BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 12 **München, Dezember 1969** **24. Jahrgang**

WEIHNACHTSGRUSS

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Um unsere alte Mutter Erde kreisen künstliche, von Menschenhand geschaffene Satelliten. Sie dienen der Forschung und sie helfen bei der Nachrichtenübermittlung zwischen den Erdteilen. Das erscheint uns fast schon selbstverständlich. Zweimal in diesem Jahr haben Menschen den Mond betreten. Ihre weite Reise durch das Weltall zu diesem durch die stille Nacht leuchtenden Begleiter der Erde verlief mit einer Präzision, die dem normalen Gehirn kaum mehr verständlich gemacht werden kann. Schon spricht man von bewohnten Forschungsstationen auf dem Mond und man plant bemannte Großraumlaboratorien, welche die Erde umkreisen sollen. Es eröffnen sich Zukunftsvisionen, deren Ausmaß man nur zu ahnen vermag. Und bei aller Bewunderung, die uns ergreift, wenn wir am Fernsehschirm sehen, daß Menschen wie wir sich gleich Fabelwesen über die Mondoberfläche bewegen, erfaßt uns innere Angst vor dem, was der Menschheit bevorstehen kann. Wir denken an das Wort, daß der Mensch des Menschen ärgster Feind sei, und wir werden von der bangen Furcht ergriffen, es könne sich in unübersehbaren Dimensionen der Vernichtung verwirklichen. So sollte unser aller Gebet und Wunsch am Ende dieses Jahres sein, der Herrgott möge Geist und Hand des Menschen zum Frieden und zur Wohlfahrt lenken und ihn abhalten von den schaurigen Plänen der Vernichtung.

Angesichts solcher Überlegungen am Ende dieses ereignisreichen Jahres erscheint alles, was wir in unserem engen Bereich erlebten, arbeiteten und planten, verschwindend klein, und dennoch hat es unseren Einsatz voll erfordert. Der Gedanke an die Dimensionen und Entwicklungen im Weltall entbindet uns nicht von der Verpflichtung, auf dieser kleinen Erde alles zu tun, um unseren Mitmenschen zu helfen, wenn sie unserer Hilfe bedürfen.

Nach langen Jahren treuen und unermüdlichen Wirkens für die Ärzte seines Landes, hat sich Gustav Sondermann, der Vizepräsident unserer Kammer, nach seinem 75. Geburtstag aus der aktiven Standesarbeit zurückgezogen. Wir beide möchten ihm auch an dieser Stelle noch einmal danken und versichern, daß wir unsere Arbeit auch in seinem Geiste fortsetzen wollen.

Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, gilt, wie jedes Jahr, zusammen mit Ihren Familien unser herzlicher Gruß. Mögen Ihnen frohe und gesegnete Weihnachten und ein glückliches neues Jahr bevorstehen!

Professor Dr. Sewering

Dr. Hermann Braun

Weihnachtsaufruf der ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen sowie der Deutschen Tierärzteschaft für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten"

Sehr verehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Jedes Jahr um die Weihnachtszeit wenden wir uns an Sie alle mit der Bitte, soweit Sie noch nicht zu den Dauerspendern dieses Gemeinschaftswerkes der deutschen Heilberufe gehören, jetzt mit Ihrer Spende unseren Kollegenkindern zu helfen. Aus den jährlich uns übersandten Prüfberichten der Stiftung wissen wir, daß die Zahl der von ihr Betreuten nunmehr seit Jahren konstant zwischen 900 und 1000 liegt. Jedes Jahr können mit Hilfe Ihrer Spenden — und nur damit! — ungefähr 80—100 junge Menschen die von ihnen gewünschte Berufsausbildung abschließen. Jedes Jahr kommt aber die ungefähr gleiche Zahl von Töchtern und Söhnen aus Kollegenfamilien, sei es von drüben — ja auch heute noch kommen sie — oder von hier als Halb- oder Vollwaisen mit der Bitte um Hilfe erstmals zur Stiftung und benötigen dann in aller Regel eine laufende Unterstützung. Dabei spielt die Art der Berufsausbildung keine Rolle, sowenig wir dafür unseren eigenen Kindern Vorschriften machen. Obgleich immer zunächst die Ausschöpfung aller staatlichen Institutionen und familiären Hilfsquellen verlangt wird, muß in sehr vielen Fällen geholfen werden, insbesondere dann, wenn keine Familie mehr da ist oder wie bei all unseren Mittel- und Ostdeutschen, die Angehörigen nichts tun k ö n n e n.

Wer in Not gerät und sich nicht selbst helfen kann, der benötigt zunächst materielle Hilfe. Diese bringen wir unseren Kollegenkindern nunmehr seit 15 Jahren. Über 1100 von ihnen konnten damit ihre Berufsausbildung abschließen. Mehr als 1000 davon kamen aus dem anderen Teil Deutschlands. Ihre Familien sind noch drüben, vorläufig und auf unabsehbare Zeit unerreichbar.

Ihre Gedanken, Wünsche und Sehnsucht sind bei ihren Kindern. Und damit auch immer wieder bei denen, die freiwillig und selbstlos, kollegial und ohne große Worte die Sorge für ihre Kinder übernommen haben. Ihr Dank erreicht uns oft nur auf Umwegen, er übersteigt oft das, was Worte zu fassen vermögen. Wir geben ihn weiter an alle Kolleginnen und Kollegen, die mit ihrer Spende die Hilfe möglich machen.

Wir rufen Sie heute wieder, Ihr Herz nicht zu verschließen, sondern mit uns gemeinsam die Verantwortung dafür zu übernehmen, daß Kollegenkinder ohne Eltern den Weg in ihre berufliche Zukunft genauso finden können wie unsere eigenen. Ihre Spende, einmalig oder noch besser in regelmäßigen Abständen, gibt ihnen die Chance dazu.

MIT VORZÜGLICHER KOLLEGIALER HOCHACHTUNG

Prof. Dr. Fromm
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Haupt
Vorsitzender des Berufsverbandes der praktischen Ärzte Deutschlands

Dr. Muschallik
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Hüsken
1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (AFB) — Verband der Fachärzte Deutschlands

Dr. Metzner
Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund)

Prof. Dr. Hopf
1. Vorsitzender des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Dr. Odenbach
1. Vorsitzender des Marburger Bundes Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands Bundesverband

Dr. Hufnagel
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Dr. Roos
Bundesvorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV)

Dr. Knott
Präsident des Bundesverbandes der deutschen Zahnärzte

Frau Minister Dr. Lena Ohnesorge
1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes

Dr. Pillwein
1. Vorsitzender des Freien Verbandes deutscher Zahnärzte

Dr. Walther
1. Bundesvorsitzender des Deutschen Kassenarztverbandes

Dr. Schulz
Präsident der Deutschen Tierärzteschaft

Für die Avisierung Ihrer Spende benutzen Sie bitte die beiliegende Spendenkarte bzw. den Spendenschein. Für Ihre Direktüberweisung erlauben wir uns, Anschrift und Kontennummern anschließend anzugeben: Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten", 7000 Stuttgart 70, Postfach 230; Dresdner Bank Stuttgart Nr. 497977 — Württembergische Landessparkasse Stuttgart Nr. 59194 — Städt. Girokasse Stuttgart Nr. 2481218 — Postscheckkonto Stuttgart Nr. 41533.

Behandlungsgrundsätze bei kritisch Mehrfachverletzten

von J. Böhler

Bei der Behandlung kritisch Mehrfachverletzter wurden im Verlauf der letzten Jahre wesentliche Fortschritte erzielt. Diese Behandlungserfolge beruhen auf einer engen Zusammenarbeit verschiedener medizinischer Wissensgebiete. In erster Linie wurden die Erkenntnisse experimentell durch Tierversuche an sogenannten Schockmodellen gewonnen, bei denen viele pathophysiologische Aspekte des Schocks geklärt werden konnten. Daneben ist es die moderne Anästhesiologie, die bei der Behandlung der Schwerstverletzten eine bedeutende Rolle spielt.

Um in der Praxis alle diese Erkenntnisse anwenden zu können, müssen im Krankenhaus organisatorische Probleme gelöst und die Koordination der verschiedenen Einrichtungen des Krankenhauses jederzeit gegeben sein.

Zuerst müssen die personellen und materiellen Voraussetzungen geschaffen werden, um eine enge Zusammenarbeit zwischen dem behandelnden Unfallchirurgen und dem Anästhesisten, dem Laboratorium und der Blutbank zu gewährleisten. In einem Unfallkrankenhaus oder auf einer größeren Unfallabteilung, wo alles Erforderliche 24 Stunden im Tag bereitsteht, lassen sich diese Forderungen besonders günstig erfüllen.

Im Unfallkrankenhaus Linz haben wir diese Organisation wie folgt aufgebaut:

1. Organisation

Personal:

Während der Nacht stehen zur Verfügung:
4—5 Ärzte, an der Spitze ein erfahrener Unfallchirurg, Anästhesiedienst,
zwei Operationsschwestern,
ein Pfleger,
ein Röntgenassistent,
Laboratoriumsdienst.

Das Eintreffen eines Schwerstverletzten wird in der Regel über Radiotelefon durchgegeben, so daß das erforderliche Personal schon vor dem Eintreffen des Schwerstverletzten bereitsteht.

Materielle Voraussetzungen:

Ein eigener Raum für die Aufnahme von Schwerstverletzten hat sich bewährt. Wir haben dazu einen Schockraum, in den alle Schwerstverletzten direkt gebracht werden. Dieser Raum dient nur zur Schockbekämpfung, zur Erhaltung der Vitalfunktionen, wie Atmung und Kreislauf, und für diagnostische Zwecke. Größere operative Eingriffe werden in diesem Raum nicht durchgeführt. Dazu haben wir in unmittelbarer Nachbarschaft des Schockraumes einen eigenen Frischverletztenoperationssaal, der nicht innerhalb des abgeschleusten Operationstraktes liegt. Dadurch wird die Kontamination des eigentlichen Operationstraktes durch verschmutzte Frischverletzte vermieden. Die Blutbank liegt ebenfalls nur einige Meter entfernt.

Im Schockraum wird der Verletzte auf eine schwimmende, röntgendurchlässige Tischplatte gelagert, die über einem mit Buckyblende und 25 cm Bildverstärkerröhre ausgestatteten Röntgensockel ist. Die Röntgenröhre ist an einem durch den ganzen Raum reichenden Deckenstativ angebracht, so daß bei Einlieferung mehrerer Verletzter alle geröntgt werden können, ohne eine Umlagerung auf den Röntgentisch notwendig zu machen. Zwei an der Wand angebrachte Fernsehmonitoren übertragen das Durchleuchtungsbild. Die schwimmende Tischplatte gibt die Möglichkeit der radioskopischen Voruntersuchung des Verletzten und anschließend gezielter Röntgenfilmaufnahmen. Eine Beschränkung auf die Röntgendurchleuchtung allein ist unbedingt abzulehnen, einerseits aus Gründen der Dokumentation, andererseits gibt nur der Röntgenfilm ein ausreichendes Auflösungsvermögen. Wir führen außerdem bei unseren Frischverletzten unter Röntgendurchleuchtung notwendige Kontrastfüllungen, wie Arteriogramme und Zystogramme durch, Vena-cava-superior-Katheter werden unter Röntgendurchleuchtung eingeführt, die richtige Lage von Thoraxdrainagen kann kontrolliert werden.

Außerdem ist der Raum mit den nötigen Anästhesie- und Reanimationsgeräten, mit einer elektronischen Herz-Kreislaufüberwachung, mit Defibrillator und Herzschrittmacher, mit einem Echoenzephalographen, mit einem Konservenblutwärmegerät und einer Waschgelegenheit für stark Verschmutzte ausgerüstet. Das Instrumentarium für die verschiedenen Notfingriffe, wie Intubation, Tracheotomie, Bronchoskopie, Venae sectio, Vena-cava-Katheter, Arterienmikrokatheter, Thorakozentese, Abdominozentese liegen einzeln verpackt steril bereit, ebenso wie die erforderlichen intravenösen Infusionslösungen, Katheter und Auffanggefäße zur Messung der stündlichen Harnausscheidung.

