe 15 g = DM 3,10 Supp. 10 St. = DM 2,75

Richard Schöning · Berlin



gibt damals daneben 40 offene Gassen- und 240 Hausbrunnen. Sie sind die Brutstätten für Typhus und Ruhr.

Auch die gesundheitspolizeilichen Verordnungen von 1552 vermögen keine Abhilfe zu schaffen. Nach dieser Verordnung darf der Harn nicht in das Spülwasser gegossen werden. Und der Kot, „so durch den menschlichen Leib geht“, darf weder bei Tag noch bei Nacht auf die Gassen geschüttet werden. Die Ackerbürger dürfen die Miste nicht mehr vor dem Haus auf der Gasse aufbauen. Dem Wasenmeister wird verboten, das gefallene Vleth weiter als Hundefutter zu verkaufen, er muß es vor der Stadt tief eingraben.

Zwei Seuchen, die damals in ganz Europa heimisch sind, treten auch in Amberg auf: Lepra und Syphilis.

Die Lepra ist durch römische Legionäre nach Europa verschleppt worden. Nur durch die radikalen Maßnahmen der Städte wird ihre weitere Ausbreitung verhindert. Lepraverdächtige werden untersucht („Beschauung“), die Kranken vor den Mauern der Stadt ausgesetzt (Aussätzige) und in das Leprosenhaus bei St. Katharinen eingewiesen, wo sie von der Gemeinschaft abgesondert bis zu ihrem Lebensende verbleiben. Treten Zweifel an der Diagnose auf, dann holt man einen Sachkenner aus Nürnberg herbei, wo man wohl über umfangreichere Erfahrung verfügt. Den Einkauf für die Kranken besorgt die Hausmutter; sie muß zu diesem Zweck dreimal täglich in die Stadt gehen. Um die Kranken auf dem Weg des rechten Glaubens zu halten, müssen Hausvater und Hausmutter täglich laut vorbeten.

In den unruhigen Kriegszeiten schleppen die Söldner die Lustseuche auch in Amberg ein. Von Nabburg bis Vils- eck werden die mit der „Franzosenkrankheit“ Befallenen in Amberg behandelt. Dafür hat man einen „Spezialisten“ angestellt. Das Ratsbuch von 1544 spricht von dem Franzosenarzt Meister Ulrich. Die Kranken werden in eine Abkochung von Gujakholz gelegt, „sie liegen im Holz“. Diese Kur dauert viele Wochen. Von einer Hausfrau erfahren wir, daß sie 11 Wochen „im Holz gelegen hat“. Der Bader von Halmhof liegt 8 Wochen im Holz und bezahlt dafür 6 Gulden, das ist mehr Geld als man für eine Kuh zahlen muß. Für 100 Pfund Gujakholz zahlt man in Nürnberg 6 Gulden. Kranke, die „im Holz liegen“, werden besonders kräftig ernährt, sie bekommen reichlich Fleisch, Brot und täglich etwas Wein.

Über die Ernährungsweise von Kranken in der frühen Neuzeit gibt ein Speisezettel aus dem Bürgerspital vom Jahre 1540 genaue Auskunft. Da aus dieser Zeit wenige solche Speisezettel erhalten sind, sei er hier gebracht:

Sonntag:	morgens Suppe und Fleisch, auch Kraut und Fleisch abends Gerstensuppe und Fleisch
Montag:	morgens wie sonntags abends Buchweizenmehl und Milch
Dienstag:	morgens Kraut, Fleisch und heiße Milch abends Suppe mit Fleisch und kalte Milch

Mittwoch: morgens Milchrahmsuppe und Buchweizenbrel  
abends Gerste mit Milch

Donnerstag: morgens wie sonntags  
abends Suppe, Fleisch und Gerste

Freitag: morgens heiße Milch und Erbsen  
abends ein Küchel und kalte Milch

Samstag: morgens Milchrahmsuppe und Hafer- oder Hirsebrei  
abends Milch oder Bier

täglich 1 Maß Bier, wöchentlich 1 Laib Brot.

In der Fastenzeit: 4 Heringe und 3 Pfennige, nur eine Mahlzeit, nur am Sonntag zwei, und 2 Maß Bier.

Die Siegmaldl (Krankenpflegerin) täglich 4 Maß kuh- warme Milch.

An Festtagen gibt es besondere Beilagen, zu Martini z. B. Gänseklein.

Die Unbemittelten können sich allerdings nur kümmerlich ernähren. Um die Not dieser Ärmsten zu bannen, macht der Bürger Georg Kastner 1433 eine Stiftung, die reichlich fundiert ist und an Arme regelmäßig Fleisch, Brot und Schmalz kostenlos verteilt. Noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts ist die Ernährung der Armen mehr als dürftig. Deshalb wird am 11. Januar 1805, so wie vorher in München und Berlin, auch in Amberg eine „Rumfordsche Suppenanstalt“ eröffnet. Die Rumfordsche Suppe besteht aus kräftiger Kalbsbrühe mit Hülsenfrüchten, Graupen, Kartoffeln, Grünzeug und Schweinefleisch. In den Jahren 1805—1814 werden von dieser Suppe jährlich 6500 Portionen kostenlos an Arme abgegeben. Wenn man bedenkt, daß diese Armen sich vorher meist nur mit Wasser- oder Biersuppe und zweitem Kaffeeaufguß ernährten, dann kann man ermessen, welche Hilfe die Suppenanstalt war.

Daneben werden die Armen auch mit Bargeld unterstützt. Aus Spenden der Bürger erhalten jährlich 136 bis 140 Bedürftige ohne Unterschied des Standes Geldmittel. Für Spital, Lazarett, Armenhäuser und Almosen werden in 10 Jahren 343 150 Gulden aufgebracht, was für die damalige Zeit sicher eine beachtliche Summe ist.

Die Bader, in deren Händen zunächst das Heilwesen liegt, sind zwar sehr einseitige, aber zugleich sehr aktive Therapeuten. Im Badhaus am Roßmarkt betreiben sie das Aderlassen in einem Ausmaß, daß das Blut dort über den Platz läuft. Deshalb wird eine Grube ausgehoben, die das Blut auffängt; sie soll eine Länge von 300 Schuh und eine Tiefe von 1 Schuh gehabt haben und kostete 700 Gulden. Für das Aderlassen bekommt der Bader 32 Pfennige. Als Vergleich sei angeführt: 1432—1445 kostet 1 Maß Bier nicht mehr als 1 Pfennig, 1433 kostet ein Pfund Rindfleisch 7 Heller, ein Pfund Ochsenfleisch 5 Heller. Zum Vergleich sei auch noch die Taxe des Scharfrichters angeführt: 1645 erhält er für das Auspeitschen 5 Gulden, für das Richten mit dem Schwert 10 Gulden und für das Richten mit dem Strang 15 Gulden.

**Sinupret®**

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG  
NÜRNBERG

## 20. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

vom 5. bis 7. Dezember 1969

Programm Seite 1060

1746 wird in Amberg das öffentliche Operieren der Wundärzte auf den Jahrmärkten verboten. Sie dürfen dort nur noch Pflaster, Schnupfenpulver, türkischen Balsam und Augenwasser verkaufen.

Die erste Apotheke in Amberg scheint Eigentum der Stadt gewesen zu sein. Am 9. September 1591 ersucht der Apotheker Hans Wolff die Stadt um einen Vorschuß von 60 Gulden, um Medikamente einkaufen zu können. Anfang des 17. Jahrhunderts befinden sich in Amberg zwei Apotheken in Privatbesitz. Das Volk beschwert sich über die hohen Apothekerpreise; die Apotheker klagen darüber, daß das Volk noch so wie früher sich die Arzneien beim Scharfrichter und Abdecker besorgt. 1608 wird in Amberg die Nürnberger Apothekentaxe eingeführt. Erst 1794 setzen die Apotheker durch, daß „Gifte“ von den Stadt- und Landkrämern nicht mehr verkauft, von Hebammen, Badern und Wundärzten nicht mehr abgegeben werden dürfen.

Ab 1552 erscheinen in den Archiven regelmäßig Ausgaben für Ärzte. Für das ganze Jahr 1552 erhält der Arzt Hans Stainl von der Stadt 20 Gulden. Fürs Schneiden (Operieren?) erhält er einen halben Gulden. Der Stadtphysikus bekommt für die Behandlung der Regierungsbeamten 4 Gulden, der Bader 3 Gulden wöchentlich. 1546 wird Dr. Castner mit einem Jahresgehalt von 80 Gulden als Stadtphysikus angestellt, dieser Betrag ist steuerfrei. Für eine Harnuntersuchung erhält er 10 Pfennige, für eine Beratung mit Rezept 14 Pfennige und für einen Hausbesuch einen Gulden. Ab 1629 arbeitet neben dem Stadtphysikus ein Regierungsmedikus mit einem Jahresgehalt von 400 Gulden, dazu an Naturalien Korn, Gerste, Schmalz, Fisch und Brennholz. Ohne Genehmigung darf er sich nicht aus der Stadt entfernen. In einem Schreiben der Regierung an Dr. Zetl heißt es: „... daß Du nach Deiner Gelegenheit sehr oft auff das Land hinaus ohne vorherig von unserem Regierungsdirektio genommene Erlaubnis zu verreisen gar nicht scheuest, befehlen wir, dass Du Dich ferner nicht mehr unterstehen sollst, ohne Erlaubnis zu verreisen.“ Dieser Ton bedarf keines Kommentars.

Der Arbeitstag des Stadtphysikus' ist voll ausgefüllt. Er hat die Lazarette bei Dreifaltigkeit, St. Katharinen, das Seelenhaus, sowie die in- und auswärtigen Klöster zu betreuen, dazu kommen Reisen zu den Landpatienten, Examinieren der Bader und Hebammen, daneben Pri-

vatpraxis. Ein zweiter Stadtphysikus wäre bei dieser Arbeitslast durchaus erwünscht, es findet sich jedoch keiner, da die Privatpraxis in Amberg allzu mager ist.

Mit dem Edikt von 1808 erhalten die Regierungsmedici die Bezeichnung „Gerichtsarzt“. In der Instruktion heißt es: „Die Landgerichtsärzte sind zur Würde von Staatsbeamten erhoben und werden besoldet, solien aber auch ihre Pflichten, die in Statistik, Polizeil- und Rechtspflege einschlagen, kennen. ...“. Zu ihren Aufgaben gehört folgendes: Tägliches Registrieren von Temperatur und Luftdruck, Aufzeichnungen über das Befinden von Tieren und Pflanzen, Führung von Geburts- und Sterbelisten, Berichte von Endemien, Epidemien und Epizootien, Überwachen der Wundärzte, Apotheker, Bader, Hebammen, Tierärzte, Besichtigung von Apotheken, Badeanstalten, Spitälern, Schul- und Waisenhäusern, Gefängnissen, Grabstätten und Leichenhäusern, Sorge für Irre, Blödsinnige, ausgesetzte Kinder, verlassene Schwangere und Kranke. Bei der Totenschau müssen sie jede auffällige Beobachtung dem Gericht umgehend mitteilen.

Das „Amberger Gesetzbuch“ von 1554 setzt fest, daß zukünftig eine „Beseherin“ die Frauen im Kindbett pflegen und warten soll. Für diese Tätigkeit wird sie mit einem Gulden entlohnt. Als Hebammenlehrer stellt die Stadt 1779 einen praktischen Geburtshelfer an. Von dieser Zeit ab wird keine Hebamme mehr zugelassen, die nicht bei ihm gelernt und eine Prüfung bestanden hat.

Die Wöchnerin wird vor allem geistlich betreut, 8—14 Tage nach der Geburt erhält sie den Haussegen, danach darf sie ihr Zimmer verlassen und häusliche Arbeiten verrichten. Nach sechs Wochen wird sie vorgeseget (in der Kirche), danach kann sie das Haus verlassen und darf sich wieder in der Öffentlichkeit bewegen.

Im Oberpfälzer Bauernhaus sind die Lebensbedingungen wesentlich schlechter als in der Stadt. Das Haus hat nur eine Stube, darin weilen Männer, Frauen, Knechte, Mägde, Kinder und Nachbarn. Gekocht wird im großen Ofen, er wird Sommer und Winter hindurch geheizt. In dieser Umgebung kommt das Kind zur Welt. Schon im Verlauf der ersten 24 Stunden wird es zur Taufe in die Kirche getragen, Wind und Wetter, Sommer oder Winter tun hier nichts zur Sache. Der Säugling wird zwei Jahre, mindestens aber ein Jahr an der Brust gestillt. Vom zweiten Tag nach der Geburt an erhält die Wöchnerin Bier. Mit einem Vierteljahr wird auch der Säugling an dieses Volksstärkungsmittel gewöhnt. Schnuller und Wiege sind die üblichen Beruhigungsmittel für das Kind, versagen sie, so wird der Schnuller in Branntwein getaucht, woraufhin das Kind mit Sicherheit einschlummert. Die Hilfe des Arztes wird nicht gesucht, weil man der Meinung ist, gegen Kinderkrankheiten lasse sich doch nichts tun. Bei diesen Gepflogenheiten braucht die hohe Kindersterblichkeit nicht begründet zu werden. Das Sterberegister für das Jahr 1760 verzeichnet von 378 Toten 293 Kinder.

Mit diesen Streiflichtern aus alten Amberger Chroniken und Aufzeichnungen nähern wir uns der Schwelle unseres Jahrhunderts. Blicken wir zurück, so sehen wir, wie lang und beschwerlich der Weg war, der zur modernen Medizin führt, wie beschränkt damals die Mittel waren, gemessen an den Waffen, die wir heute gegen Krankheit und Elend einsetzen.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. H. Dietsch, 8450 Amberg, Herrstraße 6



neu

mit

# tonolift-<sup>®</sup> 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

**INTERESSANTES AUS ALLER WELT**

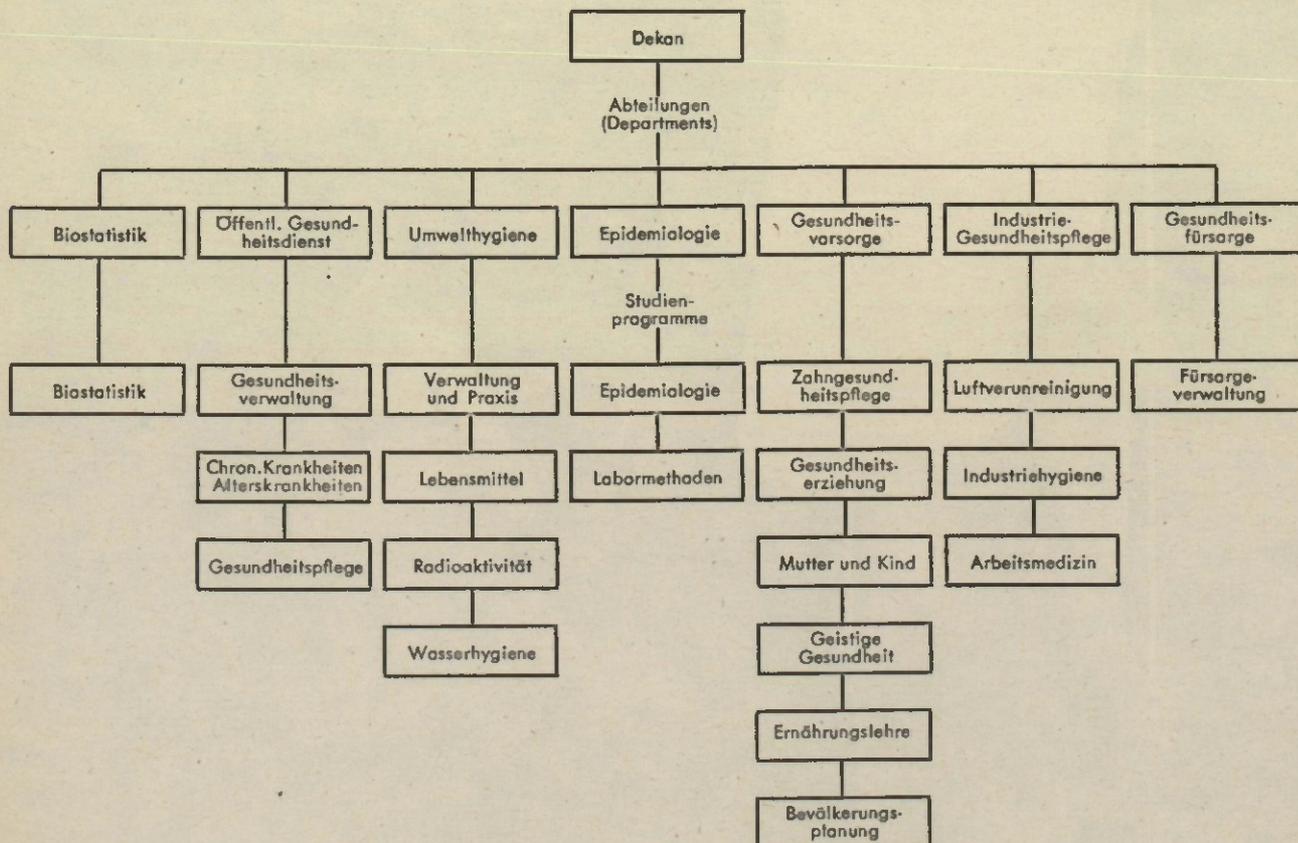
(Aus der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern)

**Die „Schools of Public Health“ in Nordamerika**

von Walter Bachmann

Im Mai dieses Jahres hatte ich Gelegenheit, an einer Studienreise, deren Gegenstand Ausbildung und Forschung auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens in Nordamerika waren, teilzunehmen. Die dabei gemachten Beobachtungen scheinen mir so bemerkenswert, daß es gerechtfertigt ist, sie — in etwas vereinfachter Form — einem größeren Kreise bekanntzumachen. Eine gewisse Vereinfachung ist notwendig, weil die Verhältnisse recht kompliziert und mit zentraleuropäischen schlechterdings nicht vergleichbar sind. Leider war nur vorgesehen, Ausbildungs- und Forschungsstätten zu besichtigen, nicht aber auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens praktisch tätige Institutionen, etwa Gesundheitsämter, zu besuchen. Das war im Programm einfach „nicht drin“. Es ist also nicht möglich, die Effektivität der Ausbildungsmethoden und Forschungen, wie sie in den Schools of Public Health (P.H.) betrieben werden, näher zu beurteilen und darüber zu berichten. Was wir so nebenbei beobachten konnten, vor allem die Sauberkeit in Großstädten und Lokalen, sowie Teile der sonstigen Umwelthygiene, ließ beträchtliche Zweifel aufkommen.