2. Diagnose und Behandlung

Beide gehen anfangs Hand in Hand. Die Beurteilung des Zustandes eines Schwerstverletzten muß verschiedene Stadien durchlaufen; sie muß systematisch erfolgen, damit man sich anfänglich nicht im Detail verliert und andererseits aber keine wesentlichen Einzelheiten vergißt.

Der Anästhesist, der auch der klinische Physiologe des Krankenhauses sein soll, hat die Hauptverantwortung bei der Sofortbehandlung von Schwerstverletzten. In den ersten Minuten sind folgende Probleme dringlich:

a) einfache diagnostische Maßnahmen, die in erster Linie die vitalen Funktionen Atmung und Kreislauf betreffen.

b) Die Aufrechterhaltung dieser vitalen Funktionen, um eine ausreichende Perfusion und Oxygenation aller Gewebe zu gewährleisten. Je rascher Atmung und Kreislauf wieder hergestellt sind, desto seltener wird es zur Ausbildung eines schweren, therapieresistenten Schocks kommen.

Sofortentscheidung bei Schwerstverletzten:

Die erste Sofortentscheidung soll nur wenige Sekunden dauern und Atmung, Kreislauf und Bewußtseinslage erfassen. Alle nötigen Eingriffe sollen sofort erfolgen (Tab. 1).

Sofortentscheidung bei Schwerstverletzten

Atmung	Kreislauf	Bewußtseinslage
Intubation	*Venenpunktion*	*Pupillenweite*
↓	*Infusion*	↓
Lungenröntgen	*Blutgruppenbestimmung*	*Schädelröntgen*
↓	*Bestimmen:*	
Behebung von Verlegungen	*Blutdruck*	*Echoenzephalogramm*
	Puls	↓
	Harnausscheidung	*Trepanation*
	Zentraler Venendruck	↓
	Blut-pH (Azidose)	*Mannitol*
	Blutvolumen	*Karotisangiographie*
	↓	*(erst sekundär, primär zu aufwendig und zeitraubend)*
	Infusion von Plasmaexpandern (Rheomacrodex)	
	Blut	
	Tham	
	Mannitol	

Tabelle 1

Atmung:

Eine Behinderung der Atmung verlangt die sofortige Entscheidung über die Notwendigkeit der Intubation, des Freimachens der Atemwege und der Sauerstoffzufuhr. Zu diesem Zeitpunkt soll auch ein Thoraxröntgen angeordnet werden.

Kreislauf:

Die erste Beurteilung des peripheren Kreislaufes erfolgt aufgrund von Farbe und Temperatur der Haut, der Kapillarfüllung der Hautgefäße und des Nagelbettes und vom arteriellen Druck und der Pulsfrequenz. Kalte, blasse, schweißbedeckte Haut und verzögerte Blutrückkehr nach Fingerdruck auf der Stirne lassen auf eine weitgehende Zentralisation des Kreislaufes schließen, die eine rasche Auffüllung des Gefäßsystems notwendig macht. Die beiden einfachen Werte arterieller Druck und Pulsfrequenz und ihre Beziehung zueinander sind nach wie vor einer der besten Maßstäbe zur Beurteilung des Schocks in der akuten Phase. ALLGÖWER hat aus diesen beiden Werten den Schockindex erstellt (Tab. 2), der, wenn er höher als 1 ist, d. h. also, wenn die Pulsfrequenz höher als der Blutdruck ist, einen Schock anzeigt. Infusionen und Transfusionen sind dann dringlich. Eine Vene muß punktiert werden. Blut wird zur Blutgruppenbestimmung entnommen und ein Plasmaexpander infundiert. Gelegentlich sieht man im Frühstadium — vor allem bei kräftigen jugendlichen Individuen — eine hypertensive Form des Schocks mit hohen Blutdruckwerten von 160 und mehr bei gleichzeitig hoher Pulsfrequenz, wobei aber die Durchblutung der Peripherie trotzdem gestört ist. Diese hypertensive Form des Schocks beruht auf einem Spasmus der Arteriolen, sie geht bald in die hypotensive Form über, wenn nicht schon vorher eine ausreichende Schockbekämpfung einsetzt.

Schockindex

	Puls	*Blutdruck*	
Normal	*60*	*120*	*0,5*
drohender Schock	*100*	*100*	*1*
Schock	*120*	*80*	*1,5*

Tabelle 2
nach ALLGÖWER

Bewußtseinslage:

Die dritte unmittelbare Entscheidung betrifft die Bewußtseinslage. Ist sie gestört, so werden die Pupillen auf Weite und Lichtreaktion geprüft, um auf eine Hirndrucksteigerung schließen zu können.

In diesem ersten Stadium sollen bereits hoffnungslos Schwerstverletzte ausgeschieden werden, um mit ihnen nicht unnötig Zeit zu verlieren. Allerdings muß der Begriff des hoffnungslos Schwerstverletzten sehr eng gefaßt werden, da häufig auch anscheinend Moribunde noch am Leben erhalten werden können.

Zweites Stadium:

Im zweiten Stadium der Beurteilung müssen die Störungen der vitalen Funktionen diagnostisch detaillierter erfaßt werden, damit gezielte Gegenmaßnahmen getroffen werden können.

Zur Beurteilung der Atmung und des Zustandes der Thoraxorgane sollte jetzt das Thoraxröntgen bereits zur Verfügung stehen. Zur Beobachtung des Kreislaufes wird der Puls elektrokardiographisch und pletysmographisch überwacht und zur Messung der stündlichen Harnausscheidung wird ein Blasenkatheter eingelegt. Bei jedem Schockierten führen wir auch einen Venacava-superior-Katheter ein, bei gestörter Bewußtseinslage wird eine Röntgenaufnahme des Schädels und ein Echoenzephalogramm angefertigt.

Atmung:

Beim Frischverletzten kann das Thoraxröntgen zeigen (Tab. 3):

Thoraxröntgen bei Frischverletzten

Frakturen
Pneumothorax
Hämatothorax
Mediastinum:
Verlagerung, Verbreiterung durch / *Infiltration (Aspiration, Fettembolie)* \ *Ödem, Emphysem, Hämatom*
Zwerchfellruptur (Hernie)
Herz (Tamponade, Verlagerung)

Tabelle 3

Entsprechend der Ursache der Atembehinderung sind folgende Noteingriffe erforderlich (Tab. 4).

Von diesen Eingriffen ist die Punktion eines subkutanen Emphysems nur dann erforderlich, wenn es sehr mächtig ist. Die Mediastinotomie beim mediastinalen Emphysem ist sehr selten notwendig, die Thorakotomie zum Verschluß einer Zwerchfellhernie ist in der Regel nicht als Noteingriff erforderlich, sondern kann sekundär nach Erholung des Allgemeinzustandes durchgeführt werden. Die häufigste Ursache einer Verlegung der Atemwege ist das Zurücksinken des Unterkiefers in der Rücken-

Atmung		
Verlegung der Atemwege	*Zunge*	*Bauchseitenlage*
	Aspiration	*Intubation, Absaugen*
Bronchusverlegung-Atelektase		*Bronchoskopisches Absaugen*
Offener Thorax		*Schließen*
Thoraxwandflattern		*Stabilisieren-Respirator*
Subkutanes Emphysem		*Punktion*
Mediastinales Emphysem		*Mediastinotomie*
Pneumothorax		*Thorakozentese*
Hämatothorax		*Thorakozentese*
Zwerchfellhernie		*Thorakotomie*

Tabelle 4

lage und dadurch eine Verlegung der oberen Atemwege. Durch Verschiebung des Unterkiefers nach vorne oder durch Bauch-Seitenlagerung können die Atemwege sofort freigemacht werden.

Eine Totalatelektase der Lunge ist gewöhnlich durch eine Bronchusobstruktion bedingt, die durch bronchoskopisches Absaugen beseitigt werden muß. Selten ist ein Abriß des Hauptbronchus, der ebenfalls eine Totalatelektase verursacht. Eine Verbreiterung des Mediastinums ist entweder durch eine Ruptur der großen Gefäße, z. B. einer Aortenruptur, oder viel häufiger durch ein traumatisches Ödem des Mediastinums bedingt, das rasch wieder von selbst verschwindet. Im Zweifelsfall wird eine Katheter-Aortographie von der Femoralis her ausgeführt.

Bei allen schweren Thoraxtraumen soll frühzeitig ein Ekg angefertigt werden, um eine traumatische Schädigung des Herzens erkennen zu können.

Bei den akuten Thoraxverletzungen ist eine frühzeitige Thorakotomie nur selten notwendig. Dieser Eingriff kann notwendig werden bei einer anhaltenden intrathorakalen Blutung infolge der Verletzung eines größeren Gefäßes, einer Wunde des Herzens und beim kompletten Pneumothorax, der trotz Saugdrainage weiter bestehen bleibt. Anhaltende intrathorakale Blutungen sind häufig durch die Ruptur einer Interkostalarterie oder der Arteria mammaria interna bedingt.

Die unstabile Thoraxwand mit dem Thoraxwandflattern kann operativ mit Osteosynthese der Rippen oder mit dem Dauerzug am flottierenden Fragment stabilisiert werden. Die Ergebnisse der inneren Schienung mit dem Respirator sind aber wesentlich besser, so daß wir nur mehr diese Methode verwenden und keine operative Stabilisierung der Thoraxwand mehr durchführen.

Thoraxdrainagen für den kombinierten Hämatopneumothorax legen wir in der mittleren Axillarlinie an, und zwar wird nur ein 10 mm dickes Kunststoffdrain nach dem Anlegen einer Stichinzision mit einer Kornzange eingeschoben. Dadurch kann sowohl ein Hämato- als auch ein Pneumothorax ausreichend drainiert werden.

Kreislauf: Schock

Der traumatische Schock ist eine durch äußere Gewalteinwirkung hervorgerufene akute Kreislaufinsuffizienz und kann klinisch als kalte, hypotone, oligurische Tachykardie definiert werden (Tab. 5). Er entsteht durch

Schockdiagnose	
Kalte hypotone oligurische Tachykardie	
Blutdruck	*< als 100*
Puls	*> als 100*
Zentraler Venendruck	*< als 5 cm*
Oligurie	*< 20 ml pro Stunde*
Azidose (metabolisch und respiratorisch)	

Tabelle 5

eine Hypovolämie als Folge eines Blutverlustes. Ein Verlust von 30—35% oder mehr des totalen Blutvolumens ist lebensbedrohlich. Im Stadium der Hypovolämie kommt es zur Zentrallsation des Kreislaufes, um die primitivsten Lebensfunktionen von Lunge, Herz und Hirn aufrechtzuerhalten. Die Durchblutung der Haut, der Muskulatur, der Leber und der Nieren wird durch einen Verschluß der präkapillaren Sphinkter und Öffnung der arteriovenösen Anastomosen vermindert. Das Ergebnis dieser Zentralisation ist ein Abfall des peripheren Blutdruckes, ein verminderter venöser Rückfluß, ein Absinken des zentralen Venendruckes, eine kompensatorische Tachykardie, eine Verminderung des Schlagvolumens des Herzens und der Koronardurchblutung und eine Hypoxydose der Gewebe. Die Hypoxydose bewirkt eine Zellschädigung mit Beeinträchtigung der Zellenzyme, eine metabolische Azidose durch Ansammlung saurer Metaboliten, eine Gefäßparalyse, Dysfunktion der Leber und Niereninsuffizienz. Klinisch ergeben sich daraus folgende Konsequenzen:

Messung der stündlichen Harnausscheidung, die mindestens 20 ml betragen muß.

Messung des zentralen Venendruckes: Dazu wird ein Katheter von der Vena mediana cubiti in die Vena cava superior eingeführt. Beträgt der zentrale Venendruck mehr als 5 cm Wasser, so ist die Blutzufuhr von der Peripherie zum Herzen ausreichend; ein Druck über 15 cm zeigt eine Übertransfusion oder ein vermindertes Schlagvolumen des Herzens an. Das Herz kann also das zugeführte Blut nicht weitertransportieren. Die Herzleistung muß daher medikamentös unterstützt werden.

Laboratorium: Die folgenden Untersuchungen machen wir routinemäßig beim Schock:

Bestimmung des pH des Blutes zur Feststellung der Azidose; eine Verminderung des Blut-pH unter 7 ist nicht mehr mit dem Leben vereinbar.

Messung des arteriellen PO_2 und PCO_2 zur Beurteilung der ausreichenden Oxygenisierung.