Schools of P.H. sind nicht, wie der Name zunächst vermuten ließe, eigenständige Schulen oder Akademien im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie bei uns die Akademien in München und Düsseldorf (die in Hamburg nimmt wegen ihrer engen Koppelung mit dem dortigen Hygieneinstitut eine Sonderstellung ein), sondern selbständige Fakultäten der Universitäten. Wohlgemerkt, sie sind nicht etwa Teile der Medizinischen Fakultäten wie unsere einschlägigen Lehrstühle für Hygiene, medizinische Mikrobiologie, Rechtsmedizin, Arbeits- und Sozialmedizin und verwandte Fächer, sondern vollständig unabhängige Fakultäten, nicht selten allerdings mit mehr oder weniger engen Beziehungen zu fachlich benachbarten Fakultäten oder Hochschulen (Medizin, Technik) in Form von Lehraufträgen, Personalunion von Professoren, verbundene Forschung und dergleichen. Hier und dort bestehen auch Beziehungen zu Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (so z. B. in Pittsburgh, wo der Leiter des Allegheny County Health Departments der Fakultät als Adjunct Associate Professor angehört). Voraussetzung dafür, daß eine solche School of P.H. als vollwertig gilt, ist ihre Anerkennung durch die



Organisationsplan des School of P. H. in Ann Arbor/Michigan

American P.H. Association Inc. mit Sitz in New York. Dadurch, daß diese Dachorganisation ziemlich strenge Maßstäbe anlegt und gewisse Minimalforderungen überall durchsetzt, sind Organisation und Wert der einzelnen Schools trotz aller Verschiedenheit relativ einheitlich, wenngleich natürlich die Schwerpunkte verschieden gesetzt und beträchtliche Unterschiede festzustellen sind, insbesondere hinsichtlich der Beziehungen der Ausbildungsstätten zu den praktischen Bedürfnissen des P.H. So ist, um diesen Vergleich vorwegzunehmen, die School in Boston sehr theoretisch, die in Chapel Hill dagegen ausgesprochen praxisnah orientiert.

Insgesamt sind in den USA (einschließlich Hawaii und Puerto Rico) und Kanada 17 Schools of P.H. durch die American P.H. Association akkreditiert. Unsere Reisegruppe hatte Gelegenheit, nachstehende sechs Schools zu besuchen:

1. John Hopkins University, School of P.H., Baltimore/Maryland
2. University of North Carolina, School of P.H., Chapel Hill/N.C.
3. University of Pittsburgh, Graduate School of P.H., Pittsburgh/Pennsylvania
4. Harvard University, School of P.H., Boston/Massachusetts
5. University of Michigan, School of P.H., Ann Arbor/Michigan
6. University of Toronto, School of Hygiene, Toronto/Canada.

Die restlichen, von uns nicht besuchten Schools befinden sich in Berkeley/California, Los Angeles/California, New York/N.Y., Honolulu/Hawaii, Loma Linda/California, Minneapolis/Minnesota, Montreal/Quebec, Canada, Oklahoma City/Oklahoma, San Juan/Puerto Rico, New Orleans/Louisiana und New Haven/Connecticut. Unterrichtssprache ist durchwegs Englisch, lediglich in Montreal wird französisch und in San Juan spanisch gesprochen.

Der Begriff P.H. deckt sich nicht ganz mit dem, was wir unter „öffentlichem Gesundheitswesen“ oder „öffentlichem Gesundheitsdienst“ verstehen. So ist z. B. das Gutachtenwesen überhaupt unbekannt, die gerichtliche Medizin hat kaum Beziehungen zum P.H., das dafür Gebiete wie Sanitary Engineering (Gesundheitstechnik), Hospital-Administration (Krankenhaus-Betriebslehre), Nutrition (Ernährungslehre), Biostatistik, Epidemiologie u. ä. umfaßt.

Der Organisationsplan der School of P.H. in Ann Arbor (s. Abb.) mag als pars pro toto dazu dienen, den Aufbau und die Tätigkeit einer typischen School of P.H. zu beleuchten. (Ich habe mich bemüht, die einzelnen Begriffe so wiederzugeben, daß sie möglichst dem deut-

schen Sprachgebrauch entsprechen, auch wenn das nicht immer ganz exakt ist.) Bei anderen Schools liegen die Schwerpunkte wieder etwas anders, insbesondere treten die medizinische Mikrobiologie einschließlich Virologie und die Parasitologie stärker in den Vordergrund.

Die Finanzierung der Schools erfolgt im Rahmen des Haushalts der Gesamtuniversität, mit deren Repräsentanten und Gremien der Dean (Dekan) seinen Haushalt aushandeln muß. Da die Universitäten — im Gegensatz zu unseren Verhältnissen — nicht nur vom Staat oder sonstwie von der öffentlichen Hand, sondern auch von den verschiedensten Organisationen und Stiftungen getragen werden, ist ihre Finanzierung nicht ganz einheitlich, ähnelt sich aber in den Grundzügen: Einen Teil des Budgets gibt der Träger der Universität, große Mittel stammen aber auch aus anderen Quellen, vor allem aus staatlichen oder industriellen Förderungs- und Forschungsmitteln oder aus Stiftungen.

Als Beispiel sei die Einnahmeseite des relativ bescheidenen Haushalts der School of Hygiene in Toronto für das akademische Jahr 1968/69 angeführt (Angaben in kanadischen Dollars):

Universität Toronto	1 018 282
Regierung von Kanada:	
Zuschüsse für Ausbildung	170 000
Zuschüsse für Forschung	370 000
Andere Quellen (Forschungstiftungen, Provinzregierung von Ontario usw.)	140 000
Gesamthaushalt	1 698 282

Die von der Industrie für Forschungsaufträge gewährten, in den USA oft sehr beträchtlichen, zweckgebundenen Zuschüsse führen leicht zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Abhängigkeit einer Fakultät, eines Institutes oder auch nur einzelner Professoren von diesen Geldgebern, was der Objektivität der wissenschaftlichen Arbeit nicht eben förderlich ist. Andererseits kommen auf diesem Wege aber oft auch durchaus beachtliche Impulse zustande, die sonst ausbleiben würden.

Der Personalaufwand ist an allen Schools für unsere Begriffe sehr groß. So besteht z. B. die Fakultät in Chapel Hill aus 207 Professoren verschiedener Rangordnung. Wenn man dem gegenüberstellt, daß an allen 17 anerkannten nordamerikanischen Schools im Jahre 1967/68 insgesamt nur 2817 graduierte Studenten registriert waren (s. TROUPIN: Schools of P.H. in the USA and Canada, N.Y., 1968), so erregt das zunächst einfach Staunen. Nun sind die Professoren aber vorwiegend mit der Forschung, dem Research, befaßt, die überall schon ihrer finanziellen Bedeutung für die Schools wegen einen weit größeren Raum einnimmt als Lehre und Ausbildung (Teaching und Training).

**Bronchovalun**<sup>®</sup>  
broncholytisches Antitussikum

Bei eptetisch-aethmolder Bronchitis, Emphysebronchitis, Bronchiektase, Krampf-, Reiz-, Grippehusten, Reucherketarr

Tropfflasche  
10 ml

**Thyreovalun**<sup>®</sup>  
antithyreoidal, beruhigend  
psychisch ausgleichend  
keine strumigene Nebenwirkung

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

Tropfflasche  
15 ml u. 30 ml

Muster u. Literatur auf Anforderung

Dr. Auf dem Kamppe · Hamburg 52 - Großflottbek

## 9. Bayerische Internistentagung

vom 21. – 23. November 1969

in München

Programm Seite 1049

Die Professoren stammen aus den verschiedensten Berufen (Mediziner, Naturwissenschaftler, Techniker, Verwaltungsfachleute, Volkswirte, Psychologen, Soziologen, Veterinäre, um nur einige zu nennen). Der Anteil der Mediziner ist aber relativ bescheiden: Von 20 uns in Pittsburgh vorgestellten Professoren hatten beispielsweise nur 6 einen medizinischen Doktorgrad. Sehr auffallend ist in diesem Zusammenhang auch das praktisch vollständige Fehlen von Juristen.

Mit der Koppelung von Research und Teaching ist das wesentliche Charakteristikum der angelsächsischen Schools of P.H. angesprochen. Sie ist für die Angelsachsen eine *conditio sine qua non*. Andere Systeme — wie etwa das unsere —, wo zwar die Forschung in der Regel bei den Universitäten liegt, die Berufsaus- und besonders -weiterbildung aber sehr wohl und häufig sogar mit besserem Erfolg auch an anderen Instituten erfolgen kann, sind ihnen unverständlich und gelten als rückständig, obwohl sie, in der Tat, eher eine Fortentwicklung darstellen und die praktischen Erfolge beachtlich sind.

Das ging auch auf unserer Reise ganz eindeutig aus einer herausfordernden und fast beleidigenden Äußerung unseres von der WHO attachierten Begleiters, eines Iren, hervor, der ganz offen sagte, daß jemand, der nicht eine Ausbildung dieser Art absolviert habe, schlechterdings nicht geeignet sei, qualifizierte Arbeit auf dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens zu leisten. Er ließ sich auch durch den energischen Hinweis auf das hochstehende deutsche Gesundheitswesen aller Sparten (das dem angelsächsischen in mehr als einer Hinsicht nicht nur ebenbürtig, sondern sogar ganz zweifellos überlegen ist) nicht zu einer Änderung seines Standpunktes bewegen. Auf dieser Einstellung beruht auch die Mißachtung, die die WHO deutschen Ärzten entgegenbringt, die zwar das Physikat, nicht aber einen angelsächsischen Grad haben, und von denen deshalb der zusätzliche Erwerb des M.P.H. als Einstellungs-voraussetzung verlangt wird. Und das, obwohl unsere Ausbildung zwar anders und in mancher Hinsicht sicher verbesserungsbedürftig, grundsätzlich aber nicht schlechter ist als jene und obwohl die Bundesrepublik z. Z. einen Jahresbeitrag von rund 17 Millionen DM an die WHO leistet und damit als Geldgeber an dritter Stelle steht!

Das Research nimmt also einen großen Raum ein und erstreckt sich auf alle Gebiete, die unter dem Begriff P.H. subsummiert sind. Wie der personelle, so ist auch der materielle Aufwand dafür einfach enorm. Freilich sind alle Forschungsgebiete sehr eng begrenzt, reichlich spezialisiert und überschneiden sich oft. Auch scheint zwischen den verschiedenen Departments ein und derselben School nicht selten starke Rivalität und Eifersucht zu bestehen, was einer fruchtbaren Brei-

tenwirkung der Arbeit sicher entgegensteht. Die Konkurrenz von Universität zu Universität ist zweifellos noch größer. So verzettelt sich die Forschung ziemlich erheblich. Bei besserer Koordinierung ließe sich zweifellos noch viel mehr erreichen.

Es ist in diesem Rahmen nicht möglich, näher auf die Vielfalt der verschiedenen Forschungsprogramme einzugehen. Sie sei nur an einem Beispiel dargestellt: Das Department für Epidemiologie und Mikrobiologie der School of P.H. in Pittsburgh hat in den Jahren 1962 bis 1967 folgende Forschungsarbeiten durchgeführt:

- a) Feld- und Laborstudien über die Arboviren
- b) Epidemiologische Studien über chronische Krankheiten in Bergbau- und Nicht-Bergbau-Gemeinden in Marion County/West-Virginia
- c) Angeborene Mißbildungen in einer Entbindungsklinik
- d) Knochenmetastasen bei Sarkomen
- e) ABO- und Rh-Blutgruppen bei Rauchern und Nichtrauchern
- f) Morbiditätsstudien in einem großen Pittsburgher Stahlwerk
- g) Nachgehende Untersuchungen über chronische Erkrankungen der Atemwege in einer englischen Industriestadt
- h) Interferon-Studien
  - i) Staphylokokken-Infektionen im Krankenhaus
  - k) Krebs und Virus
    - l) Pathogenese der Shigellosen
- m) Epidemiologie der Kryptokokkose
- n) Postoperative Morbidität in der gynäkologischen Chirurgie
- o) Eine Epidemie durch *Pseudomonas aeruginosa* in einem Heim für Frühgeborene

Also ein breitgefächertes Programm mit Arbeiten von sehr unterschiedlicher Qualität und Aktualität. An dieser Stelle scheint mir bemerkenswert zu sein, daß es die Epidemiologie im angelsächsischen Sinne in Deutschland bisher so gut wie nicht gibt, was ein echtes Manko ist. In diesem einzigen Punkte sind uns die Angelsachsen bis auf weiteres tatsächlich haushoch überlegen, und es ist dringend erforderlich, diesen Rückstand so rasch wie möglich aufzuholen!

Es werden auch zahlreiche Forschungsarbeiten im Ausland, besonders in den Entwicklungsländern, durchgeführt und betreut. Auf sie einzugehen, würde zu weit führen, doch seien als kurzes Beispiel die Themen von 7 der insgesamt 19 derzeit laufenden internationalen Programme der Harvard School of P.H. in Boston aufgeführt: Rickettsien-Infektionen/Mexiko, Epidemiologie der Fehlgeburt/Chile, Ernährung und Herzkrankheit/Irland, Rickettsien-Infektionen/Jugoslawien, Trachom/Libanon, Bevölkerungsanalyse im Ganges-Brahmaputra-Becken/Indien, Internationale Studie über Brustkrebs/Japan, Formosa, Brasilien, Griechenland, Jugoslawien und Großbritannien.

Das Research wird also von den Schools als Hauptaufgabe angesehen und entsprechend gepflegt. Wie steht es nun mit der zweiten Aufgabe, der Lehre? Hier muß davon ausgegangen werden, daß die Schools nur „Graduates“, also Personen, die schon einen akademischen Grad (*degree*) besitzen, aufnehmen. Der ge-

ringste Grad, der vorausgesetzt wird, ist der Bachelor of Arts (B.A.), der — soweit Vergleiche bei der unterschiedlichen Schulorganisation überhaupt möglich sind — günstigstenfalls unserem Abitur entspricht. Diese jungen Leute sind etwas älter als unsere Abiturienten, haben vielfach recht gutes Detailwissen in Spezialfächern, kaum aber das, was wir Allgemeinbildung nennen. Die für alle Studenten verbindlichen Einführungsvorlesungen haben deshalb zunächst ein relativ bescheidenes Niveau, steigern sich dann aber rasch.

Die Schools bilden also, das muß an dieser Stelle nochmals betont werden, keineswegs etwa — entsprechend unseren Lehrgängen für Amtsärzte und -tierärzte — nur Ärzte oder sonstige akademischen Heilberufe für eine Tätigkeit auf dem Gebiete des P.H. aus, sondern auch Angehörige von Berufen aller Art, soweit sie in Beziehung zum P.H. stehen. Diese Studenten können an den Schools je nach Leistung und Interesse zahlreiche akademische Grade erwerben. (Da sich die Schools unterschiedlichen Ansehens erfreuen, ist es vielfach üblich, hinter dem Grad die verleihende Universität zu führen, also beispielsweise „M.P.H., Harvard“.)

So bietet z. B. die School in Chapel Hill folgende akademischen Grade an:

1. den Master of P.H. (M.P.H.) auf den Fachgebieten
  - a) Biostatistik (Biostatistics)
  - b) Technisch orientierter Umwelthygiene (Environmental Sciences and Engineering)
  - c) Epidemiologie (Epidemiology)
  - d) Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind (Maternal and Child Health)
  - e) Psychische Hygiene (Mental Health)
  - f) Parasitologie (Parasitology)
  - g) Gesundheits-Verwaltung (P.H. Administration)
  - h) Gesundheitserziehung (P.H. Education)
  - i) Gesundheitspflege (P.H. Nursing)
  - k) Ernährungslehre im Rahmen des P.H. (P.H. Nutrition)
2. den Master of Science in P.H. (M.S.P.H.) auf den oben mit 1 a), b), d), e), f), g) und h) bezeichneten Fachgebieten
3. den Master of Science in Sanitary Engineering (M.S.S.E.)
4. den Doctor of P.H. (Dr. P.H.) auf den Gebieten der Epidemiologie, Parasitologie und Gesundheitsverwaltung
5. den Doctor of Philosophy (D.Ph.) in Biostatistik, Umwelthygiene und Technik, Epidemiologie, Parasitologie sowie Gesundheitserziehung.

Die Ausbildung ist pädagogisch sehr intensiv. Sie besteht aus Vorlesungen, Kursen und Seminararbeiten (Case studies). Für letztere wird den Studenten ein Thema samt Disposition vorgegeben, beispielsweise „Rauchen und Gesundheit“; außerdem wird einschlägige Pflicht- und Wahllektüre dazu angegeben, die durchzuarbeiten ist. Nach einer gewissen, relativ kurzen Vorbereitungszeit wird das Problem dann in allen Einzelheiten durchdiskutiert, wobei von den Studenten profundes Wissen und selbständiges Urteilsvermögen verlangt wird. Diese Methode scheint sehr effektiv zu sein. Sie zwingt zu fleißiger Vorbereitung, kritischer Betrachtungsweise, gewandter Formulierung und flottem Arbeiten.

Außer den Vorlesungen, Übungen und Seminaren haben die Studenten Praktika (field training) an einschlägigen Instituten und Behörden, auch außerhalb des Universitätsbereiches, abzuleisten.

Zulassungsvoraussetzungen und Auswahl der vorgeschriebenen Vorlesungen und Übungen sind von Fall zu Fall sehr verschieden. Hierzu wieder ein Beispiel: Das Department of Maternal and Child Health in Chapel Hill bietet den M.P.H. (s. oben 1 d) für Ärzte, Sozialarbeiter (Social Workers) und Gesundheitspflegerinnen (P.H. Nurses) an. Zulassungsvoraussetzung für Ärzte ist der medizinische Doktorgrad oder eine Spezialausbildung in Geburtshilfe oder Kinderheilkunde, für Gesundheitspflegerinnen der Grad eines B.A. auf dem Gebiete der Krankenpflege (Nursing) und eine praktische Ausbildung in der geburtshilflichen oder der Kinderkrankenpflege, für Sozialarbeiter der Master of Social Work, dazu praktische Erfahrungen in medizinischer Sozialarbeit (Medical Social Work). Personen mit anderer Vorbildung werden nur in seltenen Ausnahmefällen zugelassen. Die Ausbildung dauert mindestens ein akademisches Jahr, d. s. 11 Monate.

Ein Arzt, der in Chapel Hill auf dem Gebiete des Maternal and Child Health den M.P.H. erwerben will, muß folgende Pflichtvorlesungen und -übungen belegen:

1. Gesundheitsstatistik (3)
2. Probleme der Biostatistik (2)
3. Grundzüge der Epidemiologie (2)
4. Gesundheitspflege für Mutter und Kind I und II (je 3)
5. Soziale Probleme und Fürsorge für Kinder und ihre Familien (2)
6. Probleme der Gesundheitspflege für Mutter und Kind höheren Schwierigkeitsgrades (2)
7. Praktische Arbeit (field training) auf dem Gebiete der Gesundheitspflege für Mutter und Kind (2—8)
8. Ökologie der menschlichen Gesundheit (3) und

# optopan<sup>®</sup>-sedativ

bei: Nervosität, Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit und nervöser Reizbarkeit. — Keine Gewöhnung!



Apotheker Th. Lang Nachf. · München 82

Flasche zu 100 g, 150 g und 250 g

9. wahlweise eine der nachstehenden Vorlesungen:

- a) Grundzüge der Umwelthygiene (2)
- b) Verwaltung des Gesundheitsdienstes (3)
- c) Grundzüge der Gesundheitserziehung (2)

Praktisch die gleichen Vorlesungen sind auch als Pflichtfächer für die Social Workers und die P. H. Nurses vorgeschrieben.