Bestimmung des Exzeßlaktates zur Feststellung der hypoxischen Zellschädigung, vor allem der Leber.

Vasodilatatoren im Schock: Wegen des verminderten arteriellen Blutdruckes wurden früher immer periphere Vasokonstriktoren zur Schockbekämpfung gegeben. Nachdem diese zu einer noch weiteren Engstellung der Peripherie und damit zu einer weiteren Durchblutungsstörung führen, schadet man aber damit statt zu nützen. Statt dessen werden Vasodilatatoren und *a*-Rezeptorenblocker empfohlen. Die Verwendung dieser Blocker kann aber gefährlich sein, da sie schwer steuerbar sind. Wenn der Kreislauf noch nicht ausreichend aufgefüllt ist, kann die zirkulierende Blutmenge in die Extremitäten und in die Eingeweide

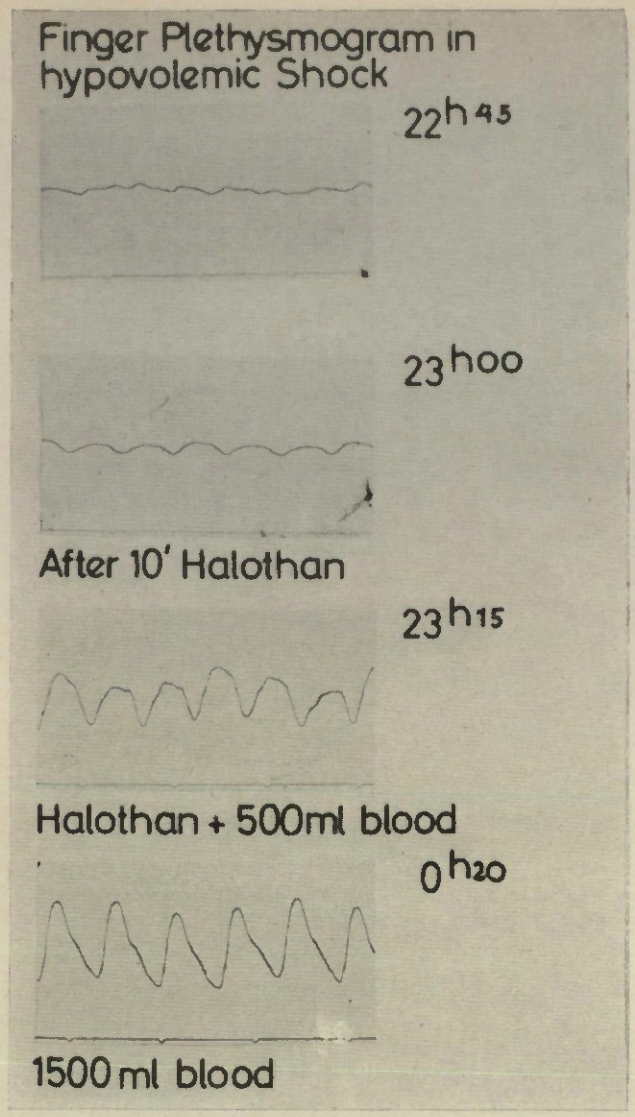


Abbildung
Fingerplethysmogramme eines Schockierten vor und nach Halothan-Narkose und Kreislaufauffüllung mit deutlicher Zunahme der peripheren Durchblutung

versacken. Halothan verursacht eine gut steuerbare Gefäßerweiterung der Peripherie, wie z. B. diese Fingerplethysmogramme vor und nach der Einleitung einer oberflächlichen Halothan-Narkose zeigen (Abb.). Schon nach 10 Minuten ist die Amplitude deutlich angestiegen, nach weiteren 15 Minuten und gleichzeitiger Gabe von 500 ml Blut ist bereits eine sehr kräftige Durchblutung der Fingerbeere vorhanden, die dann noch weiter ansteigt. Halothan vermindert aber die Nierenausscheidung. Es muß daher gleichzeitig die Nierenfunktion mit Mannitol angeregt werden.

Intraabdominelle Blutungen im Schock: Manchmal ist es schwierig, die Blutungsquelle zu finden. Wenn ein schwer Schockierter nicht auf 2—3 rasch transfundierte Blutkonserven anspricht und das Thoraxröntgen keine massive intrathorakale Blutung zeigt, muß an eine intraabdominelle Blutung gedacht werden, obwohl beim Schockierten häufig keine abdominellen Symptome vorhanden sind. Früher haben wir in diesen Fällen immer eine Probelaparatomie durchgeführt. In den letzten Jahren verwenden wir statt dessen die perkutane Katheterparenzentese der Bauchhöhle, und wir führen diese einfache diagnostische Maßnahme auch bei fast allen Schwerverletzten mit gestörter Bewußtseinslage durch. Kommt nicht sofort Blut aus dem Katheter, so wird Ringerlösung injiziert und der Katheter bleibt für eine Stunde liegen. Damit kann man auch kleinere intraabdominelle Blutungen aufdecken. Wir finden diese einfache Methode besonders zweckmäßig und verläßlich.

Ein ordnungsgemäß versorgter Schwerstverletzter erhält also im ersten Stadium bis zu sieben verschiedene Schläuche und Katheter, und zwar:

1. Intratrachealtubus zur Sauerstoffbeatmung und zur Absaugung der Lunge
2. Venenkatheter zur Infusion und Transfusion
3. Vena-cava-superior-Katheter zur Druckmessung
4. Arterienmikrokatheter zur intravasalen arteriellen Druckmessung und zur laufenden PO_2-Bestimmung
5. Harnkatheter zur Messung der stündlichen Harnausscheidung
6. Thoraxsaugdrainage
7. Abdominozentese

Außerdem ist er an eine elektronische Herz-Kreislauf-Überwachung angeschlossen.

Weitere diagnostische Maßnahmen:

Gleichzeitig mit den beschriebenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt auch eine klinische und röntgenologische Untersuchung des Skelettes, um Frakturen aufzudecken. Bei Verkehrsunfällen mit Verletzungen des Knies oder des Oberschenkels muß eine Röntgenaufnahme des Beckens angefertigt werden, da Luxationen und Luxationsfrakturen des Hüftgelenkes bei schweren Mehrfachverletzungen sehr häufig übersehen werden. Auch Wirbelfrakturen werden bei Schwerstverletzten sehr häufig übersehen. Becken- und Wirbelfrakturen sind übrigens nicht selten mit Zwerchfellrupturen kombiniert.

3. Dringlichkeitskategorien

Die Aufstellung von Dringlichkeitskategorien gilt sowohl für den Einzelfall mit multiplen Verletzungen als auch für Massenunfälle mit Einzelverletzungen. Gerade bei Massenunfällen soll es Aufgabe des Erfahrensten der vorhandenen Traumatologen oder Chirurgen sein, die Dringlichkeitskategorie der einzelnen Verletzten festzustellen, damit diese rechtzeitig der Versorgung zugeführt werden können. Meist sind es nicht die am lautesten klagenden Verletzten, die einer Versorgung benötigen, sondern die Schwerstverletzten sind ruhig und apathisch und können deshalb leicht übersehen werden.

Die folgende Tabelle gibt die einzelnen Dringlichkeitskategorien an (Tab. 6).

Die erste Gruppe Asphyxie und Schock wurde ausführlich besprochen. Die zweite Gruppe betrifft akute Verletzungen, die sofort nach der Stabilisierung der Vitalfunktionen versorgt werden müssen. Es sind dies Hirnverletzungen, Bauchverletzungen und die Verletzungen großer Gefäße.

In die dritte Dringlichkeitsstufe fallen offene Frakturen, Wirbelsäulenverletzungen mit Teillähmungen, große Wunden, geschlossene Thoraxverletzungen ohne Asphyxie, Augen-, Kiefer- und Handverletzungen,

Dringlichkeit der Versorgung

(Triage)

I.	1.	Atmung (Asphyxie)
	2.	Kreislauf (Schock)
II.	1.	Hirndruck (zunehmend)
	2.	Bauchverletzung
	3.	große Gefäßverletzung (Blutsperre)
III.	1.	Offene Frakturen
	2.	Wirbelfraktur mit Teillähmung
	3.	Wunden
	4.	Geschlossene Thoraxverletzung (ohne Asphyxie)
	5.	Augen-, Kiefer-, Handverletzungen

Tabelle 6

deren Versorgung — vor allem wegen ihrer besonderen funktionellen Bedeutung — für den Menschen wichtig ist.

4. Intensivpflegestation

Nachdem alle notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt sind, sollen alle kritisch Schwerverletzten auf einer Intensivpflegestation weiter überwacht und behandelt werden. Diese Überwachung muß Atmung und Kreislauf, Nierenfunktion mit stündlicher Harnkontrolle und Harnosmolarität, Blut-pH, Elektrolyte, Blutvolumen, Blutgasanalysen und Temperaturkontrollen umfassen. Ein Absinken des arteriellen PO_2 kann auf die Entwicklung einer Fettembolie hinweisen. Es soll die Möglichkeit der Hämo- und/oder Peritonealdialyse bestehen. Allen Schwerverletzten geben wir prophylaktisch Antikoagulantien, vorausgesetzt, daß keine Gegenindikation — vor allem Verletzungen des zentralen Nervensystems — vorliegen. Hohes Alter sehen wir nicht als Kontraindikation an. Die Intensivbehandlungsstation soll dem Anästhesisten unterstellt sein, der in enger Zusammenarbeit mit dem Chirurgen die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchführt.

5. Schwerpunktkrankenhäuser

Zum Abschluß noch ein Wort zur Organisation: Die einwandfreie Versorgung von schweren Mehrfachverletzten erfordert einen großen Aufwand an Personal, Apparaten, Einrichtungsgegenständen und Arbeitsleistung, der nicht in jedem Krankenhaus erbracht werden kann. Die zweckmäßigste Lösung ist daher, die schweren Mehrfachverletzten in Schwerpunktkrankenhäuser mit eigenen Unfallabteilungen und Intensivpflegeabteilungen zu konzentrieren. Den kleineren Krankenhäusern würde dann die Aufgabe der erweiterten Ersten Hilfe zufallen, die auch operative Maßnahmen beinhalten kann, jedoch in erster Linie mit der Wiederherstellung und Erhaltung der primitiven Vitalfunktionen befaßt ist. Sobald diese stabilisiert sind, soll der Verletzte dann in das Schwerpunktkrankenhaus verlegt werden. Diese Aufteilung würde unter ökonomisch tragbaren Bedingungen eine ausreichende Versorgung für den Großteil der Schwerstverletzten bieten.

Vortrag anläßlich des Klinischen Attersee-Wochenendes am 14. September 1969.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. Jörg Böhler, A-4020 Linz, Blumauerplatz 1

Darf die Muse der Geschichte, Klio, den Medizinern noch „Märchen" erzählen?

von Werner Leibbrand

I

Die Titelfrage, aus der hervorgeht, daß Medizingeschichte im Denken der ärztlichen Fakultätsgenossen nicht viel mehr als Märchenerzählung ist, bekommt nunmehr einen tragischen Akzent, nämlich den der Daseinsberechtigung, den man ihr durch den Referentenentwurf zu einer neuen Approbationsordnung „par ordre de mouphti" in unseren demokratischen Landen zuerteilen will, ja vielleicht schon gewillt ist. Die Medizingeschichte kommt in diesem Entwurf nämlich nicht mehr vor. Ob diese Intention Sparflamme des Geistes oder der DM-Aufwertung ist, bleibe dahingestellt.

Der Schreiber dieser Zeilen, der 16 Jahre lang den Lehrstuhl in München, vorher den Lehrauftrag als Honorarprofessor in Erlangen, nach bestem Gewissen und zur Freude der Hörer verwaltet hat, betrachtet sich als Kämpfer der früheren Pionierzeit, die an die großen Namen Sudhoff, Pagel, Neuburger, Puschmann, Sigerist, Castiglione u. a. mehr anknüpft.

Der Leistungserfolg dieser Männer mit 1-Mann-Orchester war bewundernswert. Warum? In erster Linie, weil sie teilweise — so Neuburger in Wien bis zur Vertreibung aus dem Amt — Geld und Gut in ein Unternehmen steckten, von dem die Ministerialbureaukratie nichts wissen wollte, d. h., die sie in keiner Weise unterstützt hat. Diese Männer waren Ideologen, ein Begriff, der heutigentags zum Schimpfwort geworden ist. Was ist ein Ideologe? Er ist der Ansicht, daß Forschungsarbeit und Lehre frei und ohne Nutzen im Sinn der Paideia Platons betrieben werden müssen. Ob man dabei Geld verdiente, war eine untergeordnete Frage. An Stelle des Nutzens stand das geistige Ziel, dem diese Wissenschaft untergeordnet war. Als dann die Sintflut des Tausendjährigen Reiches zu Ende ging, wurde dieser Gedankengang als notwendige Forderung so wirksam, daß schließlich eigene Lehrstühle errichtet wurden, so daß eine geistige Nachkommenschaft aufziehbar wurde, wo einst nur der Gelehrte als stiller Solitär forschte. Mancher erreichte dieses Ziel schon vor 1933, etwa P. Diepgen, der einstige Hegar-Schüler, mancher verblieb in der stillen Bescheidenheit der Studierstube, wie der die medizinische Sinologie anpackende einstige Neurologe Hübotter. Die zarte Pflanze wuchs langsam, kärglich mit öffentlichen Mitteln gepflegt und begossen; dann entstand ein rapides Anschwellen vor ca. 10 Jahren, fast jede Universität sollte einen Lehrstuhl ihr eigen nennen; Assistentenstellen

wurden in magerem Maße geschaffen, und die philologische Ausweitung, die bei den Pionieren einer humanistischen Ära noch in einer Hand vereinigt war, führte zu einem teilweise nicht ärztlich vorgebildeten Planen auf verschiedenen Gebieten der Ägyptologie, Babylonologie usw. Insbesondere wuchs das Interesse für hebräische Medizin (Muntner, Leibowitz, Isidor Simon in Paris), so daß eigene Zeitschriften, wie die französische von Simon, entstehen konnten; es war besonders der Schülerkreis um Laignel-Lavastine, der in die Gegenwart gewirkt hat (Baruk, Bariéty, Simon). Fachorganisationen mit internationaler Überdachung führten die Medizinhistoriker der ganzen Welt auf Kongressen regelmäßig zusammen, Länderorganisationen tagten jeweils. Die Vielfalt der Aspekte entstand zunächst auf der Grundlage des einstigen Faches, von dem der Gelehrte ausging: Diepgen von der Gynäkologie, Valentin von der Orthopädie usw. Die methodischen Richtungen entsprachen dem geschichtlichen Zeitstil, sie entwickelten sich vom Pragmatismus, vom Comtismus über die Nachbarschaftslehren eines Dilthey zur geisteswissenschaftlichen Integrierung, ja bis zu der Einbeziehung der großen modernen philosophischen Methoden der Phänomenologie, Daseinsanalyse. Vertreter des klinischen Faches konnten ohne Geschichte nicht auskommen, so etwa von Gebsattel bei der allgemein anthropologischen Sicht als Psychotherapeut, oder Ludwig Binswanger, der einst mit dem historischen Problem der Traumgeschichte der Romantik begann, oder Erwin Strauß, dessen Werk „Vom Sinn der Sinne" ohne Husserls Einfluß unverstanden bleibt im Kampf gegen rein biologistische Dogmen.

II

„A quoi sert-il" fragte mich ein junger Assistent einer neurologischen Abteilung in Garches bei Paris, als ich ihm meine geistige Visitenkarte enthüllte. Dieser kurze Fragesatz ist der Paukenschlag für jene „Tragische Symphonie", die wir zu erleben gezwungen werden. Unsere sprachkundliche Entäußerung macht die Beantwortung immer schwerer. Allenfalls hält man die Psychoanalyse noch für einen praktischen Wert, die tiefenpsychologischen Methoden für nützlich; es gibt auf diesem Gebiet institutionale Stätten von Mitscherlichs Provenienz bis zu Gieses Hamburger Einrichtung. Die Vorstellung aber, daß Geschichtskenntnis allein zum Selbstverständnis des Menschen führen könne, daß der Mensch auch als Patient ein historisches Wesen samt seinem Arzt ist, und daß die Wandlungen der theoretischen und praktischen Medizin an Geschichtsvorgänge geknüpft sind — daher die vielen medizinischen Dogmen, die kommen und gehen —, davon will niemand mehr Notiz nehmen, der einen Stoffkatalog ärztlichen Wissens zusammenstellt. „A quoi sert-il?" Was soll uns das, welchen Nutzen hat das alles, diese Geschichtsirrtümer wiederzukäuen? Wir leben im Zeitalter der Technik, wir wollen uns um Vergangenheit nicht kümmern; das ist nur neue Stundenbelastung eines schon überbelasteten Programms, wir sind „Futurologen", wir haben hier unsere drei Schwerpunkte, die uns der Forschungsminister Leussink klargelegt hat: Strategie der Friedensforschung — ist das nicht recht spekulativ ohne Geschichte? —, technologischer Trend, soziale Folgen von Technik und Technologie. So wird es angestrebt, so soll es werden. Diese Zukunft hat längst begonnen. Man will beileibe nicht dirigieren (sprich manipulieren), man wählt das mildere Wort der Koordination. Die Londoner Wellcome-Library hingegen führt Laienkurse für Medizingeschichte mit nachgewiesenem Diplom durch!

Und „Credo, quia absurdum": Man nennt C. F. von Weizsäcker als den geistigen Vertrauensmann, jenen hervorragenden Philosophen aus der schwäbischen Familie, die auch einen V. v. Weizsäcker hervorgebracht hat, der ohne Platon und Aristoteles nicht Arzt sein konnte! Und ich frage zurück: „A quoi sert-il", wenn das Leistungsprodukt eine Zukunftsforschung des Industriestaates sein soll. Ist es etwa keine Manipulationsdogmatik, wenn ich zu dieser Existenz in futurologischer Methode gezwungen werden soll? Gibt es nur Industriestaatsbürger? Gewiß muß der Arzt davon etwas wissen, um sich zu verständigen, so wie man etwa im Zeitalter der Depeschenübermittlung zu Ottomar Rosenbachs Zeiten Energetik in die Medizin gelangen ließ; aber auch dies ist doch ein Märchen der „Klio".

Es liegt mir fern, ein Wolkenkuckucksheimer zu sein, ich überlasse das den Futurologen. Ich frage lediglich: ist nicht eine Ausbildung des Mediziners zum Arzt in solchem Sinn eine Erziehung zur Kehrseite dessen, was er trotz Futurologie sein soll, einer Manipulierung, deren „soziale Folgen" klar erkennbar geworden sind? Es gibt ein experimentum crucis dafür: Man braucht nur krank zu werden und in eine „Heilfabrik" verlegt zu werden, die Krankenhaus heißt. Welche Überheblichkeit des technologischen Trends herrscht dort! Wo ist der Arzt geblieben, der überhaupt noch Zeit hat, daran zu denken, daß an einem kleinen Finger auch noch zufällig ein Mensch hängt. Hippokrates und Aristoteles wurden nicht müde, ohne futurologische Sorgen, zu lehren, man muß nicht den Menschen schlechthin behandeln, sondern den Kallias, den Sokrates. Wer behandelt heute den Sokrates? Und mag dieser kranke Sokrates selbst Futurologe sein! Als alter Psychiater und Medizinhistoriker erfaßt mich in diesen Stätten ein Grauen. Hauptsache, die Teste stimmen! Eine Arzt-Patienten-Kommunikation gibt es nicht. Alle diese Fragen aber behandelt für den Studierenden die Medizingeschichte. Aufgelockerte Vorlesungen mit eingestreuten Diskussionen regen die Mediziner an, über jene einfachen Fragen nachzudenken und mitzudenken, die bekanntlich immer die schwierigsten sind. Was ist Medizin, was Gesundheit, was Krankheit, welche Denkvoraussetzungen sind gegeben, um diese Fragen ohne Dogmatik zu beantworten? Um dies zu können, muß man ein geschichtlich denkendes Wesen sein, das die Geschichte des Fachs nicht als Hobby-Bastelei in „Freizeit" betrachtet.

Universitäten sollten Stätten zu solchen Anregungen bleiben. Die Universität ist die einzige Möglichkeit für viele Ärzte, wo ihnen aus dem Wissen der Vergangenheit ihres Berufes zugleich das kritische Denkvermögen erwächst, das sie später in dieser technologischen Welt nicht mehr betätigen können. Den studierenden Medizinern aber diese Möglichkeit anhand eines Lehrstuhlfaches zu nehmen, ist geistiger Diebstahl in potentia, eines akademischen Lehrers unwürdig! Soweit die Praxis. Bleibt die Forschung. Haben wir ein

Recht, Begabten der Medizingeschichte den Weg des Wissens zu versperren? Ein einziger begabter Schüler, der keine Möglichkeit hat, sich darin auszubilden, muß unser akademisches Gewissen belasten. In Tübingen lehrte der verstorbene Sanskritforscher Weller ein Leben lang. Er hat nie mehr als zwei Schüler gehabt. Er las für diese zwei, und unter ihnen sind neue Sanskritforscher erwachsen.

III

Der Referentenentwurf (II. Unterabschnitt) hat unser Fach unberücksichtigt gelassen, dieses Fach, dessen lange Kette grandioser Lehrer und Gelehrter angedeutet wurde. Liegt hier ein Versehen sub specie futurologiae vor, war es also eine psychoanalytische Fehlleistung Freuds? Wir wollen es hoffen, ohne den Mut dazu zu haben. Liest man nämlich, was auf dem Münchener Kongreß „System 69", an dem 1200 Fachleute aus 21 Ländern beteiligt waren, vom Redner Steinbuch ausgeführt wurde, so kriecht dem Leser einigermaßen das Frösteln den Rücken hinauf, wenn er mitgeteilt erhält, daß die Gewichtsverschiebung „weg vom philologischen und historischen Denkmodell" zu dem der Naturwissenschaften und Technik realisiert werden soll.

Nichts gegen die Naturwissenschaften und Technik, gegen deren Erfolge niemand so dumm sein wird, sich zu sträuben. Gefragt werden muß nur, ob diese Erfolge als Gewichtsverschiebung ausreichend sind, etwa den philologisch-historischen Geist des Hippokratischen Eides zu ersetzen. Auf der einen Seite streben die aufgewerteten medizinhistorischen Institute nach philologischen, nicht-ärztlichen Assistenten, auf der anderen Seite soll dieser uns notwendig erscheinende kulturelle Ballast verschwinden. Hier herrscht doch offensichtlich eine arge geistige Verwirrung vom Studierenden bis zur obersten Spitze. In letzter Zeit habe ich mehrfach in der Presse Hippokrates zitiert gelesen, man schrieb ihn „Hypokrates". Es scheint, als störe dies die „kulturelle Führungsfunktion" des heutigen Lehrers nicht mehr.

Wir können also nicht „bona fide" sein, wenn unter Weglassung der Disziplin Medizingeschichte angenommen werden sollte, man habe sie nur gerade eben vergessen.

Es ist somit zweifellos mehr als bescheiden, wenn die Arbeitsgemeinschaft der Hochschullehrer für Geschichte der Medizin nach ausgiebiger Debatte am 8. November 1969 die Stoffgebietsgruppe V des oben genannten Unterabschnitts im § 31 und 32 kritisch betrachtet hat und protestierend der Meinung wurde, daß dieses „Vergessen" an dieser Stelle nachzuholen ist. Sozial-, Rechts- und Arbeitsmedizin mit ihren 90 Fragen erfordert die Einschleusung der Medizingeschichte. Im folgenden sei dieser Protest in seiner Formulierung mitgeteilt:

Arbeitsgemeinschaft der Hochschullehrer für Geschichte der Medizin

Stellungnahme zu dem Referentenentwurf einer neuen Approbationsordnung für Ärzte vom 20. September 1969:

Die Arbeitsgemeinschaft der Hochschullehrer für Geschichte der Medizin, der sämtliche Professoren und Privatdozenten dieses Faches angehören, protestiert aufs schärfste gegen die Streichung des Faches „Geschichte der Medizin" aus den Pflichtveranstaltungen und aus den Themenkatalogen des Referentenentwurfs zur Approbationsordnung. Diese Streichung ist ohne jede Begründung und ohne Anhörung der Fachvertreter erfolgt. Sie steht in vollkommenem Widerspruch zu den Empfehlungen des Wissenschaftsrates von 1960, in denen die Bedeutung der Medizingeschichte mit Nachdruck unterstrichen und für jede Fakultät ein Lehrstuhl gefordert wird. Die damals angeführten Gründe sind heute unverändert gültig, wie gerade auch aus der Präambel zum Referentenentwurf der Approbationsordnung zu ersehen ist.