Die einzelnen Lehrveranstaltungen (Pflicht- und Wahlfächer) haben eine unterschiedliche, durch ein Punktsystem (die Zahlen in Klammern) festgelegte Wertigkeit. Die Auswahl der Wahlfächer muß deshalb so erfolgen, daß die für die Zulassung zur Prüfung vorgeschriebene Mindestpunktzahl (in unserem Beispiel 32) erreicht wird. Trotzdem lassen die Wahlfächer eine gewisse, den persönlichen Hauptinteressen entsprechende Steuerung der Ausbildung zu, fördern damit freilich noch zusätzlich die dem System von vorneherein anhaftende einseitige und enge Spezialisierung. Für Ärzte werden als Ergänzung der oben aufgeführten Pflichtvorlesungen folgende Wahlfächer angeboten:

1. Statistische Methoden in der Epidemiologie (3)
2. Epidemiologische Grundlagen von Programmen zur Krankheitsbekämpfung (3)
3. Epidemiology of Programm Acceptance (2)  
(Gemeint sind damit Studien über die sozialen, kulturellen und psychologischen Faktoren, die für den wirkungsvollen Einsatz von Gesundheitsprogrammen von Bedeutung sind)
4. Kultur und Gesundheit (3)
5. Epidemiologische Untersuchungsmethodik (3)
6. Grundlagen der Umwelthygiene (3)
7. Grundzüge der öffentlichen Gesundheitsverwaltung (2)
8. Angewandte Grundzüge der öffentlichen Gesundheitsverwaltung (2)
9. Individuelle Gesundheitsfürsorge (2)
10. Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten (2)
11. Grundzüge der Ernährungslehre (2)
12. Grundzüge der Gesundheitserziehung (2)

Die Prüfungen selbst sind vorwiegend schriftlich. Der Doktorgrad ist entsprechend schwerer zu erwerben als der des Masters.

Hier bietet sich also eine für den Außenstehenden kaum überschaubare Vielfalt, deren Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit allerdings ernsthaft in Frage zu stellen ist.

Der Erwerb eines Master- oder (noch besser) Doktorgrades in P.H. öffnet seinem Inhaber den Zugang zu

einem verantwortlichen Posten in einer Gesundheitsbehörde der Kommunen, der Bundesstaaten oder der Bundesregierung. Er qualifiziert weiter für die Übernahme eines Amtes bei der WHO, bestenfalls auch für eine Professur an einer der Schools of P.H.

Interessieren dürfte an dieser Stelle noch ein Blick auf die Kosten der Ausbildung. Als Beispiel seien die Verhältnisse beim Department of P.H. Nursing der (staatlichen!) University of North Carolina in Chapel Hill angeführt: Die Semestergebühren betragen für Bürger des Bundesstaates North Carolina (also des Trägers der Universität) \$ 294, für alle anderen \$ 456 (!). Im Studentenwohnheim (Dormitory) stehen Doppelzimmer für \$ 232 pro Person und akademisches Jahr zur Verfügung. Möblierte Apartments für Verheiratete kosten zwischen \$ 72 und 100 pro Monat (der tatsächliche Kaufwert des \$ entspricht gut DM 2.—, also etwa der Hälfte des offiziellen Wechselkurses von 1:4).

### Zusammenfassung

Es wurde versucht, anhand bei einer Studienreise zu 6 Schools of P.H. in Nordamerika gemachter Beobachtungen einen Eindruck von der Organisation und Tätigkeit dieser Einrichtungen zu vermitteln. Im Interesse der besseren Verständlichkeit und zur Vermeidung eines allzugroßen, die Lesbarkeit beeinträchtigenden Umfangs war eine gewisse Vereinfachung und Straffung der recht unübersichtlichen und detaillierten Materie nicht zu umgehen. Aus diesem Grunde mußte ich es mir auch versagen, wertende Vergleiche zwischen den einzelnen Schools anzustellen und (dies allerdings mehr mangels geeigneten Materials) die tatsächliche Effektivität ihrer Tätigkeit kritisch zu untersuchen.

Zweifellos können wir für unseren öffentlichen Gesundheitsdienst kaum etwas unverändert übernehmen. Die gesellschaftlichen und politischen, aber auch (im weitesten Sinne) die epidemiologischen Verhältnisse sind zu unterschiedlich, als daß einfach eine Übertragung von dort nach hier zulässig wäre. Das sagt aber nicht, daß wir nicht so manches modifiziert übernehmen könnten, ja müßten, wollen wir nicht schließlich doch ins Hintertreffen geraten. Ich denke hier besonders an Lehre und Forschung in Epidemiologie und — damit eng verbunden — in Biostatistik, Fächer, die nicht nur für den öffentlichen Gesundheitsdienst, sondern als Grundlagenforschung für die wissenschaftliche Medizin als Ganzes von kaum überschätzbarer Bedeutung sind, bei uns aber bisher keine dem angemessene Entwicklung nehmen konnten. Auch die Ausbildungsmethoden sind durchaus beachtenswert.

Ansch. d. Verf.: Regierungsmedizinalkdirektor Dr. Walter Bachmann, Bayerisches Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3

# Pepsaldra®

Magen-Fermentpräparat

Pepsaldra compositum

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

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

Original-Packungen mit 45 und 125 Dragees

Original-Packungen mit 40 und 100 Dragees



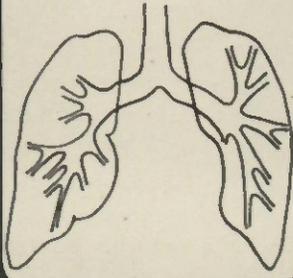
Das Chloramphenicol aus »Göttingen«

# Gotimycin®

zur konsequenten Therapie  
bei Infektionen  
durch Bakterien  
und große Viren

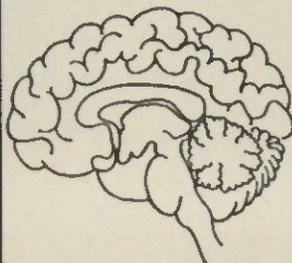
## Atemwege:

Bronchitis  
Pneumonie  
Pleuro-Pneumonie  
Bronchiektasie  
Lungenabszeß



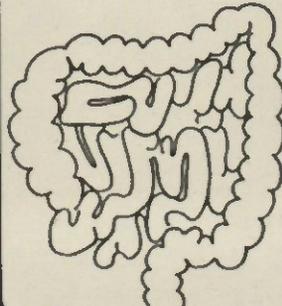
## ZNS:

Meningitis



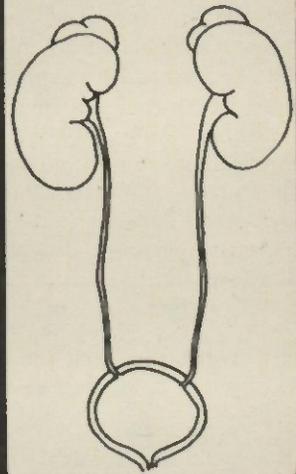
## Darmtrakt:

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 Injektione**  
O. P. mit 1 Inj.-Flasche  
und Lösungsmittel-Ampulle  
A. P. mit 10 Inj.-Flaschen  
und Lösungsmittel-Ampullen

## „Familienarzt“ ist eine neue, von der American Medical Association geschaffene Spezialität

von W. Schwelshelmer

Trotz eines Untergrundes von Skeptizismus gab der Spezialitäten-Ausschuß der „American Medical Association“ (A.M.A.) seine einstimmige Zustimmung zur Schaffung einer neuen Spezialität, der zwanzigsten: des Familienarztes. Und Gouverneur Rockefeller des Staates New York hat durch seine Unterschrift dem neuen Gesetzesvorschlag bereits Wirklichkeit verliehen, wonach in alien Medizinschulen des Staates die Tätigkeit des G.P., des General Practitioners oder Praktischen Arztes, jetzt als eine Spezialität gelehrt wird. Jede Medizinschule muß danach jetzt eine eigene Abteilung für General Practice bilden, und diese steht unter der Leitung „eines qualifizierten G.P.“.

### Hoffnungen auf Erfolg dieses Fortschrittes zur Rückkehr

Die Schaffung des neuen Spezialarztes wurde einstimmig auf der Tagung in Chicago beschlossen, vom Council on Medical Education der A.M.A., von der einflußreichen Liaison Committee for Specialty Boards und von den Hochschullehrern. Diese Einstimmigkeit besagt nicht, daß alle Stimmberechtigten überzeugt waren, die Schaffung eines spezialistischen Familienarztes würde das Problem nach dem Verlangen eines Familienberaters im alten Sinn, wenn auch mit moderner Technik, lösen. Dr. Thomas H. Brem, Los Angeles, der Präsident der Advisory Board for Medical Specialties, der ebenfalls für Schaffung des neuen Spezialarztes stimmte, gab seinem Skeptizismus Ausdruck, indem er sagte: „Ich persönlich bezweifle, daß die neue Spezialität genügend Ärzte anziehen wird, um wirklich erfolgreich zu sein. Ich denke, daß man darüber in zehn Jahren klarer sehen wird. Wenn sie nicht erfolgreich sein sollte, würde sich diese Spezialität dann von selbst auflösen.“

Demgegenüber wurde namentlich von der Seite der G.P.'s großer Optimismus über den zu erwartenden Erfolg geäußert. „Mit der Anerkennung des ‚American Board of Family Practice‘ stehen wir am Beginn eines enormen Vorteils für das allgemeine Publikum“, sagte Dr. Carroll L. Witten von Louisville, der frühere Präsident der American Academy of General Practice (AAGP), und er fügte hinzu: „Ich bin überzeugt, daß diese Aktion die Ausübung privater Praxis in Amerika retten wird.“

### Vorbedingungen für Erwerb des Spezialtitels „Familienarzt“

Die Vorbedingungen für die Erwerbung dieses Spezialtitels sind nicht leicht, gewiß nicht leichter als bei einer anderen medizinischen Spezialgruppe. In einem Punkt sind sie sogar strenger als bei jeder anderen Spezialität: Das Examen, das zur Berechtigung des Führens des Spezialtitels „Familienarzt“ führt, muß alle sechs Jahre wiederholt werden. Es soll auf diese Weise Sorge getragen werden, daß der Spezialarzt mit allen für sein Gebiet notwendigen Neuerungen der Medizin, die sich im Zwischenzeitraum ergeben haben, voll vertraut geworden ist.

Approbierte Ärzte, die in amerikanischen oder kanadischen anerkannten Medizinschulen graduiert haben, werden nach den Bestimmungen zu dem Examen durch den „American Board of Family Practice“ zugelassen, wenn sie eine der folgenden zwei Bedingungen erfüllt haben:

1. Ein dreijähriges Lehrprogramm, das die Vorschriften der Krankenhausbildung für den Familienarzt erfüllt. Die A.M.A. hat bisher 18 Krankenhäuser bestimmt, wo die Bewerber um den Titel „Familienarzt“ als residents tätig sein können, als klinische Assistenten. Weitere solche „residencies“ werden geschaffen.
2. Eine von der A.M.A. anerkannte Tätigkeit als „Intern“, als Medizinalpraktikant oder Pflichtassistent, plus sechs Jahre praktischer Tätigkeit und/oder Lehr-tätigkeit in einer Medizinschule. Ärzte, die während dieser sechs Jahre praktisch tätig sind, müssen nachweisen, daß sie während dieser Zeit 300 Stunden Unterricht über Fortschritte der Medizin genommen haben. Dieser medizinische Unterricht muß von der „American Academy of General Practice“ anerkannt sein.

### Im Ausland graduierte Ärzte

Ärzte, die ihre medizinische Ausbildung im Ausland genossen haben, können ebenfalls den Titel „Familienarzt“ erwerben, wenn sie bestimmte Vorbedingungen erfüllen. Dazu gehört, daß sie eine der beiden oben genannten Grundforderungen durchgeführt haben, und daß sie ein Dauerzertifikat von „Educational Council for Foreign Medical Graduates“ besitzen.

Das gilt für jüngere Ärzte. Für Ärzte, die ihre Approbation vor 1961 im Ausland erhalten haben, gilt eine Sonderbestimmung. Ihre Zulassung zu der Bewerbung um den Titel „Familienarzt“ hängt mit der Bewertung ihrer medizinischen Ausbildung im Ausland zusammen, die von dem Prüfungsausschuß vorgenommen wird.

### Was ist ein „Familienarzt“-Spezialist?

Nach Angaben des „Council on Medical Education“ der A.M.A. hat ein Familienarzt-Spezialist folgende fünf Aufgaben zu erfüllen:

1. Er ist der Arzt, mit dem der Patient zuerst in Kontakt kommt. Seine Aufgabe ist es, dem Patienten die ersten Mittel zur Gesundheitsfürsorge in die Hand zu geben.
2. Er überprüft die gesamtgesellschaftlichen Notwendigkeiten für den Patienten. Im Gegensatz zu anderen Spezialisten leistet er die nötige ärztliche Betreuung auf einem oder mehreren Feldern der Medizin, und zwar auf einer fortlaufenden Grundlage.
3. Er überweist den Patienten zu einem Spezialisten, der für den betreffenden Fall in Betracht kommt — beispielsweise, wenn umfassendere Chirurgie nötig

ist. Wenn diese Krise überwunden ist, übernimmt er wieder die Behandlung des Patienten.

4. Er übernimmt die Verantwortung für alle Gesundheitsnotwendigkeiten sowohl des Patienten wie seiner Familie. Inbegriffen sind dabei vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen, Rehabilitierungsprozesse, Behandlung von Alkoholismus, Behandlung von psychiatrischen Störungen. Auch Beratung in Eheangelegenheiten gehört zu seinen Pflichten.
5. All diese medizinischen Hilfeleistungen werden von ihm in Beziehung zu den Fürsorge- und Behandlungsmöglichkeiten der Gemeinschaft gebracht, in der der Patient lebt.

#### Notwendigkeit des Familienarztes

Die Schaffung dieser neuen medizinischen Spezialität ist eindeutig aus den Notwendigkeiten und Bedürfnissen des Patientenpublikums hervorgegangen. Im Jahre 1931 waren 73,6% aller praktizierenden Ärzte G.P.'s. Heute gibt es zwar viel mehr Ärzte in den USA — im vergangenen Jahr betrug ihre Zahl rund 300 000 —, aber nur 21% von ihnen waren G.P.'s. Die übrigen waren Spezialärzte auf irgendeinem Gebiet. Von 32 000 praktizierenden Ärzten im Staate New York sind heute nur 5000 G.P.'s.

Der Ruf nach dem Praktischen Arzt, dem Familienarzt, ist immer dringender geworden. Viele Patienten suchen, wo er fehlt, die Emergency Rooms der Krankenhäuser auf, die infolgedessen an Überfüllung leiden und ihrem eigentlichen Zweck nicht mehr gerecht werden können. Es ist zu hoffen, daß zahlreiche Medizinstudenten sich dem Studium der neuen Spezialität zuwenden werden. Es ist nicht anzunehmen, daß sie von dem außergewöhnlichen Umstand abgeschreckt werden, daß dieser Spezialarzt (im Gegensatz zu jeder anderen medizinischen Spezialität) sich alle sechs Jahre einer neuen Prüfung unterziehen muß. Abgesehen von dem hohen idealistischen Wert bringt der neue Spezialarzt-Titel von vorneherein ein gewisses Prestige mit sich, das dem G.P. nach mancher Auffassung fehlte.

Es hat sich bereits eine Organisation entwickelt, die „Society of Teachers of Family Medicine“, die rasch eine Mitgliederzahl von 150 gewonnen hat. Lehrkräfte von 40 Medizinschulen sind dabei vertreten. Sie haben bereits 18 Lehrprogramme für die Ausbildung als „Familienarzt“ ausgearbeitet. Die meisten dieser Programme sind mit Kliniken und Hospitälern verknüpft, die mit Medizinschulen verbunden sind. Aber einige sind auch für Krankenhäuser bestimmt, die unabhängig von einer Universität sind, in denen Bewerber um den Titel „Familienarzt“ ihre Residencship verbringen können.

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

## AMTLICHES

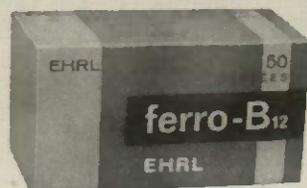
(Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 5. August 1969 — III 8-5003/1-7/69)

### Beschäftigung ausländischer Ärzte

Vollzug der Bundesärzteordnung — BÄO — vom 2. 10. 1961 (BGBl. I S. 1857)

Es mehren sich die Fälle, in denen ausländische Ärzte ohne die dafür vorgeschriebene Erlaubnis nach § 10 BÄO oder ohne eine Bestallung als Arzt zu besitzen, den ärztlichen Beruf ausüben. Dabei berufen sie sich nicht selten auf die Unkenntnis der deutschen Rechtsvorschriften und machen geltend, daß sie der jeweilige Krankenhausträger als ihr Arbeitgeber nicht auf das Erfordernis einer solchen Erlaubnis hingewiesen habe. Unabhängig davon, ob dieses Vorbringen im Einzelfall zutreffend sein mag, erscheint es dringend erforderlich, sämtliche Krankenhausträger sowie auch die Krankenhäuser dazu aufzufordern, ausländische Ärzte erst einzustellen und nur zu beschäftigen, wenn sie im Besitz einer gültigen Erlaubnis oder Bestallung sind. Im einzelnen darf nachdrücklich auf folgendes hingewiesen werden:

1. Wer im Geltungsbereich der Bundesärzteordnung den ärztlichen Beruf dauernd ausüben will, bedarf der Bestallung als Arzt (§ 2 Abs. 1 BÄO). Die Bestallung als Arzt wird grundsätzlich nur Deutschen im Sinne des Art. 116 GG oder heimatlosen Ausländern i. S. des Gesetzes vom 25. 4. 1951 (BGBl. I S. 269) erteilt. Ausländischen Ärzten wird regelmäßig nur eine vorübergehende Ausübung ihres Berufs in der Bundesrepublik und Westberlins gestattet. Sie bedürfen dazu einer Erlaubnis nach § 10 BÄO, über deren Erteilung das Bayerische Staatsministerium des Innern entscheidet, wenn der Antragsteller den ärztlichen Beruf in Bayern auszuüben beabsichtigt. Die Erlaubnis ist auf ein oder zwei Jahre befristet und wird nur für eine fachlich abhängige Stellung in einem Krankenhaus oder medizinischen Institut oder als Assistent in der Praxis eines Arztes erteilt. Sie gilt nur für dieses näher bezeichnete Beschäftigungsverhältnis.
2. Vor Erteilung der Erlaubnis oder nach Ablauf ihrer Gültigkeit ist jede Ausübung des ärztlichen Berufs verboten und erfüllt den Tatbestand eines Vergehens der unerlaubten Ausübung der Heilkunde nach § 5 Abs. 1 des Gesetzes über die Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung vom 17. 2. 1939 (RGBl. I S. 251). Ausländische Ärzte, die ohne Erlaubnis tätig sind, können künftig grundsätzlich nicht mehr mit einer Neuerteilung oder Verlängerung der Erlaubnis rechnen. Das gilt auch dann, wenn sich der Arzt in einer



# ferro-B<sub>12</sub>-Ehrl

OP zu 20 DM 3.60

Dragées

Zur hochwirksamen  
preisgünstigen oralen  
Anämitherapie

1 Dragée enthält:  
150 mg Ferroglukonat  
15 γ Vitamin B<sub>12</sub>  
2 mg Folsäure

EHRL & CO KG  
8 München 66

Facharztweiterbildung befindet. Die nachgeordneten Behörden werden angewiesen, in solchen Fällen Strafanzeige zu erstatten.