Die Arbeitsgemeinschaft fordert, daß der folgende Themenkatalog in Anlage 22 unter der Stoffgebietsgruppe V gesondert für das Fach „Geschichte der Medizin" aufgeführt wird:

Geschichte der Medizin

Historische Grundlagen des ärztlichen Denkens, Wissens und Handelns; Entwicklung der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit; Wandlungen des Arzt-Patient-Verhältnisses; ärztliche Wertlehre; kulturelle und soziale Einflüsse auf den Werdegang der Medizin; allgemeine Methodologie und Technik des wissenschaftlichen Arbeitens in der Medizin; medizinische Bibliographie.

Gewiß: Approbationsfragen unterstehen dem Gesundheitsministerium. Schon ihm kann nicht die Entschuldigung gelten, es habe über die Dinge nicht nachgedacht. Es gibt aber auch Kultusministerien in den Ländern! Man spricht heute so viel und gern von Koordination. Ist sie so zu verstehen, daß die Universität nur noch Paukkurse für technische Leistungen gibt, daß man also nur allein auf die Ausbildung des Höheren Lehrfaches, des Pastors, des Richters, Staatsanwaltes oder Rechtsanwaltes, also auch des Praktischen Arztes denkt? Gibt es nicht eben doch auch eine selbstlose Forschung, bescheiden genug dotiert, ohne industrielle Forschungsaufträge, die eines Nachwuchses bedarf, der von Praktiken unabhängig ist, also den Theologen, den Rechtsgelehrten usw., also auch den nur nachdenkenden Arzt. Wir sollen nach dem Grundgesetz zu dem uns eigenen Ausbildungsweg gelangen. Wieso schweigen hier die Kultusministerien? Es ist eine menschenrechtliche Fehlsteuerung, solche Aussichten und Möglichkeiten durch Streichung eines Faches im Lehrplan zu verstellen, indem man eine Negativkoordination anstrebt, an der man schuldig wird. Auch der passionierteste Futurologe wird ohne die Historie kläglich scheitern.

Anschr. d. Verf.: o. em. Professor Dr. med. Werner Leibbrand, 8000 München 13, Nordendstraße 2

Internationale Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer

in **Badgastein**, vom 8. bis 21. März 1970,

in **Davos**, vom 9. bis 21. März 1970.

Thema: **„Die Medizin 1980".**

Erfahrungen bei der Führung eines Altenkrankenhauses

von W. Jansen

Über die Grundthemen der Gerontologie und die Besonderheiten der Geriatrie ist schon sehr viel geschrieben und noch mehr geredet worden, obwohl die Grundlagenforschungen auf beiden Gebieten noch in ihren ersten Anfängen stecken und den verschiedensten Spekulationen der Weg offen ist. Trotzdem möchte ich auf einige sicherlich allgemein bekannte Tatsachen hinweisen.

Das höhere Lebensalter läßt den Menschen Krankheiten erleben, die er früher nicht erleben konnte, z. B. das Karzinom, die schweren Folgen chronischer Bronchitiden, sich lange hinziehende Herzinsuffizienzen oder Zirkulationsstörungen und die Folgen fortgeschrittener zerebraler Gefäßsklerosen, um nur einige zu nennen. Die Erfahrung hat auch gezeigt, daß der Ablauf einer bestimmten Erkrankung im höheren Lebensalter recht verschieden sein kann und immer wieder diagnostische und therapeutische Probleme aufwirft. Daraus ergibt sich die Folgerung, daß alle, die mit dem alten Menschen zu tun haben, mit zum Teil völlig neuen Situationen konfrontiert werden, die in irgendeiner Weise bewältigt werden müssen.

Das höhere Alter ist, wie allgemein bekannt, nicht mehr ein Ausnahmezustand, sondern ein Massenproblem, das sogar an Bedeutung noch zunehmen wird. Dieses Problem kann nur von der aktiven Generation der in der Wirtschaft, der Politik, der Sozialfürsorge, dem Krankenhauswesen tätigen Menschen gelöst werden. Dazu ist bisher freiwillig kaum etwas beigetragen worden, obwohl der jetzt alte Mensch auch einmal jung war und der jetzt junge alt wird und auch einmal der Fürsorge im Alter und besonders in der Krankheit, die mit absoluter Sicherheit auch ihn erwartet, bedarf.

Es ist allgemein bekannt, daß der Bedarf an Krankenhausbetten in keinster Weise gedeckt ist und auch in den nächsten Jahrzehnten nicht gedeckt sein wird. Dieser Tatbestand ist u. a. dadurch zu erklären, daß etwa 65% der jetzigen Krankenhausbetten durch chronisch kranke alte Menschen mit einer langen Liegedauer blockiert sind.

Schafft man nun Stationen ausschließlich für chronisch kranke alte Menschen innerhalb eines Akutkrankenhauses, so kann es sich hierbei nur um eine Notlösung handeln, denn diese geriatrischen Stationen werden wegen ständiger Überfüllung des Akutkrankenhauses mehr und mehr zu Mischstationen, die von chronisch Kranken und akut Kranken jeden Lebensalters belegt werden. Dadurch geht der Charakter einer geriatrischen Station verloren.

Es ist nun aber so, daß der kranke alte Mensch ganz anders betreut und gepflegt werden muß als der Kranke jüngeren Lebensalters. Als Begründung möchte ich zwei der wesentlichsten Gesichtspunkte herausgreifen:

1. Diagnostik und Therapie müssen beim kranken alten Menschen anders geartet sein, denn der Krankheitsablauf, vor allem bei Menschen im höheren Lebensalter, ist sehr unterschiedlich. Eine typische, schulmedizinische oder lehrbuchmäßige Symptomatik wird häufig vermißt. Wir finden z. B. eine akute Appendizitis, die völlig symptomlos verläuft, so daß uns erst der Pathologe als Todesursache „perforierte Appenziditis" angeben kann. Thrombose und Embolie geben im Alter oft zu außerordentlich wenig Symptomen Anlaß. Es kommt immer wieder vor, daß lediglich eine kleine Puls- oder Fieberzacke, ein Anflug von Zyanose oder eine kurzdauernde Beschleunigung der Atmung die einzigen Anzeichen einer Lungenembolie sind, wenn diese überhaupt auffallende Beschwerden verursacht. Wir kennen Pneumonien, die sub- oder afebril verlaufen, zumal dann, wenn gleichzeitig eine zerebrale Gefäßsklerose vorliegt. Nach unseren Erfahrungen durchbricht auch, im Gegensatz zu der Ansicht von R. SCHUBERT, der Herzinfarkt die Indolenz des Alters keineswegs, obwohl zugegeben werden muß, daß er häufig als sogenannter Mikroinfarkt abläuft und vielleicht allein schon aus diesem Grunde den dramatischen Thoraxschmerz mit Todesangst vermissen läßt.
2. Ebenso wie die ärztliche Betreuung des alten Menschen ihre Besonderheiten hat, muß auch seine Pflege nach anderen Gesichtspunkten ausgerichtet werden. Neben der rein körperlichen spielt die seelische Pflege des Betagten wohl die bedeutendste Rolle.

Rund 80% aller chronisch Kranken befinden sich im höheren Lebensalter, sie stellen demnach ein rein geriatrisches Krankengut dar. Sicherlich decken sich viele Maßnahmen beim jungen und alten chronisch Kranken, doch muß immer daran gedacht werden, daß die seelische Einstellung in den beiden Krankheitsgruppen doch sehr verschieden ist. Das aktiv soziale Leben wird beim Jugendlichen zerstört, während es der Betagte bereits abgeschlossen hat. Außerdem müssen wir beim alten Menschen die Tatsache berücksichtigen, daß neben der eigentlichen Krankheit die Altersveränderungen einhergehen, die an sich schon die Pflegebedürftigkeit erhöhen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich den Begriff „Pflegefall" bzw. erhöhte Pflegebedürftigkeit anschneiden. Der Begriff Pflegefall beinhaltet die Tatsache, daß der alte kranke Mensch nicht mehr behandlungsbedürftig ist und lediglich der Pflege bedarf. Diese Einstellung verleitet aber zu einem Fatalismus gegenüber den Beschwerden und Krankheiten des Alters, der gefährlich und außerdem unberechtigt ist. Sicherlich sind wir Ärzte nicht verpflichtet, das Leiden zu verlängern, aber wir müssen alles tun, um zumindest das Leiden zu lindern. Darin liegt jedoch bereits eine z. T. schwierige, bestimmt aber kostspielige Therapie. Der Begriff „Pflegefall" sollte daher aus dem Wortschatz der Geriatrie verschwinden und der Bezeichnung „chronisch Kranker" weichen.

„Erhöhte Pflegebedürftigkeit" — früher Siechtum — besagt, daß ein besonders großer pflegerischer und therapeutischer Aufwand erforderlich ist. Nachdem jedoch allein schon die geläufigen Altersveränderungen eine besondere Pflege und Behandlung erfordern, ist es wohl einer Überlegung wert, ob man nicht den „erhöhten Pflegezuschlag", wie er in einigen Häusern üblich ist, ganz fallen läßt.

Ich möchte nochmals auf die geriatrische Krankenpflege zurückkommen, die sich ja in vielem von der Akutkrankenpflege, wie sie in den Krankenpflegeschulen gelehrt wird, unterscheidet.

Der akut Kranke läßt sich passiv pflegen, d. h., er wartet ab, bis es ihm besser geht und er durch die Behandlung seine Gesundheit wieder erreicht, ohne selbst mitzumachen.

Beim chronisch Kranken ist diese Restututio ad integrum jedoch nicht mehr möglich und eine lebensiange Erkrankung ist sein Schicksal. Pflegen wir diesen Kranken nach den Regeln der Akutpflege, dann verkümmert er mehr und mehr. Da neben dem Krankhaften aber noch Leistungsreserven bestehen, die erhalten und gefördert werden müssen, muß unsere Pflege aktiv ausgerichtet sein, zumal der Kranke sich selbst über seine Leistungsreserven nicht im klaren ist.

Diese Art der Pflege kann nicht so routinemäßig durchgeführt werden wie die allgemeine Krankenpflege, denn sie erfordert ein enges Zusammenarbeiten zwischen Arzt und Schwester sowie auch den übrigen bei der Behandlung beteiligten Personen, wie Krankengymnastin, Bademeister, Masseur, Beschäftigungs- und Sprachtherapeutin. Nur eine solche Teamarbeit kann gute Ergebnisse erzielen.

Das Problem, den alten, chronisch kranken Menschen zweckmäßig unterzubringen, ihn nach den Erfordernissen optimal zu behandeln und aktiv zu pflegen, kann nur durch ein Altenkrankenhaus gelöst werden.

Als Überbleibsel vergangener Zeiten existieren noch heute sogenannte Siechen- oder Pflegeheime, in denen der alte Mensch bis zu seinem Ende gepflegt wird. Diese Heime, die etwas sarkastisch den Charakter eines Präkrematoriums haben, unterscheiden sich ganz erheblich von den nach modernen Gesichtspunkten erstellten Altenkrankenhäusern.

In einem Siechen- oder Pflegeheim wird fast immer mit unzureichenden Mitteln und mangelhafter personeller Besetzung passiv gepflegt, eine Rehabilitation, auch nur in bescheidenen Grenzen, ist demnach gar nicht mehr möglich. Ein Altenkrankenhaus, wenn es den Voraussetzungen gerecht wird, muß dagegen folgende Besonderheiten aufweisen:

1. Es soli örtlich und pflegerisch selbständig sein,
2. eine mittlere oder größere Klinik sollte in der Nähe sein, zumindest aber räumlich getrennt sein,
3. wirtschaftlich soll das Altenkrankenhaus nicht von anderen Häusern abhängig sein,
4. Mehrere Alten- bzw. Pflegeheime sollten in Kontakt zum Altenkrankenhaus stehen.

Diese Symbiose wird in Nürnberg in vorbiidiicher Weise erfüllt. Praktisch sieht diese theoretische Forderung folgendermaßen aus:

Der kranke alte Mensch wird von seinem behandeinden Arzt in das Akutkrankenhaus eingewiesen. Dort wird nun die notwendige und zumutbare Diagnostik durchgeführt. Ist die Diagnostik abgeschlossen und ergibt sich aus ihr eine längere Behandiung und damit auch Pflegedauer, wird der Patient in das Altenkrankenhaus verlegt. Kranke, die bereits in einem Akutkrankenhaus waren und von dort nach Hause entlassen wurden, können auch nach einem entsprechenden Antrag direkt im Altenkrankenhaus aufgenommen werden.

Der Verlegungstermin sollte, was leider nur sehr selten geschieht, so früh als möglich angesetzt und nach vorheriger gegenseitiger Absprache zwischen den Ärzten des Akut- und Altenkrankenhauses durchgeführt werden. Darin liegt für den alten kranken Menschen ein mehrfacher Vorteil, denn es wird ihm rechtzeitig, bevor bleibende Schäden an Leib und Seele entstanden sind, die erforderliche Aufmerksamkeit, Fürsorge und Umsicht zuteii, die er so dringend nötig hat. Sowohl die Umgebung ais auch die ärztliche und pflegerische Betreuung im Altenkrankenhaus entspricht ihm mehr als in einer Allgemeinklinik. Denken wir doch nur daran, daß eine gesunde Entwicklung zur Abtrennung der Kinderkliniken von den Erwachsenenkliniken führte. Ein weiterer Vorteil liegt darin, daß der Arzt des Altenkrankenhauses für die Therapie sehr viel Zeit aufwenden kann, denn früh- oder vorzeitige Entlassungen, wie sie in der Akutklinik unter dem Druck der Bettennot unvermeidlich sind, entfallen.

Wie soll nun ein solches Altenkrankenhaus aussehen? Grundsätzlich ist dazu zu sagen, daß wir bestrebt sein müssen, unseren kranken alten Menschen trotz der sachlichen, oft kühlen Atmosphäre eines Krankenhauses das Gefühl der Wärme und der Geborgenheit zu geben, denn sie müssen ja bei uns oft Jahre ihres Lebens verbringen. Voraussetzung, daß diese Bestrebungen auch erfolgreich sind, ist die Notwendigkeit, daß die Stationen quantitativ und vor allem aber qualitativ nicht unterbesetzt sind, denn die Arbeit, wird sie richtig angefaßt, dürfte wesentlich mehr sein als im Akutkrankenhaus. Es muß aiso ein Bettenschlüssel gefordert werden, der besser ist als der in einer Allgemeinklinik, und die Auswahl der Pflegekräfte sollte, auch in Zeiten des Mangels, nach äußerst kritischen Gesichtspunkten erfolgen. Allein schon an der Tatsache, daß Schwestern oder Pfleger, die aus einem Akutkrankenhaus zu uns kommen, etwa ein Jahr benötigen, um sich auf die Besonderheiten der Pflege des aiten Menschen einzustellen, erkennt man die Schwierigkeiten, vor denen wir oft stehen.

Gegen eine Unterteilung und Differenzierung der Stationen je nach Art der Erkrankungen habe ich doch erhebliche Bedenken. Sicherlich sind derartige Bestrebungen zur Erleichterung der sachlich ärztlichen und pflegerischen Arbeit begrüßenswert. Andererseits ist es aber doch vor ailem für die Pflegekräfte recht eintönig, nur Diabetiker, nur Herzinsuffizienzen oder nur zerebrale Gefäßsklerosen zu betreuen. Nur zu leicht verlieren sie ihr Allgemeinwissen und können sich später bei einem Stationswechsel nicht mehr zurechtfinden. Aber selbst wenn man dieses Argument ablehnt, so wird eine Differenzierung der Stationen oder die Einrichtung von Sonderabteilungen allein schon dadurch unmögiich, da nach unseren Erfahrungen die meisten aiten Menschen an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden, die in keinem kausalen Zusammenhang stehen. Es erscheint demnach in jedem Fall zweckmäßiger, sogenannte Gemischtstationen beizubehalten, wobei selbstverständlich auf einer Station zueinanderpassende Patienten zusammengelegt werden sollten.

Unerläßiich für ein Altenkrankenhaus ist eine physikalisch-therapeutische Abteilung, die nach unseren Erfahrungen in bescheidenem Rahmen gehalten werden kann. Subaquale Darmbäder werden fast immer mit der damit verbundenen Kreislaufbelastung schlecht vertragen und sind daher im höheren Lebensalter nicht

mehr zweckmäßig. Mit einem richtig gemachten hohen Einlauf kann man oft mehr erreichen. Medizinische Vollbäder sind mit größter Vorsicht anzuwenden. Wir begnügen uns mit Halbbädern, wobei die Wassertemperatur mit Zurückhaltung gewählt wird. Dagegen sind wir mit Teilbädern, vor allem Zwei- und Vierzellenbädern, recht großzügig. Unverträglichkeiten wurden nicht beobachtet. Unterwassermassagen und Stangerbäder finden ebenso häufig Verwendung wie Moor-, Paraffin- oder Schlamm-Teil-Packungen. Neben den üblichen Bestrahlungsgeräten — Dezimeterwelle, Mikrowelle, Infrarot, Höhensonne usw. — darf vor allem eine Aerosolinhalation nicht fehlen. Wir haben die Rauminhalation vorgezogen, weil der Kranke im höheren Lebensalter oft nicht in der Lage ist, das Gerät der Einzelinhalation zu bedienen. Turn- und Übungsgeräte, die dem alten Menschen angepaßt sein müssen, sind ebenso wichtig wie eine gute Krankengymnastin, die neben ihrem Fachwissen über ein gutes psychologisches Einfühlungsvermögen verfügen muß.

Sehr wichtig ist eine Diätküche mit einer Diätassistentin, die über die Besonderheiten der Ernährung des alten Menschen Bescheid wissen muß. Notwendige Diäten werden bei uns bewußt aufgelockert verabreicht, da der chronisch Kranke ja über Monate, oft über Jahre eine besondere Kost einhalten muß. Kleine Zugeständnisse verhindern, daß die oft uneinsichtigen Kranken unkontrolliert sündigen und die völlig verständnislosen Angehörigen verbotene Lebensmittel heimlich mitbringen oder in der Öffentlichkeit Greuelmärchen über die Kost verbreiten.

Ein leistungsfähiges Labor, das ebenso wie die Stationen gut besetzt sein sollte, ist trotz der Hauptdiagnostik im Allgemeinkrankenhaus erforderlich. Auch der chronisch Kranke kann einmal akut erkranken, so daß eine diagnostische Klärung erforderlich ist. Außerdem ist bei bestimmten chronischen Erkrankungen — denken wir nur an den Diabetes mellitus — eine ständige Verlaufskontrolle durch das Labor notwendig. Dazu kommt, daß ein Großteil unserer Kranken ohne vorherige Diagnostik im Allgemeinkrankenhaus direkt zu uns kommt, so daß wir wenigstens eine bescheidene diagnostische Klärung des Krankheitsbildes durchführen müssen.

Ob eine Röntgen- und Ekg-Abteilung, sowie eine Wachstation unbedingt gefordert werden müssen, möchte ich weder bejahen noch verneinen. Wir hatten bisher keine Schwierigkeiten, unklare Fälle auf schnellstem Wege diagnostisch klären zu lassen und auch entsprechend zu behandeln. Dagegen sollte der Gedanke einer Wachstation, die über eine Reihe von Sauerstoffzelten verfügt, in Erwägung gezogen werden. Diese Wachstation erfordert allerdings eine Reihe entsprechend ausgebildeter Pflegekräfte, die in der Lage sind, die Geräte zu bedienen und den Kranken zu überwachen. An dieser Forderung wird wahrscheinlich ein solches Respirationszentrum scheitern.

Es erhebt sich nun die Frage, wie sich das Patientengut einer solchen Altenklinik zusammensetzt. Man muß dabei allein schon über den Begriff „Altenklinik" stolpern, denn ab wann ist der Mensch eigentlich alt? Diese Frage kann man sowohl nach dem chronologischen als auch nach dem biologischen Alter beantworten. In der Tat spielt jedoch das Alter des Patienten für ein Altenkrankenhaus keine entscheidende Rolle, denn der Kranke wird immer dann aufgenommen, wenn Behandlung und Pflege zu Hause nicht mehr sachgemäß durchgeführt werden können, oder aber die Erkrankung eine lange Behandlung und Pflegedauer erfordert und damit ein Verbleib in einem Akutkrankenhaus für diese Institution unzumutbar ist. Demnach wird ein Altenkrankenhaus, das man besser und zutreffender „Klinik für chronisch Kranke" bezeichnen sollte, einen sehr viel umfangreicheren Altersbezirk umfassen als z. B. ein reines Pflegeheim üblicher Prägung.

Es ist leider eine immer wieder gemachte Erfahrung, daß chronisch Kranke erst dann zu uns eingewiesen werden, wenn ihnen durch eine oft jahrelange, unzureichende und auch unsachgemäße Behandlung und Pflege nicht einmal mehr zum Teil geholfen werden kann. Hemiplegien, die jahrelang zu Hause hinsiechten, ohne daß auch nur der geringste Versuch gemacht wurde, die gesunden Extremitäten funktionstüchtig zu erhalten, schwerste Herzinsuffizienzen, die über Jahre einmal wöchentlich eine Strophanthininjektion erhielten, Patienten mit ausgedehnten Dekubitalulzera im Zustand der völligen biologischen Dekompensation, stellen uns immer wieder vor unlösbare Probleme. Hier können wir nur noch lindern, aber nicht mehr helfen. Es müßte daher ein Weg gefunden werden, daß die richtigen Patienten zur richtigen Zeit in das Altenkrankenhaus kommen, damit diese therapeutisch und pflegerisch als Hochleistungsklinik zu bezeichnende Institution nicht zur Ablagerung und Ausweichklinik degradiert wird und damit ihren eigentlichen Sinn verliert.

Eine bevorzugte Aufnahme in die Altenklinik sollten folgende Erkrankungen finden: Alle Schlaganfälle, Diabetiker mit und ohne diabetische Komplikationen, chronische Emphysembronchitis mit und ohne Bronchiektasien bzw. mit und ohne Rechtsherzinsuffizienzen, zerebrale Gefäßsklerosen, nur noch konservativ zu behandelnde Karzinome, alle Arten von Gelenkerkrankungen mit und ohne Versteifung, alle Arten von Magen- und Darmerkrankungen, Leberzirrhosen und vor allem Patienten mit Fettleber, Morbus PARKINSON, urologische Erkrankungen, Encephalomyelitis disseminata, amyotrophe Lateralsklerosen. Dagegen gehören Patienten, die im Verlauf einer zerebralen Gefäßsklerose völlig desorientiert sind oder an Alterspsychosen leiden, nicht in eine Altenklinik, sondern in ein Bezirkskrankenhaus.

Wie ich vorhin schon ausgeführt habe, muß in einem Krankenhaus für chronisch Kranke eine aktivierende Therapie und eine aktivierende Pflege im Vordergrund stehen.

Die aktivierende Therapie, sei sie nun medikamentöser oder auch physikalischer Art, kann nicht so routinemäßig durchgeführt werden wie in einem Allgemeinkrankenhaus, denn sie ist gebunden an die unterschiedliche Reaktionsfähigkeit in den verschiedenen Lebensaltern. Zahlreiche Schwierigkeiten stehen der sachgemäßen Anwendung der Medikamente bei langdauernden Erkrankungen im Wege, zumal bei betagten Personen, bei denen die Polymorbilität die Regel ist, denn man muß mehreren Anforderungen gleichzeitig genügen.

Grundlegende Faktoren dieses Problems sind:

1. das Alter
2. die chronischen Erkrankungen
3. die lange Dauer der Einnahme von Medikamenten

Die Ansichten, wie man mit diesem Problem fertig wird, werden vielfach diskutiert; die Antworten sind aber uneinheitlich.

Nach unserer systematischen Erfahrungsforschung können wir heute sagen, daß sowohl in der Psychopharmakatherapie als auch bei der Behandlung von Herz-Kreislaufstörungen im Alter die Dosierung entsprechender Medikamente wesentlich höher gewählt werden muß als bei Kranken jüngerer Jahre.