3. Die Erlaubnis nach § 10 BÄO gilt nur dann, wenn und solange der ausländische Arzt im Besitze einer gültigen Aufenthaltserlaubnis nach § 2 Abs. 1 Ausländergesetz vom 28. 4. 1965 (BGBl. I S. 353) und einer Arbeitslaubnis nach § 19 des Arbeitsförderungsgesetzes vom 25. 6. 1969 (BGBl. I S. 582) in Verbindung mit der Verordnung über die Arbeitserlaubnis für nichtdeutsche Arbeitnehmer vom 20. 11. 1959 (BGBl. I S. 689) ist.

Es wird gebeten, darauf hinzuwirken, daß künftig in bayerischen Krankenhäusern keine ausländischen Ärzte mehr ohne gültige Erlaubnis nach § 10 BÄO oder Bestallung tätig werden.

### Verordnung über die Einrichtung des Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsmedizin

vom 22. Juli 1969

Aufgrund des § 1 Abs. 1 der Verordnung über die Einrichtung der staatlichen Behörden vom 31. März 1954 (BayBS I S. 37) erläßt das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge folgende Verordnung:

#### § 1

Das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin ist eine dem Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge unmittelbar nachgeordnete Behörde. Sein Dienstsitz ist in München.

#### § 2

Das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin nimmt folgende Aufgaben wahr:

1. Die Beratung der Betriebe in werksärztlichen Belangen sowie die Unterstützung der Werksärzte in arbeitsmedizinischen Angelegenheiten.
2. Die hygienische und arbeitsmedizinische Beratung und Überprüfung von gewerblichen Betrieben und Betrieben des Bergbaues.
3. Reihenuntersuchungen in gesundheitsgefährdenden Betrieben.
4. Die Überwachung gesundheitsgefährdeter Arbeitnehmergruppen.
5. Den medizinischen Arbeitsschutz nach den von der Bundesregierung aufgrund des § 551 Abs. 1 und 4 Reichsversicherungsordnung (Berufskrankheiten-Verordnungen) erlassenen Vorschriften; Gutachten für die

Träger der Unfallversicherung erstatten, jedoch die beim Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin beschäftigten Ärzte im Nebenamt.

6. Die Ermächtigung und Kontrolle der Überwachungsärzte.
7. Unbeschadet Nr. 5 die Erstattung von Gutachten für Behörden und Gerichte in arbeitsmedizinischen Fragen.
8. Die Überwachung der Einrichtungen für Erste Hilfe und Rettungswesen in Industrie und Bergbau.
9. Auf dem Gebiete des medizinischen Arbeitsschutzes Aufklärungstätigkeit zu betreiben, um die Kenntnisse über berufliche Gesundheitsgefahren und deren Verhütung zu vergrößern.

#### § 3

(1) Für die Aufsichtsbezirke der Gewerbeaufsichtsämter Bayreuth und Coburg besteht eine Zweigstelle des Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsmedizin in Bayreuth, für die Aufsichtsbezirke der Gewerbeaufsichtsämter Nürnberg-Fürth, Nürnberg-Land und Würzburg besteht eine derartige Zweigstelle in Nürnberg.

(2) Die Zweigstellen nehmen innerhalb ihrer örtlichen Zuständigkeit die in § 2 Nrn. 1 bis 5 und 7 bis 9 dieser Verordnung genannten Aufgaben wahr.

#### § 4

(1) Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Juli 1968 in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt die Verordnung über die Einrichtung eines „Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsmedizin“ vom 18. Juni 1953 (BayBS IV S. 610) außer Kraft.

## STEUERFRAGEN

### Umsatzsteuerliche Behandlung sog. Apparatgemeinschaften

Schließen sich mehrere freiberuflich tätige Ärzte zusammen und beschaffen sie gemeinsam medizinische oder technische Apparate, die alsdann von jedem der beteiligten Ärzte für die eigene Praxis genutzt werden, so ist umsatzsteuerrechtlich die Apparatgemeinschaft regelmäßig als weiterer Unternehmer anzusehen. Die Apparatgemeinschaft übt weder eine ärztliche Tätigkeit i. S. des § 4 Nr. 14 UStG noch eine freiberufliche Tätigkeit i. S. des § 12 Abs. 2 Nr. 5 UStG aus. Die Umsätze der Apparatgemeinschaft sind deshalb weder steuerbefreit noch begünstigt, sie unterliegen dem allgemeinen Steuersatz (§ 4 Nr. 14 UStG — Verfügung OFD Düsseldorf S 7170 A — St 641 v. 27. 2. 1969 — aus Umsatzsteuer-rundschau 1969, S. 200—201).

**Liquirit**®  
Magentabletten

**Volle Wirksamkeit auf therap. Breite**

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

KP 30/OP. 60 Tobl.

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

## Abzug von Promotionskosten und Ausbildungsdarlehen

Fast unbemerkt hat das Erste Steueränderungsgesetz 1968 — vom 20. 2. 1969, BGBl. I S. 141, BB 1969 S. 209 — durch die Schaffung einer neuen Kategorie von Sonderausgaben, der Ausbildungskosten in § 10 Abs. 1 Nr. 9 EStG n. F., einen leidigen Streitpunkt beseitigt, der Finanzverwaltung, Literatur und Rechtsprechung in den letzten Jahren laufend beschäftigt hatte. Promotionskosten — sie sollten nach den Entscheidungen des Bundesfinanzhofes (BStBl. 1967 III S. 723, BB 1967 S. 1278 mit Anmerkung, Labus; BStBl. 1967 III S. 777, 779, 789, BB 1967 S. 1322) stets nichtabziehbare Lebenshaltungskosten (Ausbildungskosten) sein — sind nunmehr als Sonderausgaben bis zu DM 900,— jährlich (bei auswärtiger Unterbringung bis zu DM 1200,—) abziehbar (vgl. auch NISSEN, DStZ A 1969 S. 50). Darüber hinausgehende Beträge können unter den Voraussetzungen des § 33 Abs. 2 EStG n. F. als außergewöhnliche Belastung berücksichtigt werden. Die Regelung gilt bereits ab 1. 1. 1969 (§ 52 Abs. 6a EStG).

Es soll im folgenden nicht auf die Einzelheiten des Sonderausgabenabzuges von Ausbildungskosten nach den neuen Vorschriften eingegangen werden. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers soll die Absetzung der Ausbildungskosten ein steuerlicher Beitrag zur Bildungsförderung sein (BT-Dr. 529/68). Das Wirksamwerden einer derartigen Förderungsmaßnahme setzt jedoch bei dem in Ausbildung Stehenden entsprechende Einkünfte voraus, um den Abzug vornehmen zu können. Eine Binsenweisheit ist andererseits, daß der Großteil der Studenten, Doktoranden usw. gerade nicht über diese Einkünfte verfügt, die Steuervergünstigung also von zweifelhaftem Wert für den wirklich unterstützungsbedürftigen Personenkreis ist, zumal der Abzug von Sonderausgaben entsprechend dem Prinzip des § 11 Abs. 2 EStG (der auch bei Sonderausgaben gilt, HERRMANN/HEUER, Komm. zur Einkommen- und Körperschaftsteuer, § 11 EStG Anm. 13) nur im Kalenderjahr der Leistung zulässig ist und eine Übertragung in Folgejahren nach Art einer „Rechnungsabgrenzung“ nicht vorgenommen werden kann (LITTMANN, Das Einkommensteuerrecht, 8. Aufl. 1966, § 10 Randnr. 4).

Da von Studenten und sonst in der Ausbildung Stehenden zusätzlich in erheblichem Umfang Darlehen in Anspruch genommen werden, die zum Teil aus Mitteln der öffentlichen Hand (Honnefer Modell und dergleichen) stammen oder auch sonstwie beschafft werden, stellt sich die Frage, ob wenigstens die spätere Tilgung des Kredits, die in der Regel aus dem dann vorhandenen eigenen Einkommen vorgenommen wird, steuerlich zu berücksichtigen ist. Der bis zum 31. 12. 1968 bestehende Rechtszustand, nach dem die Ausbildungskosten nichtabziehbare Lebenshaltungskosten waren, ließ auch nicht den Abzug der Tilgungsraten als außergewöhnliche Belastung nach § 33 EStG zu. Maßgeblich sollte hierfür sein, daß die Tilgung von Schulden nur dann zwangsläufig gemäß § 33 Abs. 1 EStG sein könne, wenn es auch die Aufnahme der Schulden war; die Ausbildung eines Steuerpflichtigen sei hingegen Sache seiner freien Entschließung (BStBl. 1964 III S. 330, BB 1964, S. 833). Für den Bereich der außer-

gewöhnlichen Belastung ist es nun durchaus herrschende Meinung, daß im Fall der Finanzierung der Aufwendungen mit Kredit diese sich nicht schon bei der Ausgabe, sondern erst im Zeitpunkt der Tilgung des Kredits steuerrechtlich auswirken können (HERRMANN/HEUER, a.a.O. § 33 Anm. 16—30 „Verschuldung“ mit ausführlicher Darstellung der Gegenmeinung; neuestens wiederum BFH, 4. 10. 1968, BStBl. 1969 II S. 179 [180]). Bei den gesetzlich enumerierten Sonderausgaben wird es dagegen seit der Entscheidung des Reichsfinanzhofes aus dem Jahre 1936 (RFH, 19. 11. 1936, RStBl. 1937 S. 426, Amtl. Sig. Bd. 40 S. 235) für zulässig gehalten, daß ein Abzug trotz Finanzierung mit Kreditmitteln schon im Jahr der Ausgabe vorgenommen wird (HERRMANN/HEUER, a.a.O., § 10 Anm. 2a E.; BÜHLER/PAULICK, Kommentar zum EStG, § 10 Anm. 1; hierzu erklärt sich, daß es wegen des Kreditaufnahmeverbots bei Versicherungs- und Bausparbeiträgen der besonderen gesetzlichen Regelung in § 10 EStG bedurfte). Der Zeitpunkt der Abziehbarkeit würde danach von der Eigenschaft der Aufwendungen — Sonderausgaben oder außergewöhnliche Belastungen — abhängen. Bezogen auf Ausbildungskosten würde das bedeuten, daß bis zu DM 900,— (1200,—) im Jahr der Zahlung abgesetzt werden könnten, dagegen die darüber hinausgehenden Tilgungsraten im Rahmen des § 33 Abs. 2 EStG n. F. nicht im Jahr der Rückzahlung berücksichtigungsfähig wären. Das kann nicht Sinn des Gesetzes sein.

Die Ausbildungskosten bis zu DM 900,— (1200,—) sind gesetzlich den Sonderausgaben zugeordnet worden, obwohl die Einstufung als außergewöhnliche Belastung ebenso gut möglich gewesen wäre, wie die Verknüpfung von § 10 Abs. 1 Nr. 9 mit § 33 Abs. 2 EStG zeigt. Da — soweit ersichtlich — bisher keine gerichtliche Entscheidung vorliegt, die den Steuerpflichtigen zur Inanspruchnahme des an sich statthaften Sonderausgabenabzuges im Jahr der Kreditaufnahme für verpflichtet hält, wird man den Betroffenen ein Wahlrecht einräumen müssen, wie es auch LITTMANN (a.a.O. § 33 Randnr. 57) für den Bereich des § 33 EStG befürwortet, so daß der Abzug entweder bei der Ausgabe oder bei der Kredittilgung möglich ist. Allein so kann eine mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz nur schwer vereinbare Differenzierung beim Abzug von „fremd-finanzierten“ Ausbildungskosten danach, ob Einkünfte vorlagen oder nicht, vermieden werden. Diese Lösung hätte weiter den Vorteil, daß auch denen die Steuervergünstigung zukommt, die Darlehen in einer Zeit aufgenommen haben, als Ausbildungskosten überhaupt nicht absetzbar waren und erst jetzt die Rückzahlungen leisten. Wenigstens dieser Personenkreis würde dann mit denen gleichgestellt, die nach neuem Recht ohne weiteres die Begünstigung in Anspruch nehmen können.

Vom Gesetzgeber wird man in der angeschnittenen Frage in absehbarer Zeit keine Lösung erwarten können. Es wird daher Sache der Betroffenen sein, ihre Rechtsauffassung gegenüber der Finanzverwaltung zu vertreten (§ 10 Abs. 1 Nr. 9 EStG n. F. — Regierungsrat SAUER, Berlin, in BB 1969, S. 824—25).

### Aufwendungen für die Teilnahme an einem internationalen Ärztekongreß

Der Würdigung des FG, daß die Reise eines Arztes nach Malta, die nur der Teilnahme an einem internationalen Kongreß katholischer Ärzte diene, beruflich bedingt war, kann gefolgt werden.

Der Steuerpflichtige war Facharzt für Lungenkrankheiten und betrieb eine Praxis, zugleich war er Chefarzt in einer Krankenanstalt und als Gutachter tätig. Er machte für das Jahr 1964 Aufwendungen für seine Teilnahme an einem Kongreß als Berufsausgaben geltend. Der Kongreß war von dem Internationalen Verband der katholischen Ärztevereinigungen veranstaltet und von Ärzten des In- und Auslandes (auch aus Übersee) besucht worden. Der Bundesfinanzhof beurteilt im vorliegenden Fall zum Schluß seiner Entscheidung die Verhältnisse wie folgt:

„Die Grenze zwischen der allgemeinen, den Beruf gleichzeitig mitfördernden Persönlichkeitsbildung und der unmittelbaren Förderung des Berufstätigen im Sinne einer für seinen Beruf in allen Ausprägungen geeigneten Persönlichkeit wird oft nicht zu ziehen sein mit der Folge, daß nicht aussonderbarer Aufwand unter die Lebenshaltungskosten zu rechnen ist. Im vorliegenden Falle jedoch hält der Senat die Ansicht des FG, die Reise sei beruflich bedingt gewesen, für diesen Grenzfall zumindest für möglich, weil nämlich offenbar nicht die Tatsache, daß der Steuerpflichtige Katholik war, den Anlaß zu der Reise gab, sondern die Tatsache, daß er Arzt war und sich im Rahmen seines Berufes mit Fragen der Berufsethik, die durch seine religiöse Grundhaltung nicht unbeeinflusst bleiben konnte, konfrontiert sah. Es ist nicht entscheidend, ob der Steuerpflichtige seine Patienten in religiöser Hinsicht zu beraten hat, sondern daß er selbst durch den Kongreß einen festen Standpunkt gewinnen konnte, von dem aus er innerhalb seines Arztberufes befähigt ist, die technischen Mittel der Heilung so einzusetzen, wie er es bei einem seinem Gewissen nach richtig verstandenen Dienst am anderen Menschen verantworten kann. Darüber hinaus kann es aber heute auch nicht mehr fraglich sein, daß ein Arzt in die Lage kommen kann, im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit und im Interesse der Heilung des Patienten auf dessen seelische Nöte einzugehen. Dem FG ist zuzustimmen, wenn es deshalb die Kenntnisse auf Grenzgebieten der ärztlichen Tätigkeit in die Berufskennntnisse einbezieht, zu denen es mit Recht nicht nur die Psychologie, die Psychosomatik und die Soziologie, sondern auch die Theologie rechnet (§ 4 Abs. 4, § 12 EStG — BFH-Urteil vom 20. 3. 1969 in BStBl. 1969 II, S. 338—340).

### Gutachtertätigkeit von Ärzten

Die Gutachtertätigkeit eines angestellten Arztes bildet, wenn sie im eigenen Namen und für eigene Rechnung ausgeübt wird, auch dann eine steuerbegünstigte, wissenschaftliche Nebentätigkeit, wenn der Arzt die zu begutachtenden Personen in der Klinik, bei der er angestellt ist, behandelt hat.

Das FG wendet sich gegen die Auffassung der Finanzverwaltung, daß die Gutachtertätigkeit — ebenso wie bei angestellten Krankenhausärzten, die Gutachten im Namen des Krankenhauses erstellen — ein Ausfluß der nichtselbständigen ärztlichen Tätigkeit sei (§ 34 EStG — Urteil des FG Berlin vom 30. 8. 1968 — rechtskräftig — in EFG 1969, S. 122).

### Besondere Aufzeichnungspflicht für Betriebsausgaben

Nach dem BFH-Urteil vom 28. 5. 1968 (BStBl. 1968 II S. 648 + 651) erfordert die in § 4 Abs. 6 EStG normierte besondere Aufzeichnungspflicht, daß die Aufwendungen i. S. des § 4 Abs. 5 EStG

- a) von Steuerpflichtigen mit Gewinnermittlung durch Vermögensvergleich fortlaufend auf besonderen Konten im Rahmen der Buchführung gebucht werden und
- b) von Steuerpflichtigen mit Gewinnermittlung nach § 4 Abs. 3 EStG von Anfang an getrennt von den sonstigen Betriebsausgaben und einzeln aufgezeichnet werden.

Statistische Zusammenstellungen genügen danach nicht. Es wird gebeten, für die Zeit vor dem 1. 7. 1969 keine nachteiligen Folgerungen zu ziehen, wenn die Aufwendungen i. S. des § 4 Abs. 5 EStG nicht getrennt von den sonstigen Betriebsausgaben im Rahmen der Buchführung oder der sonstigen Aufzeichnungen ausgewiesen sind, sondern eine Trennung nur in der Weise erfolgt ist, daß die Aufwendungen i. S. des § 4 Abs. 5 EStG in statistischen Zusammenstellungen erfaßt worden sind. Für die Zeit nach dem 30. 6. 1969 sind derartige Aufwendungen jedoch dann vom Abzug als Betriebsausgaben ausgeschlossen, wenn die Anweisungen in Abschn. 20 Abs. 13 ff EStR und die Grundsätze der BFH-Urteile vom 28. 5. 1968 nicht beachtet worden sind.

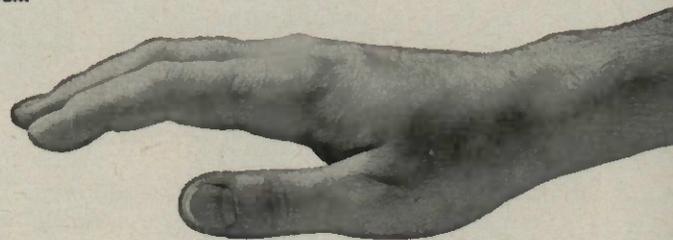
Dieser Erlass ergeht im Einvernehmen mit den obersten FinBeh. der Länder und mit Zustimmung des BdF (§ 4 EStG — DinMin. Ndsachsen, Erlass v. 23. 6. 1969 S. 2145 — aus Aktuelle Sammlung 1969, Heft 13)

*Passiorin*

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

Unschädliche Kur- und Dauermedikation  
 zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



**MITTEILUNGEN****Wartezimmerlektüre**

Die Bayerische Katholische Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundheit und Jugendschutz e.V. richtete an die Ärzte, Zahnärzte, Leiter der Krankenanstalten und Kurheime in Bayern folgendes Schreiben:

„Sehr verehrte Damen und Herren!