Wir müssen, um einen therapeutischen Erfolg zu erzielen, fast immer die entsprechenden Arzneimittel so hoch dosieren, daß sie von einem Kranken jüngeren Lebensalters mit Sicherheit nicht mehr toleriert werden. Ein Kardinalproblem für uns ist die zerebrale Hypoxie im Rahmen einer allgemeinen Hypotonie. Während zahlreiche Medikamente gegen die Hypertonie den Markt überschwemmen, gibt es nach unseren Erfahrungen kein einziges zuverlässiges Medikament zur Beseitigung der zerebralen Hypoxie bzw. der allgemeinen Hypotonie. Selbst der bewährte Hypertensin-Tropfer wirkt nur, solange er tropft. Hier liegt ein echtes therapeutisches Problem vor, das nur von den experimentellen Geronten bzw. den Chemikern der pharmazeutischen Industrie gelöst werden kann.

Die physikalische Therapie im Alter ist bis heute keineswegs verbindlich und immer noch auf die spezielle Erfahrung der einzelnen Therapeuten angewiesen. Nach unseren Erfahrungen ist es vor allem bei chronischen Erkrankungen nicht so gravierend, was gemacht wird, sondern entscheidend ist die Tatsache, daß überhaupt etwas geschieht, wobei der psychologische Faktor eine wesentliche Rolle spielt. Einige für den alten chronisch Kranken wesentliche Besonderheiten habe ich ja schon erwähnt. Wichtig erscheint mir die sachgemäße Beobachtung der Patienten während und nach einer physikalisch-therapeutischen Behandlung durch die Pflegekräfte, damit allzu forcierte Anwendungen, die eher schaden als nützen, unterbleiben. Diese Rapportierung sollte folgende Kriterien berücksichtigen:

1. Die Pulsfrequenz sollte 110/min nicht übersteigen,
2. die Atemfrequenz sollte höchstens nach 5 Minuten die Ruhefrequenz wieder erreicht haben,
3. Kopfschmerz, Hüsteln, Zyanose der Lippen und Appetitlosigkeit deuten eine Überforderung an,
4. der Kranke darf nur so lange behandelt werden, wie er mit geschlossenem Mund atmen kann,
5. Gähnen während der Behandlung deutet eine Mangeldurchblutung im Stammhirn an, so daß die Behandlung abgebrochen werden muß.

Die Pflege in einem Altenkrankenhaus muß nach anderen Gesichtspunkten ausgerichtet sein als im Allgemeinkrankenhaus. Neben allgemein aktivierenden Maßnahmen, wie richtiger Lagerung, passiver und aktiver Bewegungsübungen, soll der Patient sobald als möglich dazu angehalten werden, selbst zu essen, sich selbst zu waschen oder zu frisieren. Es liegt allein an der Pflegekraft, festzustellen, wieweit sie dem Patienten helfen muß und wieweit dieser selbst die Tätigkeit verrichten kann. Diese Mischung von helfen und fordern stellt sehr hohe Ansprüche an das Pflegepersonal, denn es sind erfahrungsgemäß immer mehrere Faktoren, die den Grad der Selbständigkeit des Patienten beeinflussen: Dazu gehören die Krankheit selbst, die Geschicklichkeit und das Einfühlungsvermögen der Schwester, die Angehörigen des Patienten und nicht zuletzt der seelische Zustand des Kranken. Vor allem aus letzterem Grunde werden sich alle, die sich der Pflege und Betreuung chronisch Kranker oder alter Patienten widmen, mit den seelischen Veränderungen dieser Patientengruppe auseinandersetzen müssen, eine Forderung, die leider nur von sehr wenigen Pflegekräften erfüllt wird. Dieser quantitative Mangel ist dadurch zu erklären, daß den meisten jungen Kräften die Tätigkeit in einer Altenklinik unbekannt ist und daher nicht attraktiv genug erscheint, daß viele Pflegekräfte jeder Altersgruppe zum alten Menschen keine innere Beziehung besitzen, eine systematische Ausbildung in den Besonderheiten der Altenpflege nicht wahrgenommen wird und der Umgang mit alten kranken Menschen zu mühselig ist. Während von verschiedenen Seiten gefordert wird, Altenpflegerinnen während ihrer Schul- oder Bewährungszeit für einige Monate einer Akutklinik zu überlassen, halte ich es für wesentlich zweckmäßiger, wenn in den Lehrplan der Krankenpflegeschulen, der sich über drei Jahre erstreckt, eine viertel- oder halbjährige Tätigkeit in einem Altenkrankenhaus eingeplant wird. Ein solcher Austausch ist aber nur dann wertvoll, wenn die Altenklinik über einen stabilen Stamm qualifizierter Pflegekräfte verfügt.

Aus meinen Ausführungen kann sicher entnommen werden, daß die Hauptaufgabe einer Klinik für chronisch Kranke neben den therapeutischen und pflegerischen Bemühungen darin besteht, den Leidenden das Gefühl zu vermitteln, nicht mehr nutzlos auf dieser Welt zu sein. Es gibt genügend Möglichkeiten, sie von ihrem grausamsten Partner — der Einsamkeit — zu befreien. All diese Menschen hat das Schicksal in eine harte Schule genommen, aber in der Atmosphäre einer geeigneten Gemeinschaft wird dieser Ballast oft abgeworfen, wird oft das so trostlose Ich vergessen.

Unsere Aufgabe muß es sein, dem Leben der uns anvertrauten Kranken einen sinnvollen Inhalt zu geben. Und da wertvoller Inhalt nicht im Materiellen gefunden werden kann, so wird es nötig sein, die noch vorhandenen Leistungsreserven zu erkennen und zu aktivieren: „Und wenn es köstlich war, dann ist es Mühe und Arbeit gewesen."

Das mir zufallende Thema „Erfahrungen bei der Führung eines Altenkrankenhauses" ist so umfassend, daß ich außerstande war, in der kurzen Zeit alles zu sagen, was mir am Herzen liegt, z. B. das Berufsbild der Altenpflegerin, die Auswahl des Lehrstoffes, das Verhältnis zwischen vollexaminierten Kräften und den Altenpflegern, die ärztliche Betreuung, die Rechtstellung des frei praktizierenden Arztes innerhalb eines Altenkrankenhauses, usw.

Vortrag anläßlich des III. Sozialmedizinischen Kurses am 26. November 1969 in München vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. W. Jansen, *Heimarzt der Stadt Nürnberg, 8500 Nürnberg, Albrecht-Dürer-Platz 6*

Die Deutsche Universität in Prag

Die letzten 100 Jahre ihrer Medizinischen Fakultät

von Dr. Walther Koerting

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

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

Über die gerichtsärztliche Begutachtung

von G. Dahse

Das Thema „über die gerichtsärztliche Begutachtung" könnte bei einer Tagung der Ärzte des öffentlichen Dienstes deplaciert wirken, wenn nicht bekannt wäre, daß Amtsärzte schon oft von Gerichten bemüht wurden und möglicherweise in Zukunft noch mehr bemüht werden, wenn der Landgerichtsarzt mehr auf die Tätigkeit beim Landgericht und Amtsgericht seines Dienstortes beschränkt wird.

Während in den meisten Bundesländern die gerichtsärztliche Begutachtung den Universitätsinstituten, den Nervenkliniken und geiegentlich besonders ausgestatteten kommunalen Spezialinstituten und von Fall zu Fall den Amtsärzten übertragen ist, wird sie in Bayern genereli vom Landgerichtsarzt durchgeführt, sofern nicht die Einweisung nach § 81 StPO in besonderen Fällen geboten ist. — Daß sich die Einrichtung des iandgerichtsärztlichen Dienstes wohi bewährt hat, wird dadurch bewiesen, daß sich jetzt Hessen um die Einrichtung eines ähnlichen Dienstes bemüht.

Ist in den übrigen Bundesländern die Beurteilungspraxis fachiich aufgefächert (Pathologisches Institut, Psychiatrische Klinik), so obliegt dem Landgerichtsarzt neben seiner gefängnisärztlichen Tätigkeit die Durchführung der Sektionen und die Ersteiiung psychiatrischer Gutachten. Letztere Aufgabe nimmt erfahrungsgemäß die meiste Zeit in Anspruch; es soll deswegen besonders in diesem Correferat darauf eingegangen werden, ohne spezielle Fragen anzuschneiden, nachdem ein eigenes Referat „Psychiatrische Begutachtung" auf dem Programm steht (vgl. „Bayer. Ärzteblatt", Heft 7/1969, S. 673).

Zu den wichtigsten Hiifsmitteln des Richters zur Erhellung der objektiven Wahrheit gehört die Vernehmung des Sachverständigen, dessen Gutachtenergebnis sich das Gericht in freier Beweiswürdigung anschließen kann oder nicht. Dieses Gutachtenergebnis soll keine vom Richter einfach zu übernehmende Entscheidung sein.

Nachdem es kaum einen bedeutenden Prozeß gibt, bei dem ein psychiatrischer Sachverständiger nicht eingeschaltet wird, ist Qualität des Gutachtens und psychiatrisches Können des Sachverständigen (nach dem sicher die Verteidigung fragen wird) von entscheidender Bedeutung für die rasche Abwicklung des Prozesses.

Im Strafprozeß geht es vorrangig um die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit, um die Kiärung der Frage, ob der Angeklagte in der Lage war, das Unrechtmäßige seiner Handlung zu erkennen und nach dieser Einsicht zu handeln. Hier berühren wir bereits rechtsphilosophische Probleme. Nach Auffassung von Kurt SCHNEIDER wird man die Frage der möglichen Einsichtsfähigkeit nie mit absoluter Sicherheit beantworten können. Es sei auch an das Wort ASCHAFFENBURGs erinnert: „Zur Feststellung einer Geisteskrankheit genügt oft eine Minute, zum Nachweis aber, daß jemand nicht geisteskrank ist, reichen oft Wochen genauester Beobachtung nicht aus."

Die Begutachtungen im Bereich der Ziviigerichtsbarkeit sind oft solche, die auch von Nichtpsychiatern durchgeführt werden. Hier sei an die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit im Anschluß an Ehescheidungsprozesse und Verfahren wegen einer Körperbeschädigung erinnert. Der Psychiater kommt dagegen wieder vorrangig bei Entmündigungsverfahren und Prozessen, in denen die Glaubwürdigkeit jugendlicher Zeugen fragwürdig ist, zu Wort. So sehr die Verzettelung in der Begutachtung durch Hinzuziehung weiterer Sachverständiger bedauert werden mag, so ist in letzterem Fall die Beiziehung eines Psychologen oft unumgänglich, es sei denn, der Gerichtsarzt besitzt eine besondere kinderpsychiatrische Ausbiidung.

Die zweite Hauptaufgabe, die Durchführung gerichtlicher Leichenöffnungen, verlangt bei der heutigen kritischen Einstellung der Verteidigung zwingend die Anlehnung an ein gerichtsmedizinisches Universitätsinstitut, es sei denn, der Landgerichtsarzt ist Fachpathoioge. Aber auch dann wird die Zusammenarbeit wegen der notwendig anfallenden feingeweblichen und toxikologischen Untersuchungen unmgängiich sein. Daß nunmehr auch der zweite Obduzent — nach einer Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern — in der Regel ein Gerichtsmediziner oder Pathologe sein soll, kann nur begrüßt werden. Wird doch dadurch die notwendige Zusammenarbeit zu den Universitätsinstituten vertieft. Mögliche Prozeßunterbrechungen sind nur so zu verhindern; es sei denn, die Leichenöffnungen werden durch ein eigenes landgerichtsärztliches Sektionsteam, das überregional tätig sein würde, durchgeführt.

Als dritte Aufgabe, die jedoch nicht allen Landgerichtsärzten obliegt, ist der gefängnisärztliche Dienst zu nennen. Neben eigentlichen ärztlichen Betreuungsaufgaben werden zusätzlich Haftfähigkeit, Verhandlungsfähigkeit und Vernehmungsfähigkeit von Fall zu Fall zu beurteilen sein. So sehr zu begrüßen ist, daß der Gerichtsarzt durch seine gefängnisärztliche Tätigkeit der praktischen Medizin nicht völlig entfremdet wird, so sehr ist zu bedauern, daß bei der gerichtsärztlichen Begutachtung, die der gleiche Arzt durchführt, das Vertrauensverhältnis zum Probanden dadurch gestört sein kann, weil dieser den Arzt unwilkürlich mit dem Strafvollzugsdienst identifiziert.