Die Zeit zum Warten ist für viele Menschen die Zeit zur Muße und zum Lesen, oft die einzige Zeit. Sollen wir die Patienten nun mit minderwertigem Lesestoff versorgen, sollen wir vor allem den Kindern und Jugendlichen in den Warte- und Lesezimmern verdorbenes Zeug und Steine statt gutem Brote geben?!

Bitte, beauftragen Sie den Verleiher Ihres Lesezirkels, Ihnen anständige und ordentliche Zeitschriften im ständigen Abonnement zu liefern; nehmen Sie sich einmal die paar Minuten Zeit, die gelieferten Zeitschriften danach durchzusehen. Nach einer Erklärung des Verbandes Deutscher Lesezirkel e. V. ‚hat jeder Lesezirkelbezieher das Recht und die Möglichkeit, ungeeignete Hefte abzulehnen und einen Austausch zu verlangen‘. Legen Sie auch die Gesundheitszeitschriften auf, die Sport- und Bergsteigerpresse, Naturzeitschriften, pädagogische und religiöse Blätter und die guten Jugendzeitschriften.

Der 69. Deutsche Ärztetag appellierte an die Ärzte ‚in Sorge um die Gesunderhaltung unserer Jugend‘ die Wartezimmerlektüre sorgfältig und kritisch zu überprüfen.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Ernst FROMM, schreibt hierzu:

‚Wir sind uns bewußt, daß wir nicht tatenlos länger zusehen können, wie ausgerechnet in unseren Wartezimmern, in denen Menschen sitzen, die in körperlicher und seelischer Bedrängnis sind, Druckerzeugnisse liegen, die nicht selten ein Bild des Menschen widerspiegeln, das in seiner Niedrigkeit, Würdelosigkeit, Primitivität und Verzerrung wohl allmählich das Maximum der Geschmacklosigkeit erreicht hat. Wir müssen uns dagegen schärfstens verwahren. Nichts hat der Mensch unserer Tage aber nötiger als den Schutz seiner persönlichen Würde.‘

Die Vorsorgeuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen am Menschen unserer Tage bestimmen heute die ärztliche und zahnärztliche Behandlung — sollen für die Erhaltung der seelischen Gesundheit andere Regeln gelten?“

**Befreiung von der Rezeptgebühr**

Aufgrund der neuen Bestimmungen des Krankenversicherungsänderungsgesetzes vom 27. 7. 1969 (BGBl. I S. 946) haben Versicherte bei der Einlösung von Rezepten in der Apotheke für die Abnahme von Arznei-, Verband- und Heilmitteln 20 v. H. der Kosten, jedoch höchstens DM 2.50, je Rezept zu zahlen. Dieser Kostenbeitrag belief sich bis zum 31. 12. 1968 auf DM 1.— und wurde mit Wirkung vom 1. 1. 1970 auf vorgenannte Höhe angehoben.

Unter Berücksichtigung des Umstandes, daß nicht alle Versicherten im Arbeitsprozeß stehen und damit über ein volles Einkommen verfügen, und um etwaige Härtefälle zu vermeiden, wurde ein Teil der Versicherten von der Entrichtung dieser Rezeptgebühren befreit. Es handelt sich hierbei um:

- a) versicherungspflichtige Rentner und Rentenbewerber sowie um solche freiwillig Versicherte, die eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter oder der Angestellten beziehen;
- b) Versicherte, bei denen eine nicht nur vorübergehende Erwerbsminderung von mindestens 50 v. H. amtlich festgestellt ist;
- c) Versicherte, die Krankengeld, Hausgeld, Verletzengeld oder Übergangsgeld beziehen.

Die Befreiung von der Entrichtung der Rezeptgebühren gilt auch für den Ehegatten und die Kinder sowie Angehörige eines solchen Versicherten, soweit sie nicht selbst zum obengenannten Personenkreis zählen. —alpe-

**NEUE THERAPEUTIKA****Arbid® retard Dragées**

**Zusammensetzung:** 1 Arbid retard Dragée enthält: 6,5 mg Buphenin-hydrochlorid, 6,5 mg Diphenylpyralin-hydrochlorid, 160 mg Dimethylamino-phenylidimethyl-pyrazolon.

**Indikationen:** Jede Form des Schnupfens, wie Rhinitis acuta (infectiosa), Rhinitis allergica (z. B. Heuschnupfen, Rhinitis vasomotorica s. nervosa).

**Dosierung:** Morgens und abends 1 Dragée unzerkaut mit etwas Flüssigkeit schlucken.

**Handelsform und Preis:** 10 Dragées = DM 3,30 mit MWSt.  
**Hersteller:** Troponwerke, 5000 Köln.

**Isocillin® 1,2 Mega (rezeptpflichtig)**

**Zusammensetzung:** Isocillin 1,2 Mega enthält in einer filmüberzogenen Oblongtablette mit Bruchrille 1 200 000 I. E. (0, 78 g) Phenoxymethylpenicillin-Kalium.

**Indikationen:** Angina tonsillar, Bronchitis, Bronchopneumonie, Scharlach, Otitis media, Furunkel, Abszeß, Phlegmone, Erysipel; Infektionsprophylaxe bei Herdsanierung.  
(Fortsetzung Seite 1045)

# Romucard

Das bewährte Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung

**Indikationen:**  
Altersherz  
Zirkulationsstörungen  
Hypertonie  
nervöse und  
krampfartige  
Herzbeschwerden



O. P. 15 ml DM 2.40

O. P. 30 ml DM 3.95

**Zusammensetzung:** Papaver 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian. 3%, Tinct. Castan. 6%, Aneurin hydr. 50 mg%, Acid. ascorb. 500 mg%.

**ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZEUT. FABRIK · 8031 ESTING b./MONCHEN**

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat August 1969\*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie alljährlich im August, sank im Berichtsmonat die Häufigkeit von Scharlacherkrankungen deutlich ab und erreichte mit 23 Fällen auf 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr) einen seit Jahren nicht mehr beobachteten niedrigen Wert. Dagegen stieg im August die Zahl der Fälle von übertragbarer Hirnhautentzündung, infolge einiger örtlicher Häufungen, gegenüber dem Vormonat merklich an.

Meldepflichtige Infektionskrankheiten der Verdauungsorgane traten im August ebenfalls häufiger auf als im Juli; so stieg die Erkrankungsziffer für bakterielle Ruhr von 1 auf 4, für Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) von 12 auf 16 Fälle je 100 000 Einwohner. Die Hepatitis-Erkrankungsziffer sank von 30 im Juli auf 26 im Berichtsmonat, jeweils auf 100 000 Einwohner.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. August 1969 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare										Enteritis infectiosa							
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B						Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)			
					dar. paraf. Fälle		Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen		Gehirnentzündung								Salmonellose		Übrige Formen	
E <sup>1)</sup> ST <sup>2)</sup>		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	62	—	—	—	—	17	—	54	—	2	—	5	—	1	—	8	69	—	3	—
Niederbayern	—	—	11	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	2	—	—	—	20	14	—	3	1
Oberpfalz	—	—	13	—	—	—	—	2	1	7	—	—	—	—	—	3	—	—	11	—	—	—
Oberfranken	—	—	37	—	—	—	—	2	—	28	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—
Mittelfranken	2	—	31	—	—	—	—	2	—	11	—	1	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—
Unterfranken	—	—	9	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	2	—	—	9	—	1	—
Schwaben	—	—	19	—	—	—	—	15	—	110	—	2	—	—	—	—	—	1	11	1	—	—
Bayern	2	—	182	—	—	—	—	39	1	221	—	5	—	8	—	6	—	29	131	1	7	1
München	—	—	29	—	—	—	—	2	—	17	—	—	—	4	—	—	—	5	43	—	—	—
Nürnberg	—	—	18	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	1	—	50	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose				Bang'sche Krankheit		Leptospirose				Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>	
					Psittakose		(Übrige Formen)				Well'sche Krankheit		Feldfleber							
					E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST			
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST				
Oberbayern	—	—	65	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	22
Niederbayern	—	—	41	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	17
Oberfranken	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	22
Mittelfranken	—	—	22	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—	11
Unterfranken	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	2
Schwaben	—	—	26	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	36
Bayern	—	—	210	—	1	—	2	—	2	—	2	—	1	—	9	—	5	1	—	110
München	—	—	37	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\* 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.

Rheumaprophylaxe; Unterstützung der parenteralen Anwendung von Penicillin G bei subakuter bakterieller Endokarditis.

Anwendung und Dosierung: Erwachsene erhalten an den ersten beiden Tagen 3×1 Oblongtablette Isocillin 1,2 Mega. An den folgenden Tagen kann die Tagesdosis auf 2×1 Oblongtablette und im weiteren Verlauf auf 2×½ Oblongtablette reduziert werden. Die schluckgerechte, geschmacksneutrale Oblongtablette ist durch die Bruchrille exakt teilbar. Die Tabletten sollen unzerkaut mit etwas Wasser hinuntergeschluckt und nicht gelutscht werden. Die Einnahme empfiehlt sich auf leeren Magen, am besten eine Stunde vor den Mahlzeiten.

Zur Beachtung: Bei bekannter Penicillinallergie sollte von der Anwendung des Oralpenicillins abgesehen werden.

Handelsformen und Preise: 10 Oblongtabletten DM 17,80 m. 10% U. Anstaltspackungen mit 100 und 500 Oblongtabletten.

Hersteller: Farbwerke Hoechst AG, 6000 Frankfurt 80.

#### ultrapyrin® Analgetikum — Antipyretikum

Zusammensetzung: Es enthalten:

1 Dragée 30 mg D-Propoxyphenhydrochlorid, 250 mg Paracetamol, 100 mg o-Äthoxybenzamid,

1 Erwachsenen-Suppositorium 50 mg D-Propoxyphenhydrochlorid, 450 mg Paracetamol, 250 mg o-Äthoxybenzamid.

1 Kinder-Suppositorium 10 mg D-Propoxyphenhydrochlorid, 200 mg Paracetamol, 150 mg o-Äthoxybenzamid.

1 Säuglings-Suppositorium 5 mg D-Propoxyphenhydrochlorid, 100 mg Paracetamol, 75 mg o-Äthoxybenzamid.

Indikationen: Schmerzen aller Art, Erkältungskrankheiten, Grippe und Fleber.

Dosierung: Dragées: Bei leichten Schmerzen 1 Dragée, bei stärkeren Beschwerden 1–2 Dragées bis zu 4mal täglich; bei Erkältungskrankheiten, Grippe und Fleber 1–2 Dragées 3mal täglich unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen.

Erwachsenen-Suppositorien: Bis zu 4mal täglich 1 Zäpfchen.

Kinder-Suppositorien: Kinder im zweiten Lebensjahr: Einzeldosis ½ Zäpfchen, Tagesdosis 2- bis 3mal ½ Zäpfchen im Abstand von 8 Stunden. Kinder ab drittem Lebensjahr: Einzeldosis 1 Zäpfchen, Tagesdosis 2- bis 3mal 1 Zäpfchen im Abstand von 8 Stunden.

Säuglings-Suppositorien: Säuglinge im Alter von 4–6 Monaten: Einzeldosis ½ Zäpfchen, Tagesdosis 2mal ½ Zäpfchen im Abstand von 8 Stunden. Säuglinge im Alter von 6–12 Monaten: Einzeldosis 1 Zäpfchen, Tagesdosis 2mal 1 Zäpfchen im Abstand von 8 Stunden.

Handelsformen: Dragées, OP mit 20 Dragées; Erwachsenen-Suppositorien, OP mit 10 Suppositorien; Kinder-Suppositorien, OP mit 5 und 10 Suppositorien; Säuglings-Suppositorien, OP mit 5 Suppositorien.

Hinweis: Alle Handelsformen rezeptpflichtig. Für Diabetiker geeignet.

Hersteller: M. Woelm, 3440 Eschwege.

## BUCHBESPRECHUNGEN

Kazimierz MICHALOWSKI: „Ägypten — Kunst und Kultur“. Mit einem Vorwort von Professor Eberhard OTTO.

Format 24,5 × 31 cm, 594 Seiten mit über 1000 Abbildungen, davon 137 vierfarbig und sechs in Golddruck auf Kunstdrucktafeln, Leinen mit fünffarbigem Schutzumschlag und Schuber. Einführungspreis (bis 31. Dezember 1969) DM 180.—, ab 1. Januar 1970 DM 200.—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

In dem Bildband haben wir ein vorzügliches Werk über Kunst und Kultur des alten Ägyptens vor uns.

Der Verfasser, der selbst über Jahrzehnte Ausgrabungen im südlichen und östlichen Mittelmeerraum leitete, ist als Gründer und Direktor des polnischen Institutes für Archäologie in Kairo ein hervorragender Kenner der ägyptischen Kunst. In seiner Einführung umreißt Dr. Michalowski den Sinn seines Werkes, indem er sagt, es sei „keine Geschichte der ägyptischen Kunst, seine Aufgabe ist es vielmehr, dem Leser Zugang zum Verständnis und zur richtigen Einschätzung der ägyptischen Kunst und ihrer Bedeutung zu vermitteln“.

So bringt das Buch mit seinen über 1000 Illustrationen, zu einem großen Teil als Kunstdrucktafeln, mit zahlreichen Skizzen, Lageplänen, Zeichnungen von Rekonstruktionen und Zeittafeln einen wahrhaft umfassenden Überblick über die ägyptische Kunst und Kultur. Dazu kommt ein trotz aller Genauigkeit und Exaktheit leicht zu lesender Text. Für den speziell Interessierten und den wissenschaftlich Tätigen gibt ein umfangreiches Literaturverzeichnis, den einzelnen Kapiteln zugeordnet, eine Fülle von Anregungen. Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich.

So wird der großformatige Band jeden Kunstfreund und Ägypten-Reisenden erfreuen, dem Wissenschaftler wird es geradezu unentbehrlich sein.

„Reisen in Deutschland“ — Deutsches Handbuch für Fremdenverkehr, Band I „Baden-Württemberg“, 22. Ausgabe, 740 S., Halbleinen. Preis DM 26.—. Verlag Erwin Jaeger, 6100 Darmstadt.

Ausführliche, reich bebilderte Ortsbeschreibungen und Angaben über Hotels, Gasthöfe, Sanatorien und Heilstätten aus 955 Orten, nach 5 Reisegebieten zusammengefaßt. Bildteil mit 1641 Fotos. Unterkunftsverzeichnis mit 7438 Hotels, Gasthöfen und Pensionen und Angaben über Bettenzahl und Preise. Anhänge: Bäderverzeichnis mit Heilanzeigen, Luftkurorte, Sanatorien und Heilanstalten, Gästehäuser und Hotels in Burgen und Schlössern, Reisebüros und Automobilverbände im Bundesgebiet und Berlin-West und vieles mehr. Ausgestattet mit Bäderkarte und beigelegter Straßenkarte. Herausgegeben im Auftrag des Deutschen Fremdenverkehrsverbandes und in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bäderverband.

# Neurovegetalin®

das klassische Sedativum

25 50 100 Dragées

VERLA-PHARM  
TUTZING/OBB.

25 Dragées 50 Dragées

verstärkt mit psychotroper Komponente

# Neurovegetalin® forte



# Fortschrittliche Rheuma-Therapie mit Dipyron®

Voraussetzung für eine erfolgreiche Rheuma-Therapie ist die Berücksichtigung der Forderungen nach Hyperämie und intensiver Analgesie. Dazu gehören ferner Beseitigung der Entzündung und Auflösung der Fibrinablagerungen. Durch seine Zusammensetzung erfüllt Dipyron diese Bedingungen.

## Was sagen Klinik und Praxis über Dipyron?

**In WIEN:** „... Besonders gut sprachen beim *Zervikalsyndrom* die radikulären Reizerscheinungen und die vasovegetativen Symptome auf die Dipyron-Behandlung an. ... erklärbar durch Behebung ausgeprägter Durchblutungsstörungen in der umgebenden Muskulatur.“ (W. BLUMENCRON, „Der Praktische Arzt“, 1966)

**In MÜNCHEN:** „... Besonders gut war der Therapieerfolg bei den an *Periarthritis humero-scapularis* Erkrankten. ... Die prompte Wirkung des Medikaments war auch bei den Lumbago-kranken subjektiv besonders auffallend...“ (A. MAAS, „Ärztliche Praxis“, 1966)

**In WÜRZBURG:** „In Fällen chronisch rezidivierender *Ischialgien* ... normalisierten sich ... nach Redressement in Narkose ... die Verhältnisse nur langsam. Nach 14-tägiger Medikation (mit Dipyron) ergaben die Nachuntersuchungen, daß die entzündungshemmende und durchblutungsfördernde Komponente des Medikaments geeignet war, dem kompressionsbedingten Wurzelödem entgegenzuwirken und eine beschleunigte Regeneration der Spinalwurzel herbeizuführen.“ (G. MOLZEN, „Medizinische Klinik“, 1967)

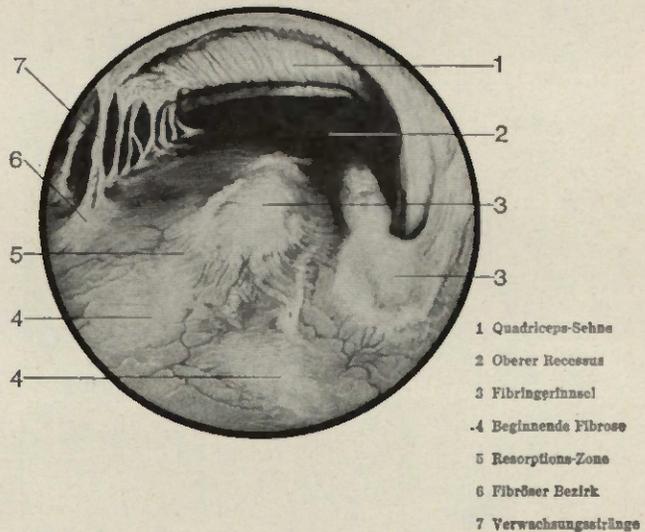
**In HAMBURG:** „*Schultersteifen* mit oder ohne Veränderungen der Halswirbelsäule standen im Vordergrund. In zahlreichen Fällen war die Erkrankung ... bei stundenlangem angespanntem Sitzen hinter dem Steuer auf der Autobahn aufgetreten. Behandlungsergebnisse: In 10 Fällen trat bereits in den ersten Tagen der Dipyron-Medikation eine völlige bis weitgehende Beschwerdefreiheit und ein Wiedergewinn der Beweglichkeit des Gelenkes in seinem gesamten Bewegungsumfang auf.“ (H. EHRENBERG, „Ärztliche Praxis“, 1964)

**In DÜSSELDORF:** „Die bei zervikalen Schäden häufig geklagten Parästhesien der Hände und Arme sprachen auf die Behandlung ebenfalls recht gut an. Bei sieben Fällen von Periarthritis humero-scapularis hat die Dipyron-Behandlung in keinem Falle versagt.“ (H. SÜTTINGER, „Der Landarzt“, 1963)

## Wie wirkt Dipyron?

Heilende Hyperämie für Gelenk und Muskel direkt von innen, intensive Analgesie vom Blutstrom her und Unterstützung des Abbaus fibrinöider Ablagerungen.

## Der Wirkort von Dipyron



Arthroskopisches Bild des rechten Kniegelenks bei primär chronischer Polyarthritide: Fibringrinnsel auf der Synovia, von einem entzündlichen Granulationsgewebe durchsetzt. Alle Stadien der Organisation und Resorption des Fibrins durch die wuchernde Synovia sind zu erkennen (VAUBEL).

## Bestätigt die Grundlagenforschung diese therapeutische Konzeption?

„Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie“ von H. HAMPERL, Bonn:

„Die Fibrindurchtränkung der kollagenen Fasern sieht man besonders deutlich im rheumatischen Granulom. Wenn die Auflösung der Fibrinfäden durch Zellfermente ausbleibt, kann das liegenbleibende Fibrin nur im Rahmen einer länger dauernden Entzündung weggeschafft werden. *Es wirkt wie ein Fremdkörper und unterhält die Entzündung, als deren Produkt es entstanden ist.*“

„Die Röntgendiagnostik der Periarthrosen und der Periarthritis“

von A. LEB, „Fortsehr. Röntgenstr.“:

„Im Bereich arthrotischer Kniegelenke ist mit der Serien-Angiographie eine *verminderte Blutfüllung der Kollateralen* einwandfrei festzustellen.“

„Wie drückt die Hyperergische Gewebsschädigung den klinischen Bildern der chronisch-rheumatischen Infektarthritis ihr Gepräge auf“ von G. EDSTRÖM, „Zeitsehr. für Rheumaforschg.“. Es wird gezeigt, daß der *Sauerstoffverbrauch in den Myogelosen* der gelenknahen Muskulatur *vermindert* ist.

**Dipyron - eine sinnvolle therapeutische Konzeption.**

Hersteller: JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF



*... aber beim  
Geldanlagen  
befragt sie  
uns*

Sie weiß: beim Geldanlagen darf man nie dem Zufall vertrauen. Dafür sind schließlich die Fachleute der Sparkassenorganisation da.

Die Sparkasse bietet zusammen mit ihrer Zentralbank und ihrer Landesbausparkasse einen breiten Fächer seriöser, ertragreicher Geldanlagen. Durch einen Zielsparplan kann man die gebotenen Möglichkeiten individuell und optimal kombinieren.

Spannen Sie uns in Ihre Dienste ein — wir sind immer für Sie zu sprechen und beraten Sie gewissenhaft in allen Geldfragen.

**DIE BAYERISCHEN SPARKASSEN**

gemeinnützig — mündelsicher

**BAYERISCHE GEMEINDEBANK**

Zentralbank der bayerischen Sparkassen

**LANDESBAUSPARKASSE**

Die Bausparkasse der Sparkassen

„Sternfahrten 12: Deutschland“ — Teil 1: Der Norden und Berlin.

704 Seiten, 51 Federzeichnungen von Prof. Theo SCHARF, 1 farbige Faltkarte, Plastikeinband, DM 22.—. Leske Verlag, Opladen.

Man muß Deutschland nicht durch die Brille des Patrioten oder Nationalisten sehen, um es als etwas ganz Eigenartiges zu erkennen. Zu dieser Eigenart gehört auch, daß nur die wenigsten Deutschen gute Vorstellungen und Kenntnisse ihrer Heimat besitzen. Das wundert um so mehr, als es eine überwältigende Fülle fachlicher Literatur zu jedem Ort, jeder Landschaft, jedem der unübersehbar vielen und reichen Schönheiten und Besitztümer gibt.

Der vorliegende Sternfahrten-Band macht den Auftakt zu einer umfassenden Monographie über Deutschland, wie es sie in ähnlicher oder vergleichbarer Form für den Autoreisenden bis heute nicht gibt.

In drei gewichtigen Bänden versucht der Autor, der ironisch konstatierte, daß er sich vor Beginn der Arbeit für einen guten Kenner seines Landes gehalten habe, einen Eindruck von dem unerhörten Reichtum zu vermitteln, den er auf seinen Reisen entdeckte: Der Norden und Berlin; Der Westen und Hessen; Der Süden. Friedrichs Gliederung ist in nun schon elf Bänden erprobt und bewährt: Auf das geschichtliche, menschliche, kulturelle Bild folgt die für die Reisepraxis angelegte Aufteilung in Stern-Gebiete. Abseits der „Durchlaufadern“ und Hauptstraßen wird das Landläufige und Alltägliche vom wirklich Bedeutenden geschieden. Der Reisende wird immer dorthin geführt, wo er Überraschendes, Unerwartetes, Außerordentliches im Verborgenen finden kann.

„Texte zur Antike“ — Von Platon bis Heisenberg. Herder-Bücherei, Band 290. Herausgegeben von Otto Leggewie, Hubert Lenzen und Josef Rainer Zinken.

Ein vieltimmiges und glänzendes Plädoyer für die Unentbehrlichkeit der ständigen Begegnung mit den Sprachen, den gedanklichen Leistungen und der seeisch-geistigen Substanz der Antike veröffentlichten drei Philologen mit dem im Verlag Herder, Freiburg, erschienenen Taschenbuch „Texte zur Antike“ — Von Platon bis Heisenberg.

In den Zeugenstand für Sinn und Wert der humanistischen Bildung und das immer wieder notwendige Zurückkehren zu den Quellgründen und Wurzeln der europäischen Kultur treten fünfunddreißig berufene und überragende Sachverständige. Den meisten von ihnen sind die Probleme und Erfordernisse unserer technisierten Welt, der geistigen wie auch politischen Gegenwart vertraut; sie verstehen es darum, überzeugend sichtbar zu machen, wohin gerade heute der durch nichts zu ersetzende Wert einer gründlichen Beschäftigung mit der Antike in der Schule wie im allgemeinen Bildungswesen besteht.

Jeweils von mehreren Seiten beleuchten sie große Themen, wie „Die geistige Gegenwart der Antike“ — „Das Bild des Menschen“ — „Fortleben der Antike“ — „Sprache und Bildung“ — „Natur, Kunst und Kultur“ — „Antike und Naturwissenschaften“ — „Antike und Gymnasium“, und zwar so, daß das Gemeine und die Wahrheit der Dinge selbst sich plastisch herausheben und dem Leser überzeugend und gewinnend zugleich nahekommen.

Die Begegnung mit dem abendländischen „Abenteuer des Geistes“ (Carl Zuckmayer) gelingt in diesem Buche über Mittler, denen neben der Autorität ihres wissenschaftlichen Ranges, ihrer dichterischen Genialität, ihrer geistesgeschichtlichen Kennerschaft oder ihrer künstlerischen Intuition in jedem Falle auch die Kraft einer klaren und fesselnden Sprache gegeben ist. So eignet sich dieses Buch zu einem ersten Kennenlernen wie auch zu einem vertiefenden Studium der Antike: es ist ein wahres humanistisches Lesebuch, das zu geistigen Neuentdeckungen und zu innerer Bereicherung führt.

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### 9. Bayerische Internistentagung

vom 21. bis 23. November 1969 in München

Die 9. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. findet vom 21.—23. 11. 1969 in München unter Mitwirkung der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg, Direktor Prof. Dr. E. Wollheim, und der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg, Direktor Prof. Dr. H. Franke, statt.

#### Tagungsort:

Kleine Kongreßhalle des Ausstellungsparkes München 12, Theresienhöhe 13

**Mitgliederversammlung** der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayern e. V. am Freitag, 21. November 1969, um 19.15 Uhr, im Konferenzraum der kleinen Kongreßhalle des Ausstellungsparkes

Anschließend Begrüßungsabend im Hauptrestaurant des Ausstellungsparkes

**Samstag, 22. November 1969**

Vorsitz: Prof. Dr. E. Wollheim, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg

#### Tagesthema:

„Myokardinfarkt“

9.00—9.10 Uhr:

Eröffnung der Tagung durch den 1. Vorsitzenden der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, Dr. R. Schindlbeck

9.10—9.30 Uhr:

E. Wollheim  
Einleitung: „Hämodynamische Komplikationen nach Myokardinfarkt in ihrer Bedeutung für die Therapie und Letalität“

9.30—9.55 Uhr:

K. W. Schneider  
„Differentialdiagnose der ischämischen Koronarerkrankungen“

9.55—10.15 Uhr:

W. Gattenlöhner, R. Buck und L. Pippig  
„Rhythmusstörungen bei Myokardinfarkt und ihre Behandlung“

10.15—10.35 Uhr:

R. Buck, O. Erbersdobler, W. Gattenlöhner und L. Pippig  
„Blutgasveränderungen nach Myokardinfarkt und ihre Bedeutung für Prognose und Therapie“

10.35—11.05 Uhr:

Pause

11.05—11.20 Uhr:

H. Braun, R. Buck, W. Gattenlöhner und L. Pippig  
„Röntgenbeobachtungen nach Myokardinfarkt“

11.20—11.50 Uhr:

L. Pippig, R. Buck und W. Gattenlöhner  
„Differentialtherapie des Myokardinfarktes“

11.50—12.10 Uhr:

Diskussion  
„Die funktionelle Betrachtung der Nierenkrankheiten als Basis der Therapie“

15.00—15.20 Uhr:

E. Wollheim  
Einleitung

15.20—15.40 Uhr:

A. Heidiend  
„Funktionsdiagnostik“

# 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 geeichte Fieberthermometer.
5. Die Verwendung, so die Bereithaltung ungeeichter Meßgeräte bei der Heilkunde wird durch das neue Eichgesetz (Bundestag 9. 5. 1969) unterbunden.



## Thermophil M 101

### Anrechtschein

Wir legen Wert darauf, daß Sie das Thermophil 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

15.40—18.00 Uhr:

H. Braun, G. Becker und W. Schmitt  
„Röntgen- und Isotopendiagnostik“

16.00—18.15 Uhr:

H. Wernze  
„Die diagnostische Bedeutung von Reninbestimmungen“

18.15—16.45 Uhr:

Pause

16.45—17.15 Uhr:

K. Klütsch  
„Möglichkeiten und Grenzen der konservativen Therapie“

17.15—17.45 Uhr:

Rund-Tischgespräch über das Thema des Nachmittags  
Moderator: E. Wollheim  
Teilnehmer: H. Braun, A. Heidland, K. Klütsch,  
L. Pippig, H. Wernze und K. W. Schneider

17.45—18.00 Uhr:

Diskussion und Beantwortung von Fragen

Sonntag, 23. November 1969

Vorsitz: Prof. Dr. H. Franke, Direktor der Medizinischen  
Universitäts-Poliklinik Würzburg  
„Frühdiagnose“

8.45—8.55 Uhr:

H. Franke  
Tagesthema:  
„Frühdiagnose“

8.55—9.15 Uhr:

H. Franke und M. Meroid  
„Zur Frühdiagnose von Lymphknotenerkrankungen  
unter besonderer Berücksichtigung der Toxoplasmose“

9.15—9.35 Uhr:

W. Börner, E. Moil, P. Naumann, P. Panchio,  
E. Rauch  
„Frühdiagnostik von Schilddrüsenkrankheiten“

9.35—9.50 Uhr:

P. Polzien  
„Die Mitralklappenstenose, ihre Früherkennung und Verlaufsformen“

9.50—10.05 Uhr:

R. Juchems  
„Frühdiagnose und Therapie des hyperkinetischen  
Herzsyndroms“

10.05—10.20 Uhr:

W. Strik und H. Pusch  
„Enteritis regionalis, Klinik und Probleme der Frühdiagnose“

10.20—10.45 Uhr:

Pause

10.45—10.55 Uhr:

H. Haug  
„Klinisch-chemische Vorsorgeuntersuchungen mit dem  
Autoanalyser SMA 12“

10.55—11.10 Uhr:

E. Ruhi und G. Camphausen  
„Bedeutung von hämatologischen Befunden zur Früherkennung von Karzinomen“

11.10—11.30 Uhr:

F. Husmann und W. Groß  
„Neue Gesichtspunkte zur Behandlung der  
Hyperlipämie“

11.30—11.45 Uhr:

F. Longin  
„Neuere Ergebnisse der erweiterten röntgenologischen  
Magenuntersuchungen“

11.45—12.00 Uhr:

Diskussion

Der Tagung ist eine Ausstellung pharmazeutischer Präparate und medizinisch-technischer Geräte in Halle 3 des Ausstellungsparkes angeschlossen.

Auskunft und Anmeldung: Vereinigung der  
Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, Dr. med.  
R. Schindibeck, 8036 Herrsching vor München,  
Summerstraße 3, Telefon: (0 81 52) 2 00**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. Härsch, Traunstein:  
„Bedeutung der Prävention und Rehabilitation in der  
Allgemeinmedizin“Prof. Dr. M. Halhuber, Höhenried:  
„Rehabilitation des Herzinfarkt-kranken“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. Die math, Salzburg:  
„Neurochirurgische Beiträge zur Rehabilitation“Dr. W. Reichstein, München, und  
Dr. A. Leonhardt, Bad Trüßl:  
„Probleme der Weiter- und Nachbehandlung von  
Tumorkranken“Prof. Dr. Th. Helibrügge, 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“**KAMAVÉR**

Chloramphenicol

Fabrik pharm. Präparate  
Karl Engelhard - Frankfurt a. M.  
gegr. 1872zur preisgünstigen  
VerordnungsweiseSUPPOSITORIEN 100 mg  
250 mg  
DRAGEES 250 mg  
KAPSELN 250 mg  
mit Vitamin-B-Komplex  
neue KAPSELN 500 mg  
mit Vitamin-B-Komplex  
H-SALBE mit  
Corticosteroid

**NERVO-OPT**

**NERVO-OPT**

**NERVO-OPT®**

Varschreibungspflichtig!

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 Dragea (Saft)

NERVO · OPT - Salt

NERVO · OPT - Dragees

OP zu 200 com

OP zu 50 Dragees

**beruhigt  
die Nerven  
und bringt  
erquickenden  
Schlaf**

**DR. BRAUN & HERBERG · BAD SCHWARTAU**



## II. Sozialmedizinischer Kurs

Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer vom 3. bis 28. November 1969 — Ort: 8000 München 23, Pfarrstraße 3, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin

### Montag, 3. November 1969

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. J. Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, München

#### Begrüßung und Einleitung

10.00—10.45 Uhr

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Schaefer, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg

#### „Die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Sozialmedizin“

14.00 Uhr:

#### Film:

- „Der unbekannte Kontinent“
- „Hypoxie und Leistung“
- „Das Antlitz der Depression“
- „Symptom Husten“
- „Früherkennung des weiblichen Genitalkarzinoms“

### Dienstag, 4. November 1969

9.00—9.45 Uhr:

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

#### „Die Begutachtung von Erkrankungen der peripheren Gefäße“

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Valentin, Erlangen

#### „Die Begutachtung von Kreislaufkrankungen“

11.00—11.45 Uhr:

Landes-Medizinaldirektor Dr. H. Silomon, Osnabrück

#### „Medizinische und soziale Folgen nichtindizierter Therapie funktionell gestörter Kranker“

14.15 Uhr: Abfahrt

Bayerische Landesschule für Gehörlose München 55, Fürstenrieder Straße 155

Einführungsreferat:

Direktor L. Hacker

### Mittwoch, 5. November 1969

8.00 Uhr: Abfahrt

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern, Bernried

#### Einführungsreferat:

Chefarzt Medizinaldirektor Prof. Dr. M. Halhuber

13.00 Uhr: Weiterfahrt

Kuranstalt Ohlstadt — Internistische Rehabilitation — der LVA Unterfranken, Ohlstadt

#### Einführungsreferat:

Chefarzt Medizinaldirektor Dr. P. Beckmann

### Donnerstag, 6. November 1969

9.00—9.45 Uhr:

Regierungsmedizinaldirektor Dr. R. Hielscher, Versorgungsamt München I, München

#### „Der ärztliche Sachverständige“

10.00—10.45 Uhr:

Privatdozent Dr. W. Trummert, München

#### „Das ärztliche Attest“

11.00—11.45 Uhr:

Direktor W. Wittmann, Stadtjugendamt, München

#### „Lebenslauf und Dissozialität“

14.00—16.00 Uhr: Kolloquium

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde Oberregierungsmedizinalrat Dr. G. Bühlmeyer, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München

### Freitag, 7. November 1969

9.00—9.45 Uhr:

Ministerialrat Dr. F. Stegmann, Bayerisches Staatsministerium des Innern, München

#### „Krankenansplanung in Bayern“

10.00—10.45 Uhr

11.00—11.45 Uhr:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. F. Kensy, Landesversorgungsamt Bayern, München

#### „Die Neurosen in der Begutachtung“

### Montag, 10. November 1969

9.00—9.45 Uhr:

Direktor a.D. K. Seelmann, München

#### „Vorbeugende Maßnahmen an einem modernen Jugendamt“



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

10.00—10.45 Uhr:

S. Schnaitter, 1. Sachbearbeiter für die berufliche Rehabilitation beim Arbeitsamt München

„Praktische Erfahrungen bei der Einleitung der beruflichen Rehabilitation“

11.00—11.45 Uhr:

Dr. J. Pechstein, Forschungsstelle für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München

„Probleme der sozialen Pädiatrie“

14.00 Uhr:

Sitzung des Sozialgerichts München 1, Ludwigstraße 15

**Dienstag, 11. November 1969**

8.30 Uhr: Abfahrt

Glaswerke Neuburg KG, Neuburg a. d. Donau  
Übernachtung in Neuburg a. d. Donau

**Mittwoch, 12. November 1969**

8.00 Uhr: Abfahrt

Nervenkrankenhauses des Bezirks Schwaben in Günzburg  
Einführungsreferate:

Obermedizinaldirektor Dr. Dr. H. E. Schulz

Obermedizinalrat Dr. W. Nusser

gegen 15.30 Uhr: Rückfahrt nach München

**Donnerstag, 13. November 1969**

9.00—9.45 Uhr

Dr. Dr. H. Kuhlmann, Oberarzt der III. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, München

„Die Begutachtung von Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels“

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. K. G. Specht, Seminar für Soziologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg

„Soziologie in der Gerontologie“

11.00—11.45 Uhr:

Dr. H. Kaiser, Chefarzt der II. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Augsburg

„Soziale und medizinische Probleme des Alterns“

14.00—16.00 Uhr: Kolloquium

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde (Unfallversicherung)

Dr. J. Probst, Chefarzt des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Murnau

**Freitag, 14. November 1969**

9.00—9.45 Uhr:

Obermedizinalrat Dr. H. Kramm, Vertrauensärztliche Dienststelle der LVA Oberbayern, München

„Der Trinker in unserer Sozialordnung“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. jur. R. Asanger, Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften, München

„Die Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung mit besonderer Berücksichtigung der Heilbehandlung“

11.00—11.45 Uhr:

Ministerialrat Dr. E. Goetz, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn

„Absentismus und Krankenstand“

**Montag, 17. November 1969**

9.00—9.45 Uhr:

Privatdozent Dr. H. Mathies, Leiter der Rheumatikerambulanz der Medizinischen Poliklinik der Universität München

„Begriffsentwicklung und Klassifizierung der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. med. Dipl.-Psych. K. J. Heinhold, Chefarzt der Heckscher Nervenambulanz für Kinder und Jugendliche, München

„Wert der Psychotherapie in der Krankenversicherung“

11.00—11.45 Uhr:

Dipl.-Psych. J. H. Ellgring, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

„Probleme der Sozialpsychologie“

14.00 Uhr: Abfahrt

Städtisches Waisenhaus München, Waisenhausstraße 20  
Einführungsreferat: Direktor H. Bahr

**Dienstag, 18. November 1969**

9.00—9.45 Uhr:

Obermedizinalrat Dr. H. Kramm, München

„Das Krankenhaus im Spannungsfeld von Kostenträger und öffentlicher Hand“

10.00—10.45 Uhr:

Ministerialrat Dr. K. Schmitt, Bayerisches Staatsministerium des Innern, München

„Aktuelle Fragen des Sozialhilferechts“

Für  
Ihre  
Magen-Patienten

**ULCOLIND®**

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



Lindopharm KG Hilden Rhld



schirmt übersteigerte vegetative Reize ab  
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-  
trakt und hemmt übermäßige  
Sekretion  
Dilsoprominhydrochlorid

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

bedeutet gleich-  
zeitige Leberschutztherapie  
Chollin orotat

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. jur. A. Mergen, Professor der Kriminologie der Juristischen Fakultät der Universität Mainz

„Krankheit und Kriminalität“

14.00 Uhr:

Film:

„Vom Schicksal benachteiligt“  
 „Die Logopädin — Werdegang und Berufsbild“  
 „Alkoholismus“  
 „Zerebrale Bewegungsstörungen“  
 „Die Welt des Schizophrenen“  
 „Die Altersosteoporose“  
 „Die Hämophilie“

**Mittwoch, 19. November 1969**

Keine Veranstaltung — Buß- und Betttag

**Donnerstag, 20. November 1969**

9.00—9.45 Uhr:

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

„Kaffee, Tee, Alkohol“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. W. Reichstein, Geschäftsführender Arzt der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern

„Probleme der Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken“

11.00—11.45 Uhr:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. E. Hoffmann, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München

„Lärm als schädigender Umweltfaktor“

14.00—16.00 Uhr: Kolloquium

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde  
 Oberregierungsmedizinalrat Dr. E. Hoffmann, München

**Freitag, 21. November 1969**

9.00—9.45 Uhr:

Privatdozentin Dr. U. Lehr, Psychologisches Institut der Universität Bonn

„Psychologische Aspekte der Pensionierung“

10.00—10.45 Uhr

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. K. Decker, Nervenlinik der Universität München

Privatdozent Dr. K. Giuliani, Chefarzt der Hofrat Friedrich Hessingschen Orthopädischen Heilanstalt Göggingen bei Augsburg

„Die medizinische Rehabilitation bei zentralen und peripheren Lähmungen“

**Montag, 24. November 1969**

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Dietrich, Oberarzt der Universitätsnervenlinik München

„Der Querulant“

10.00—10.45 Uhr:

Medizinaldirektor Dr. H. Winckelmann, Sozialärztlicher Dienst der LVA Oberbayern, München

„Der Krebs in der Begutachtung“

11.00—11.45 Uhr:

Direktor H. E. Liebing, Verband der Deutschen Rentenversicherungsträger, Frankfurt am Main

„Rehabilitation im System unserer sozialen Sicherung“

14.00 Uhr: Abfahrt

Vertrauensärztliche Dienststelle der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München, Malstraße 43

Einführungsreferat:

Medizinaldirektor Dr. H. Detzel

**Dienstag, 25. November 1969**

9.00—9.45 Uhr:

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

„Dermatosen, Allergosen, Atypien und toxisch wirkende Noxen bei der Bevölkerung“

10.00—10.45 Uhr:

Oberfeldarzt Dr. R. Bestelmeyer, Institut für Wehrmedizinalstatistik und Berichtswesen, Remagen

„Sozialmedizinisch interessante Ergebnisse von Musterungsuntersuchungen“

11.00—11.45 Uhr:

Medizinaldirektor Dr. H. Birkner, Chefarzt der 2. Chirurgischen Klinik der Krankenanstalten der Stadt Nürnberg

„Die Schenkelhalsfraktur des alten Menschen und ihre Folgen aus klinischer und sozialer Sicht“

14.00 Uhr:

Film:

„Das Gesicht der Psychose und sein Wandel durch die Therapie“

„Die Passion des Vincent van Gogh“

„Computer-Diagnostik in der ärztlichen Praxis“

„Rehabilitation — ein neuer Weg“

**Mittwoch, 26. November 1969**

8.00 Uhr: Abfahrt

Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Murnau

Einführungsreferat: Chefarzt Dr. J. Probst

15.00 Uhr: Ankunft

Rheuma-Kinderklinik der Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission, Garmisch-Partenkirchen

Einführungsreferat:

Chefärztin Prof. Dr. E. Stoeber

**Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes**

DIE VEREINIGTE KRANKEN-  
VERSICHERUNG IST  
VERTRAGSGESELLSCHAFT DER

Bayerischen Landesärztekammer

Ärztekammer Bremen

Ärztekammer Hamburg

Landesärztekammer Hessen

Ärztekammer Niedersachsen

Ärztekammer des Saarlandes

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz:

Bezirksvereinigungen

Koblenz-Montabaur, Pfalz, Trier

Bezirksärztekammer Nordbaden

Bezirksärztekammer

Nordwürttemberg

Bezirksärztekammer Südbaden

Bezirksärztekammer

Südwestfalen-Lippe

Ärztekammer und

Kassenärztlichen Vereinigung

Schleswig-Holstein

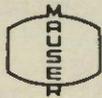
Der Gruppenversicherungsvertrag Ihrer  
Ärztekammer mit der Vereinigten und  
ihrer Tochterges. Salus - ein Vertrag zu  
Ihrem Nutzen: Beitrag bis zu 25 %  
niedriger als in der Einzelversicherung.  
Versicherungsleistungen auch bei Kur-  
aufenthalt, Erkrankungen im Ausland,  
Berufs- und Sportunfällen. Für jedes  
Kalenderjahr, in dem kein Tagegeld be-  
ansprucht wird, erfolgt eine beachtliche  
Beitragsrückerstattung. Der Vertrag um-  
faßt: Krankentagegeld, abgestimmt auf  
den individuellen Bedarf des niederge-  
lassenen und des angestellten Arztes.  
Krankenhaustagegeld. Krankenhaus-  
kostenersatz für die Fami-  
lienangehörigen des Arztes.  
Vereinigte Krankenversicherung A.G.  
8000 München 23 · Leopoldstraße 24



## 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

## NEO-GALLONORM®

Zur gezielten Daueranwendung bei Leber-Galle-Pankreas-Erkrankungen. Optimale Kombination von Pflanzengrundstoffen mit Wirkstoffen aus der Organtherapie unter Zusatz von Vitamin B, C und E.

Angenehme Dragéefarm.

Schützt die Leber, fördert die Gallebildung, löst Spasmen, behebt Schmerzen, normalisiert die Verhältnisse innerhalb der Funktionseinheit Leber-Galle-Pankreas und stellt dadurch das Wohlbefinden des Patienten wieder her.

### Zusammensetzung:

Extr. Agrim., Card. mar., Chelidon., Curcum., Frong., Menth., Taraxac., Bellodonna D 4, Hep. sicc., Fel Tauri, Pankr. conc., Vitamin B, C, E.

### Handelsfarm und Preis:

OP 50 Drag. DM 4,75 lt. AT. m. U.  
Kurpackg. 150 Drag. DM 12,75 lt. AT. m. U.



**MAUERMANN-ARZNEIMITTEL  
PÖCKING-STARNBERGER SEE**

# AMBERG

einst Hauptstadt des bayer. Nordgaues und der Oberen Pfalz bis 1810. (373 m, 42 000 Einw.) Zwischen Fränkischem Jura und Bayerischem Wald gelegen. Guterhaltene Stadtbefestigung mit Graben, Türmen und vier Toren. Gotisches Rathaus (1421), herzogliches und kurfürstliches Schloß; spätgotische Hallenkirche St. Martin; barocke St.-Georgs-Kirche und Wallfahrtskirche Mariahilfberg, Rokoko-Schmuckkästchen, Schulkirche. Heimatmuseum mit dem berühmten Amberger Liedertisch im alten Pfalzgrafenschloß. Einmalige Anlagen und Parkwege um die ganze Stadt. Modernes Hallenbad, großes Freibad, Tennisplätze, Kunsteisstadion, Minigolfplatz.

500 Betten in Hotels und Gasthöfen.

**Auskunft: Städtisches Verkehrsamt — Hallplatz 2, Tel. 0 96 21 / 23 22**

**Donnerstag, 27. November 1969**

9.00—9.45 Uhr:

Direktor a. D. Dr. A. Mehringer,  
Pullach bei München

„Probleme der Heimerziehung für familienlose Kinder“

10.00—10.45 Uhr:

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

„Grundbegriffe der Arbeitsmedizin“

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. M. Schär, Leiter des Instituts für Sozial-  
und Präventivmedizin der Universität Zürich

„Gesundheitserziehung als Prävention“

14.00—16.00 Uhr: **Kolloquium**

Praktische Beispiele zur Begutachtungskunde  
(Kriegsopferversorgung)  
Oberregierungsmedizinalrat Dr. E. Lander,  
Versorgungsamt München I, München

**Freitag, 28. November 1969**

9.00—9.45 Uhr:

Präsident A. Frei, Sozialgericht Regensburg

„Juristische Grundbegriffe aus der Sozialversicherung“

10.00—10.45 Uhr:

Dr. K. Biener, Oberassistent am Institut für Sozial-  
und Präventivmedizin der Universität Zürich

„Anamnese und Morbiditätsstatistik“

11.00—11.45 Uhr:

Dr. K. Biener, Zürich

„Epidemiologie der Sportunfälle“

Kursleitung: ORMR Dr. G. Bühlmeyer  
RMR Dr. W. Brenner

Kursgebühr wird nicht erhoben.

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

Für die Besichtigungen können in der Regel nur Teilnehmer am Gesamtprogramm zugelassen werden. Bei den Veranstaltungen wird eine Haftung der besichtigten Einrichtungen oder der Bayerischen Akademie für

Arbeitsmedizin und soziale Medizin ausdrücklich ausgeschlossen.

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

Auskunft durch die BAYERISCHE AKADEMIE FÜR ARBEITSMEDIZIN UND SOZIALE MEDIZIN 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 2 18 41

### 87. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 1. bis 4. April 1970 in München

Für jeden Sitzungstag ist ein **Tagesthema** vorgesehen. Dieses wird **vormittags** in den **Hauptsitzungen** (Konferenzsaal) von 9.00 bis 12.30 Uhr anhand von Beispielen aus der operativen und klinischen Chirurgie in Hauptvorträgen erörtert. Am Schluß der Hauptsitzungen werden von den Referenten entweder „**Leitlinien**“ für Klinik und Praxis vorgeschlagen oder in einem Rundgespräch diskutiert.

**Das gleiche Tagesthema wird nachmittags in Sondersitzungen der Spezialgebiete behandelt**

**Mittwoch, 1. April 1970**

„**Forsschritte in der Diagnostik chirurgischer Krankheitsbilder**“

in bezug auf

- anatomische und funktionelle Differentialdiagnosen
- topographische Besonderheiten des Operationsplanes
- Beurteilung spezieller Fragen der Operabilität

**Donnerstag, 2. April 1970**

„**Mögliche und vermeidbare Fehler bei chirurgischen Indikationen**“

- Chirurgische Behandlung des Uterus venriculi et duodeni
- Gutartige und bösartige Mamma-Tumoren
- Intra- und extrahepatischer Verschlußikterus

**Freitag, 3. April 1970**

„**Der Noteingriff in der Chirurgie**“

- Besonderheiten des Operationsplanes
- Einflüsse begleitender Organerkrankungen und Stoffwechselstörungen auf die Indikation, die intra- und postoperative Therapie
- Entscheidungen bei Zufallsbefunden (z. B. bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten, Anomalien usw.)

**Sonnabend, 4. April 1970**

„**Gewebe-Transplantation und Gewebe-Ersatz**“

Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1000 Berlin 15, Kurfürstendamm 179

**Sanhelios**

Pharmoz. Fabriken · 1 Berlin 62 · Ruf 711588

# PREDNISON und PREDNISOLON 'Sanhelios' 5 mg

## Zusammensetzung

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

## Indikation

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

Preise gem. A. T. m. U.

# 20 Tabletten nur DM 5,25

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

## 20. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg der Bayerischen Landesärztekammer

vom 5. bis 7. Dezember 1969

Ort: Nürnberg, Meistersingerhalle — Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. R. Schubert, Nürnberg

Freitag, 5. Dezember 1969

### Tagesthema:

#### „Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen“

9.00—9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. K. Betke, Direktor der Kinderklinik der Universität München

„Fehlgeleitete Therapie durch diagnostische Irrtümer bei Kindern“

10.20—10.50 Uhr:

Prof. Dr. G. Stark, Direktor der Frauenklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Fehldiagnosen in der Geburtshilfe und Gynäkologie mit ihren Konsequenzen“

10.50—11.20 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.20—11.50 Uhr:

Prof. Dr. W. Thiele, Psychiatrisches Landeskrankenhaus Weinsberg

„Vegetative Dystonie‘ — eine Quelle diagnostischer Irrtümer“

11.50—12.20 Uhr:

Prof. Dr. F. W. Bronisch, Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Fehldiagnosen aus neurologischer Sicht“

Mittagspause — Restaurant im Hause

### Filmvorführung

14.10—14.30 Uhr:

„Hypoxie und Leistung“  
(Gödecke Aktiengesellschaft, Berlin)

14.30—14.50 Uhr:

„Frühdiagnose des Kollumkarzinoms“  
(Farbenfabriken Bayer, Leverkusen)

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. A. Sigel, Leiter der Abteilung für Urologie bei der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg

„Urologische Fehldiagnosen in Klinik und Praxis“

15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. B. Steinmann, Chefarzt der Medizinischen Abteilung C. L. Lory-Haus des Inselspitals Bern

„Zunahme der Fehldiagnosen in der Geriatrie“

16.00—16.30 Uhr:

Prof. Dr. E. Müller, Direktor der Hals-Nasen-Ohren-Universitätsklinik Kiel

„Fehldiagnosen aus dem Hals-Nasen-Ohren-Bereich“

16.30—17.00 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

17.00—17.30 Uhr:

Dr. A. Jakob, Direktor des zentralen Strahleninstituts der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Vermeidbare und nicht vermeidbare Fehldiagnosen in der Radiologie“

17.30—18.00 Uhr:

Prof. Dr. S. Witte, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Diakonissenkrankenhauses Karlsruhe

„Fehldiagnosen in der Hämatologie“

18.00 Uhr:

Diskussion

Samstag, 6. Dezember 1969

### Tagesthema:

#### „Heutiger Stand der Therapie der Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege“

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. J. Frey, Direktor der II. Medizinischen Universitätsklinik Frankfurt

„Therapie der akuten und chronischen Nephritis“

10.10—10.50 Uhr:

Prof. Dr. W. Marget, Leiter der Abteilung für antimikrobielle Therapie der Universitäts-Kinderklinik München

„Diagnostik und Behandlung der Pyelonephritis im Kindesalter“

10.50—11.20 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.20—11.50 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Schoeppe, Klinischer Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Frankfurt

„Therapie der Pyelonephritis“

11.50—12.30 Uhr:

Prof. Dr. U. Gessler, Direktor der 4. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Möglichkeiten und Grenzen der künstlichen Niere“

Mittagspause — Restaurant im Hause

### Filmvorführung

14.25—14.50 Uhr:

„Die Epilepsie — Klinische und soziale Aspekte“  
(J. R. Geigy A. G., Basel)

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Staehler, Leiter der Urologischen Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Tübingen

„Therapie der Tumoren der Harnorgane“

15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. R. Wildbolz, Direktor der Urologischen Universitätsklinik Bern

„Therapie der Nierentuberkulose“

16.00—16.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Brosig, Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin, Klinikum Steglitz

„Bisherige Erfolge mit der Nierentransplantation“

16.30—17.00 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

17.00—17.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Vahlensieck, Leiter der Urologischen Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn

„Nephrolithiasis und Litholyse“

17.30—18.00 Uhr:

Prof. Dr. K. Schreier, Direktor der Kinderklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Angeborene Anomalien der Niere und ihre therapeutische Beeinflussbarkeit“

18.00—18.20 Uhr:

Dr. E. Ell, Oberarzt der 2. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Harnwegsinfektion in der Geriatrie“

18.20 Uhr:

Diskussion

für offene  
und stumpfe Traumen  
Hämatome Prellungen  
Distorsionen

# Traumeel<sup>®</sup>-Salbe

zur Therapie posttraumatischer  
und postoperativer  
Weichteilschwellungen



**-Heel**

Biologische Heilmittel Heel GmbH Baden-Baden

## Sehr geehrter Herr Dr. X!

Wir wissen aus unserer täglichen Beratungspraxis sehr genau, daß gerade Sie als Arzt durch Ihre berufliche Beanspruchung leicht dazu neigen, die Lösung persönlicher Probleme zu verschieben. Zum Beispiel auch gründliche Überlegungen zu der Frage, wie Sie für den Fall Ihres vorzeitigen Ablebens Ihre Gattin und Ihre Kinder zweckmäßig und zuverlässig sichern können.

Gewiß, Sie sind Mitglied der Bayerischen Ärzteversorgung, aber Sie wissen vermutlich auch, daß Ihrer Familie dadurch zunächst nur eine Grundversorgung geboten werden kann. Würde es Sie nicht doch einmal interessieren, wie sich daraus durch sinnvolle Kombination mit speziellen Formen der Lebensversicherung unter Berücksichtigung Ihrer ganz persönlichen Situation

## ein Versorgungsplan „nach Maß“

entwickeln läßt, der Ihrer Familie im Falle Ihres Todes – oder Ihnen selbst im Alter – zumindest annähernd den gewohnten Lebensstandard sichert?

Ein solcher individueller Versorgungsvorschlag läßt sich verständlicherweise auch von einem erfahrenen Fachmann erst nach einem persönlichen Gespräch mit Ihnen ausarbeiten. Ein solches Informationsgespräch ist für Sie

unverbindlich und Sie sollten sich wirklich einmal die Zeit dafür nehmen.

Heute brauchen Sie nur eins zu tun: Senden Sie uns diese Anzeige ein, nachdem Sie darauf Namen, Anschrift und Telefonnummer vermerkt haben. Ein Fachmann für Versorgungsprobleme wird dann mit Ihnen eine Terminvereinbarung treffen.

Mit verbindlicher Empfehlung

# WITWEN-UND WAISEN-KASSE

DES REICHS- UND STAATSDIENSTPERSONALS · ALLGEMEINE LEBENSVERSICHERUNGSANSTALT a. G. IN MÜNCHEN

Hauptverwaltung: 8 München 2, Marsstraße 36-40, Telefon SS 84 91

14 Bezirksdirektionen in den größeren Städten Bayerns

Sonntag, 7. Dezember 1969

**Tagesthema:****„Ärztliche Beratung in der modernen Touristik“**

9.30—10.00 Uhr:

Prof. Dr. H. H a b s, Direktor des Hygiene-Instituts der Universität Bonn

**„Notwendige Schutzimpfungen“**

10.00—10.30 Uhr:

Prof. Dr. R. S c h u b e r t, Direktor der 2. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

**„Ärztliche Erfahrungen bei Fernreisen“**

10.30—11.00 Uhr:

Prof. Dr. H. J. D e n g l e r, Direktor an den Medizinischen Kliniken und Polikliniken der Universität Gießen

**„Gefährdung durch Infektionskrankheiten im Urlaub“**

11.00—11.30 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.30—12.00 Uhr:

Prof. Dr. H. J. K n ü t t g e n, Direktor des Tropenmedizinischen Instituts der Universität Tübingen

**„Tropentauglichkeit für Urlauber“**

12.00—12.30 Uhr:

Prof. Dr. H. W. K i r c h h o f f, Oberarzt, Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe Fürstenfeldbruck

**„Verträglichkeit von Flugreisen in verschiedenen Altersklassen“**

12.30 Uhr:

Diskussion

**Das Programm wird allen Ärzten in der Bundesrepublik zugesandt werden.****5. Tagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft am 8./9. Mai 1970 in Bonn**

Die 5. Tagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft findet unter der Leitung von Professor Dr. H. H u n g e r l a n d am 8./9. Mai 1970 in Bonn statt.

Anmeldung von Vorträgen aus allen Gebieten der Diabetologie bis **31. Dezember 1969** und **Auskunft:** Prof. Dr. H. H u n g e r l a n d, 5300 Bonn, Universitäts-Kinderklinik, Adenauerallee 119.**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:

**2 Sonderreisen in die USA anlässlich des X. Internationalen Krebs-Kongresses in Houston vom 24. bis 29. Mai 1970**

In Zusammenarbeit mit amerikanischen Fachleuten wurde ein interessantes Studienreiseprogramm konzipiert, das einen Überblick über Krebsforschung und -therapie in den USA vermittelt sowie eine individuelle Flugreise, die die Möglichkeit bietet, auf der Basis ermäßigter Flugtarife den Aufenthalt in den USA entsprechend den persönlichen Wünschen zu gestalten.

**Programm I (Kongreß/Fortbildungsreise) vom 17. Mai bis 2. Juni 1970**

Reiseroute: Frankfurt — Boston — New York — Washington — Houston — Miami — Frankfurt

Der Tourpreis pro Person beträgt: DM 3484.—  
Einzelzimmerzuschlag DM 410.—

Der Tourpreis beinhaltet folgende Leistungen:

Flug in der Economy-Klasse gemäß Programm mit Liniemaschinen auf der Basis des Gruppenpauschalreisentarifs; Unterkunft in Doppelzimmern mit Bad oder Dusche und WC (Einzelzimmer mit Preisauflschlag).

Auf dem Besichtigungsprogramm stehen einige führende Kliniken und Institute; Demonstrationen und Diskussionen bieten Gelegenheit, sich mit der amerikanischen Praxis auseinanderzusetzen und Erfahrungen auszutauschen. Die 15tägige Gruppenreise wird von einem qualifizierten Reiseleiter begleitet.

**Programm II (Individuelle Flugreise) vom 21. Mai bis 5. Juni 1970**

Reiseroute: gewünschter deutscher Flughafen — Frankfurt — Houston — New York — weiterer Reiseplan nach Wunsch — Frankfurt.

Der Tourpreis pro Person beträgt:

ab Frankfurt, Stuttgart, Düsseldorf, Köln, Hannover, Hamburg DM 2104.—  
München, Nürnberg DM 2124.—  
Berlin DM 2168.—  
Einzelzimmerzuschlag DM 216.—

Der Tourpreis beinhaltet folgende Leistungen:

Flug in der Economy-Klasse vom gewünschten deutschen Flughafen nach Houston und zurück auf der Basis des Flugpauschalreisentarifs und des Sondertarifs

KREWEL-WERKE · Elberf b. Köln

Krewel

**Aspecton**®

**Kontakt-Expectorans**

**Hustentropfen**

mit reizkupierender Schleimhaut-Tiefenwirkung und  
**Sofort-Hustenstilleffekt**

DUSA 50 entsprechend den im Programm angegebenen Bedingungen; Unterbringung in Houston vom 21. bis 30. 5. in Doppelzimmern mit Bad und WC. Einzelzimmer mit Zuschlag; Stadtrundfahrt in Houston.

Das Grundprogramm der 14tägigen Reise enthält lediglich den Aufenthalt in Houston für die Dauer der Tagung; in der zweiten Woche können nach eigenem Ermessen Kollegen und Institute besucht werden. Im Rahmen der Gültigkeit des Flugscheins ist auch eine Verlängerung der Reise bis zu drei Wochen möglich. Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

### Im Jahre 1970 sind folgende Studienreisen geplant:

1. Studienreise zum I. Internationalen Kongreß für Gruppenmedizin nach Winnipeg (USA) vom 20. April bis 6. Mai 1970
2. USA-Studienreise vom 24. bis 29. Mai 1970 zum X. Internationalen Krebs-Kongreß in Houston
3. Studienreise nach Ostasien vom 3. bis 21. März 1970 zum Studium der Tropenkrankheiten
4. Reise in die UdSSR zum Studium des öffentlichen Gesundheitsdienstes im April 1970 für ca. 14 Tage.
5. Studienreise für HNO-Ärzte in die UdSSR im April 1970 für ca. 14 Tage
6. Studienreise in die UdSSR für Chirurgen im April 1970 für ca. 14 Tage.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 33 20 21.

Anmeldungen: Deutsches Reisebüro (DER), Abteilung „Ärztliche Kongreßreisen“, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25—27

### 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.

#### Oktober 1969:

- 15.—18. 10. in Essen: Congressus Internationalis Angiologiae in memoriam Ratschow. Auskunft: Dr. D. Grobe, 4300 Essen, Hufelandstraße 55.
- 15.—18. 10. in Prag: XII. Morphologischer Kongreß mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Prag 2.
- 18.—19. 10. in Baden bei Wien: 19. Jahrestagung der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung. Auskunft: Sekretariat, 6000 Frankfurt 14, Hallgartenstraße 73.
- 17.—19. 10. in Bad Mergentheim: Lebertagung der Sozialmediziner. Auskunft: Dr. L. Wannagat, Stoffwechselklinik, 6880 Bad Mergentheim.
- 17.—19. 10. in Bad Nauheim: EKG-Kurs Teil II (Ärztliche Fortbildung der LÄK Hessen). Auskunft: „EKG-Kurse“, Klinik Grand Hotel, 6350 Bad Nauheim, Ernst-Ludwig-Ring 2.
- 18.—18. 10. in Baden-Baden: Unfallmedizinische Arbeitstagung. Auskunft: Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 6900 Heidelberg, Galsbergstraße 7.
- 16.—18. 10. in Hamm: Röntgenfunktionsdiagnostik-Knrs. Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostentallee 83.
- 20.—25. 10. in Wien: 23. Österreichischer Ärztekongreß „Vanswieten-Tagung“. Auskunft: Österreichische Ärztekammer, A-1010 Wien, Welhburggasse 10—12.
- 22.—23. 10. in Nürnberg: Wissenschaftlich-praktische Fachkonferenz zur Erforschung der Suchtgefahren (Thema: „Frauenalkoholismus in der Bundesrepublik Deutschland“). Auskunft: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahr, 4700 Hamm, Postfach 109.
- 23.—25. 10. in Baden-Baden: XIII. Baden-Badener Herbsttagung für Balneologie und Physikalische Therapie. Auskunft: Badeärztlicher Verein Baden-Baden, 7570 Baden-Baden, Sofienstraße 35.
- 23.—26. 10. in Stuttgart: 6. Fortbildungskongreß für Praktische Medizin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg. Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, 7000 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.
- 24.—25. 10. in Stuttgart: 4. Fortbildungskurs in urologischer Endoskopie. Auskunft: Dr. H. J. Reuter, 7000 Stuttgart-S, Humboldtstraße 16.
- 24.—26. 10. in Bad Salzungen: Fortbildungslehrgang „Vor- und nachklinische Tumorthherapie“. Auskunft: Dr. W. H. Kahlert, 4902 Bad Salzungen, Bergstraße 88.
- 25.—26. 10. in Bad Reichenhall: Wochenendtagung der „Ärztlichen Fortbildung im Obemgau“. Auskunft: Dr. H. Matusczyk, 8210 Prien am Chiemsee, Kurhotel „Kronprinz“.
- 25.—26. 10. in Hennef: Sportärzte-Fortbildungslehrgang des Sportärztebundes Nordrhein. Auskunft: Dr. D. Schnell, 5224 Ruppichteroth, Otto-Willach-Straße 2.
- 25.—26. 10. in München: Kurs für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke (Fuß/Knie). Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostentallee 83.
27. 10. in Berlin: Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang (Stoffplan I). Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 63.



# Epsilon-Tachostyptan®

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

HORMON-CHEMIE MÜNCHEN

Seit über 3 Jahrzehnten  
in Praxis und Klinik  
für alle Indikationen  
der parenteralen  
Calciumtherapie

voll und sofort  
wirksam  
ausgezeichnet  
verträglich  
wirtschaftliche  
Verordnung

# CALCIUM THILO

5 Ampullen 10% 10 ml 3,50 DM  
5 Ampullen 20% 10 ml 4,15 DM

Bitte hier ausschneiden

Senden Sie bitte zur  
Erprobung Muster von  
**CALCIUM THILO**  
Amp. 10% und/oder 20%

**Thilo**

DR. THILO + CO KG.  
46 DORTMUND, POSTFACH 790

- 30.—31. 10. in Berlin: 7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. W. Bachmann, Strahleninstitut und Strahlenklinik der Freien Universität, 1000 Berlin 19, Spandauer Damm 130.
30. 10. —2. 11. in Baden-Baden: Einführungskurs in die ärztlich gezielte manuelle Therapie der Wirbelsäule (Chirotherapie). Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostenallee 83.
30. 10. —2. 11. in Baden-Baden: Tagung der Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungs-Heilkunde. Auskunft: Dr. E. Flacher, 6900 Heidelberg, Blumentalstraße 38.
30. 10. —2. 11. in Halle: Jahresversammlung der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina. Auskunft: Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, X-40 Halle.
30. 10. —2. 11. in München: Kurs über gezielte Krankengymnastik bei Wirbelsäulen- und Extremitäten-Erkrankungen. Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostenallee 83.

#### November 1969:

- 1.—2. 11. in Essen: 2. wissenschaftliche und praktische Arbeitstagung der Gesellschaft für manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder. Auskunft: Dr. J. Asdonk, 4300 Essen, Rüttenschelder Straße 82.
- 3.—7. 11. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 3.—8. 11. in Wien: Weltkongress für Kybernetik. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für Ärztliche Fortbildung, A-1090 Wien, Alser Straße 4.
- 3.—21. 11. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (Einführungs-, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 3.—28. 11. in München: 2. Sozialmedizinischer Kurs. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.
7. 11. in Bad Nauheim: EKG-Seminar (ärztliche Fortbildung der LÄK Hessen). Auskunft: „EKG-Kurse“, Klinik Grand Hotel, 6350 Bad Nauheim, Ernst-Ludwig-Ring 2.
- 7.—8. 11. in Bad Ems: 7. Fortbildungs-Wochenendtagung (Themen: „Geriatric, Chirurgische Notfallsituationen“). Auskunft: Prof. Dr. K. Ph. Bopp, Direktor der Staatlichen Kurklinik, 5427 Bad Ems.
- 7.—8. 11. in Frankfurt: 6. Arbeitstagung der Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung. Auskunft: Dr. H. Erdmann, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus, 6000 Frankfurt, Friedberger Landstraße 430.
- 7.—8. 11. in München: Einführungskurs in die Phonokardiographie. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85.
- 7.—9. 11. in Berlin: Jahresbauptversammlung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. Auskunft: Chefarzt Dr. P. Zadek, 1000 Berlin 44, Anästhesieabteilung des Städtischen Krankenhauses.
- 7.—9. 11. in Erlangen: Seminar über moderne internistische Untersuchungsmethoden in der Sportmedizin. Auskunft: Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29.
- 7.—9. 11. in Gießen: XIV. Fortbildungskurs in klinischer Radiologie. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchheimstraße 10.
8. 11. in Wien: IX. Wissenschaftliche Sitzung der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft für Angiologie. Auskunft: Doz. Dr. R. Santler, A-1095 Wien, Alserstraße 4.

- 8.—9. 11. In **Düsseldorf**: Jahrestagung der Deutschen Sektion der internationalen Liga gegen Epilepsie. Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Sektion der internationalen Liga gegen Epilepsie, 6900 Heidelberg 1, Beethovenstraße 5.
9. 11. **Bad Nauheim**: EKG-Seminar (ärztliche Fortbildung der LÄK Hessen). Auskunft: „EKG-Kurse“, Klinik Grand Hotel, 6350 Bad Nauheim, Ernst-Ludwig-Ring 2.
- 10.—14. 11. In **Neuherberg**: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 10.—21. 11. In **Neutrauburg**: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie. Auskunft: Dr. med. Karl Seil, Facharzt für Orthopädie, 7972 Neutrauburg.
- 12.—15. 11. In **Bochum**: Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 2—4.
- 12.—15. 11. In **Düsseldorf**: Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz, 5300 Bonn, Meckenheimer Allee 90.
- 14.—16. 11. In **Wiesbaden**: 4. Tagung Hessischer Internisten. Auskunft: Tagungssekretariat Berufsverband Deutscher Internisten Landesgruppe Hessen, 6200 Wiesbaden, Gleichstraße 43, z. H. Herrn Dr. med. K. Schrecker.
- 15.—16. 11. In **Heidelberg**: 6. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Radiologie. Auskunft: Dr. E. Willich, Universitäts-Kinderklinik, Röntgenabteilung, 6900 Heidelberg, Hofmeisterweg 1—9.
- 15.—19. 11. In **Hamm**: Gesamtkurs für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke. Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostentallee 83.
- 16.—20. 11. In **Washington**: Jahresversammlung der „Association of Military Surgeons of the United States“. Auskunft: Association of Military Surgeons of the United States 1500 Massachusetts Avenue, N. W., Washington, D. C. 20 005.
- 17.—21. 11. In **Neuherberg**: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 17.—21. 11. In **Washington**: Gemeinsame Internationale Konferenz über geistige Gesundheit. Auskunft: Dr. P. Lemkau, 615 North Wolfe Street, Baltimore, Md. 21 205.
- 19.—22. 11. In **Gießen**: X. Fortbildungstagung des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchheimstraße 10.
- 19.—22. 11. In **Lindau**: Internationales Symposium über die Gruppentherapie und Gruppenarbeit mit Suchtkranken. Auskunft: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 4700 Hamm, Bahnhofstraße 2.
- 20.—22. 11. In **Düsseldorf**: Seminar der Deutschen Gesellschaft für medizinische und biologische Elektronik e. V. Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für medizinische und biologische Elektronik e. V., 1000 Berlin 61, Markgrafenstraße 11.
- 20.—22. 11. In **Höxter**: 18. Fortbildungskurs für physikalische Medizin. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Wiedemann, Weserbergland-Klinik, 3470 Höxter.
- 20.—23. 11. In **Wiesbaden**: Tagung des Arbeitskreises Berufsverband der Augenärzte Deutschlands. Auskunft: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands, 4000 Düsseldorf, Königsallee 22.

# Contramutan®

## Sichere Abwehr

bei  
**Fieber  
Grippe  
Infekten**



ArzneiMüller  
Bielefeld



- 21.—23. 11. in Kassel: 12. EKG-Kurs am Stadt Krankenhaus. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Heinecker, Medizinische Klinik II am Stadt Krankenhaus, 3500 Kassel, Mönchsbergstraße.
- 21.—23. 11. in München: 9. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., 8036 Herrsching, Summerstraße 3.
- 22.—23. 11. in München: Kurs für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke (Knie/Hüfte). Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostenallee 83.
24. 11. bis 19. 12. in Berlin: Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang (Stoffplan II). Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 29.—30. 11. in Frankfurt: 2. Gastroenterologische Fortbildungstagung des Zentrums der Inneren Medizin der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität. Auskunft: Dr. R. Kröhl, I. Medizinische Klinik, 6000 Frankfurt 70, Ludwig-Rehn-Straße 14.
- 29.—30. 11. in Hannover: Jahrestagung der Niedersächsischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Dr. W. Schröder, 2800 Bremen 1, Osterstraße 1 c, Rotes-Kreuz-Krankenhaus.
- 29.—30. 11. in Hennef: Sportärzte-Fortbildungslehrgang des Sportärztebundes Nordrhein. Auskunft: Dr. D. Schnell, 5224 Ruppichteroth, Otto-Willach-Straße 2.
- 29.—30. 11. in München: Herbsttagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Bayerische Röntgengesellschaft, 8000 München 71, Maxhofstraße 43.

## Dezember 1969:

- 1.—5. 12. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 1.—6. 12. in Wiesbaden: Gynäkologisches und geburts-hilfliches Symposium am Krankenbett (Thema: „Erkrankungen im Klimakterium aus der Sicht verschiedener Fachrichtungen“). Auskunft: Sekretariat der Städtischen Frauenklinik, 6200 Wiesbaden, Idsteiner Straße 111.
- 5.—7. 12. in Nürnberg: 20. Wissenschaftliche Arztetagung der Bayerischen Landesärztekammer. Das Programm wird allen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland zugesandt werden.
- 12.—14. 12. in München: 3. Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Sportärztebundes. (Thema: „Fortschritte in der Sportmedizin“). Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 2, Brienner Straße 50.
- 13.—14. 12. in München: Ärztliche Fortbildungstagung „Aktuelle Rheumaprobleme“ (Thema: „Die Wirbelsäule“). Auskunft: Priv.-Doz. Dr. H. Mathies, Rheumatischer-Ambulanz der Medizinischen Poliklinik der Universität München, 8000 München 15, Pettenkofferstraße 8 a.

## Bellagenhinweise

Dieser Ausgabe sind Prospekte der Firmen Eka-Werk, Horn/Lippe, und Allianz-Versicherungs AG München beigelegt.

Bei düra teppichboden wird die Pützfrau mitgeliefert!



Ein Heer von Pützfrauen brauchen Sie nicht! Abgleich sie gerne kämen, wenn Ihre Praxis mit dura ausgelegt ist. Denn Staubsaugen genügt. Das ist alles.

**MÜKA-tex**

Krankenanstalts- und  
Ärzte-Textilbedarfs G. m. b. H.  
8000 München 13  
Destouchesstraße 65

# Zolghadar

Inh. Humbert Saemmer



TEPPICHE  
aus PERSIEN  
und CHINA

München Maximilianstr. 33 u. 34  
Ingolstadt Theresienstr. 28

„Bayerisches Arzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 33 20 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 Arzteblatt“) Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, 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.