Betrachtet man den hier in Kürze angedeuteten Aufgabenkreis des Landgerichtsarztes (psychiatrische Beurteilung, Sektionen, praktische Behandlung der Gefängnisinsassen und Beurteilung der Haftfähigkeit, Verhandlungsfähigkeit und Vernehmungsfähigkeit), so muß gesagt werden, daß sich der bayerische Staat bei Gründung des landgerichtsärztlichen Dienstes ein Instrument geschaffen hat, das auch heute noch — sofern der einzelne Gerichtsarzt die Grenzen seiner Möglichkeit richtig einschätzt und die materiellen Voraussetzungen, wie ausreichende Räume, genügendes Instrumentarium erfülit sind — zum Wohle der Rechtspflege wirkt.

Vortrag anläßlich der Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e.V. am 18. Oktober 1968 in Augsburg.

Anschrift d. Verf.: Regierungsmedizinaldirektor Dr. med. G. Dahse, *8000 München 19, Franz-Marc-Straße 12*

Änderung der Sachverständigenentschädigung

von Dr. jur G. Herold, Augsburg

Das Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (GEZS) in der Fassung vom 26. 9. 1963 ist durch ein Änderungsgesetz vom 15. 9. 1969 (BGBl. I S. 1629) in einigen Punkten umgestaltet worden. Die Neuregelung, die am 1. Oktober 1969 in Kraft getreten ist, hat für den Sachverständigen eine nicht unwesentliche Verbesserung seiner Entschädigung gebracht. Hierdurch soll, wie in der amtlichen Begründung betont wird, nicht nur der wirtschaftlichen Entwicklung, sondern auch der Tatsache Rechnung getragen werden, daß die Sachverhalte, welche die Gutachter zu beurteilen haben, zunehmend schwieriger geworden sind, wodurch sich erhöhte Anforderungen an die Sachverständigen ergeben. Offenbar hat sich jetzt, wenn auch reichlich spät, die Erkenntnis durchgesetzt, daß die bisherigen Vergütungssätze vor allem für den wissenschaftlich ausgebildeten und erfahrenen Sachverständigen in keiner Weise ausreichten; denn in der Begründung zu dem neuen Gesetz heißt es wörtlich: „Die Wahrheitsfindung und damit die Rechtspflege insgesamt würden Schaden leiden, wenn es wegen einer unzumutbar geringen Entschädigung nicht gelänge, auch hochqualifizierte Fachleute als gerichtliche Sachverständige zu gewinnen." Auch im schriftlichen Bericht des Rechtsausschusses wird hervorgehoben, eine Erhöhung der oberen Grenze für die Sachverständigenentschädigung erscheine nötig, damit die Zahl der Sachverständigen, die zur Erstattung von Gutachten für Gerichte und Staatsanwaltschaften bereit sind, sich nicht zum Schaden der Rechtspflege vermindert.

Neuregelung des Stundensatzes

In § 3 Abs. 2 GEZS wurde bisher zwischen dem gewöhnlichen Stundensatz (bis zu 7,50 DM) und einem erhöhten Betrag (bis zu 15 DM) unterschieden, der dann gewährt werden konnte, wenn das Gutachten besondere fachliche Kenntnisse erforderte. Diese Unterscheidung wird aufgegeben. Die Sachverständigenentschädigung beträgt nunmehr für jede Stunde der erforderlichen Zeit höchstens 30 DM. Im Einzelfall sind für die Bemessung des Stundensatzes der Grad der erforderlichen Fachkenntnisse, daneben aber auch die Schwierigkeit der Leistung und die besonderen Umstände maßgebend, unter denen das Gutachten zu erarbeiten war.

Damit wird den Gerichten bei der Bemessung der Sachverständigenvergütung ein größerer Ermessungsspielraum eingeräumt. Der Stundenhöchstsatz von 30 DM kann nur in besonders gelagerten Fälien zugebilligt werden. Es ist aber zu erwarten, daß dem fachlich besonders qualifizierten Gutachter durchwegs eine Stundenvergütung von 20 bis 25 DM gewährt werden wird.

Wie schon bisher, wird auch künftig der Stundensatz für die gesamte erforderliche Zeit einheitlich festgelegt werden, ohne Rücksicht darauf, ob der Sachverständige während des gesamten Zeitraumes seiner Tätigkeit besonders schwierige Leistungen zu erbringen hat. Maßgebend ist jeweils der höchste in Betracht kommende Stundenbetrag.

Die letzte, bereits begonnene Stunde wird — der bis-

Tabelle 1

Besichtigung einer Leiche, von Leichenteilen oder die Mitwirkung bei einer richterlichen Leichenschau einschließlich Bericht	20 DM
mehrere Verrichtungen bei derselben Gelegenheit höchstens	55 DM
nachträgliche Berichte je	10 DM
höchstens jedoch	35 DM
Leichenöffnung	70 DM
Sektion von Leichenteilen[1])	35 DM
Ausstellung eines Befundscheins oder die Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachtliche Äußerung	7—20 DM
außergewöhnlich umfangreiche oder zu außergewöhnlicher Zeit notwendige Tätigkeit bis zu	40 DM
Zeugnis über einen ärztlichen Befund mit kurzer gutachtlicher Äußerung oder Formbogengutachten	14—28 DM
außergewöhnlich umfangreiche oder zu außergewöhnlicher Zeit notwendige Tätigkeit bis zu	60 DM
Untersuchung eines Lebensmittels oder Arzneimittels nebst kurzer gutachtlicher Äußerung je Probe	8—70 DM
außergewöhnlich umfangreiche Untersuchungen bis zu	250 DM
mikroskopische, physikalische, chemische, bakteriologische oder serologische Untersuchungen einschließlich kurzer gutachtlicher Äußerung je Probe	8—70 DM
außergewöhnlich umfangreiche Untersuchungen bis zu	250 DM
röntgenologische oder elektrophysiologische Untersuchungen nebst kurzer gutachtlicher Äußerung	8—50 DM

[1]) Bei besonders ungünstigen äußeren Bedingungen der Obduktion beträgt die Entschädigung 80 bzw. 50 DM

Tabelle 2

Entschädigung bei Blutgruppenbestimmungen je Blutprobe

Bestimmung von ABO-Blutgruppen	*10 DM*
Bestimmung von Untergruppen	*8 DM*
MN-Bestimmung	*8 DM*
Bestimmung der Merkmale des Rh-Komplexes je Merkmal	*10 DM*
bei derselben Blutprobe je Person insgesamt höchstens	*50 DM*
Bestimmung der Blutgruppenmerkmale P, K, S und weiterer direkt bestimmbarer, je Merkmal	*10 DM*
bei derselben Blutprobe je Person insgesamt höchstens	*50 DM*
Bestimmung nur indirekt nachweisbarer Merkmale, je Merkmal	*15 DM*
bei derselben Blutprobe je Person insgesamt höchstens	*50 DM*
zusätzlich erforderlicher Titrationsversuch	*14 DM*
zusätzlich erforderlicher Spezialversuch (Absättigung, Bestimmung des Dosiseffekts usw.)	*20 DM*
Bestimmung der Typen der sauren Erythrozyten-Phosphate	*20 DM*
Bestimmung der Phosphoglukomutasen	*20 DM*
Bestimmung der Merkmale des Gm-Systems oder des Inv-Systems je Merkmal	*20 DM*
bei derselben Blutprobe je Person insgesamt höchstens	*60 DM*
Bestimmung von Haptoglobintypen	*20 DM*
Bestimmung der Gruppe Gc	*20 DM*
schriftliches Gutachten	*10 DM*
Blutentnahme einschließlich Identitätsfeststellung	*4 DM*
Blutentnahme zu außergewöhnlicher Zeit oder unter außergewöhnlichen Umständen bis zu	*25 DM*
Erbbiologische Abstammungsgutachten (Leistung des Sachverständigen), wenn bis zu 3 Personen untersucht werden	*400 DM*
für die Untersuchung jeder weiteren Person	*100 DM*
Entschädigung für die bei der Vorbereitung und Erstattung des Gutachtens aufgewendeten Kosten, wenn bis zu 3 Personen untersucht werden	*120 DM*
für die Untersuchung jeder weiteren Person	*30 DM*

herigen Regelung entsprechend — grundsätzlich voll gerechnet. Während dies jedoch bislang auch dann der Fall war, wenn der Sachverständige in mehreren Verhandlungen, die jeweils weniger als eine Stunde dauerten, in Anspruch genommen wurde, muß sich der Sachverständige in solchen Fällen künftig damit begnügen, daß seine Vergütung nur nach der Zeit seiner tatsächlichen Inanspruchnahme bemessen wird.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann der Stundensatz um bis zu 50 v. H. überschritten werden. Das ist einmal dann möglich, wenn sich der Sachverständige in seinem Gutachten eingehend mit der wissenschaftlichen Lehre auseinanderzusetzen hatte, zum anderen aber auch, wenn der Gutachter durch die Dauer oder die Häufigkeit seiner Heranziehung einen nicht zumutbaren Erwerbsverlust erleiden würde, oder wenn er seine Berufseinkünfte im wesentlichen als gerichtlicher oder außergerichtlicher Sachverständiger erzielt. Im letzteren Punkt geht die Neuregelung weiter als die bisherige. Da die Erhöhung nur einmal gewährt werden kann, auch wenn mehrere Voraussetzungen zutreffen, ergibt sich ein möglicher Stundenhöchstsatz von 45 DM (bisher 30 DM).

Neue Sätze für besondere Verrichtungen

Bestimmte Verrichtungen eines Sachverständigen wurden schon bisher nach der Anlage zu § 5 GEZS entschädigt. Die dort festgelegten Sätze sind ebenfalls erhöht worden (vgl. dazu Tab. 1 und 2).

Dem Sachverständigen, der Verrichtungen der genannten Art zu erbringen hat, werden bei Reisen die entstehenden Fahrtkosten ersetzt. Außerdem wird ihm für die zusätzlich erforderliche Zeit eine Entschädigung von 15 DM (bisher 10 DM) für jede Stunde gewährt.

Aufwandsentschädigung bei Reisen

Für den durch die Abwesenheit vom Aufenthaltsort oder durch die Wahrnehmung eines Termins am Aufenthaltsort verursachten Aufwand erhält der Sachverständige eine Entschädigung, die sich nach seinen persönlichen Verhältnissen bemißt; die obere Grenze bildet der Tagegeldsatz, der Richtern im Bundesdienst in der Reisekostenstufe C zusteht. Bei Abwesenheit vom Aufenthaltsort bis zu 5 Stunden werden die notwendigen Auslagen bis zu 5 DM erstattet (bisher 4 DM bei Abwesenheit von weniger als 6 Stunden). Bei Terminen am Aufenthaltsort des Sachverständigen werden für jeden Tag, an dem der Gutachter länger als 4 Stunden von seiner Wohnung abwesend sein mußte, 5 DM (bisher 4 DM) als Zehrgeid gewährt.

Hatte ein Sachverständiger im Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Bestimmungen (1. 10. 1969) in einem Fall seine Gutachtertätigkeit begonnen, aber noch nicht abgeschlossen, so bemißt sich seine gesamte Vergütung — auch die für den Zeitaufwand vor dem 1. 10. 1969 — nach den erhöhten Sätzen.

(aus: „Ärztliche Praxis", XXI. Jahrgang, Nr. 90, vom 11. November 1969)

AUS DEM STANDESLEBEN

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

42. Fortbildungskurs

(Schluß)

3. Hauptthema: „Neue Erkenntnisse bei Erkrankungen der Schilddrüse"

Professor Dr. A. LABHART, Zürich:

„Korrelationsstörnngen bei Erkrankungen der Schilddrüse — Stand und Ausblick"

Die Schliddrüse steht In enger Korrelatlon zu dem Wirken der anderen endokrinen Drüsen. Das Schilddrüsenhormon sensibiltsiert das Kreislaufsystem gegenüber der stimulatorischen Wirkung von Adrenalin und Nor-Adrenalin (Nebennierenmark). In der Hypothyreose sind die Katecholamine kaum wirksam, in der Hyperthyreose ist der Organismus maximal empfindlich auf diese. Der Einsatz von β-Rezeptoren-Blockern schelnt in extremen Fälien thyreotoxischer Krisen gerechtfertigt. In der Hyperthyreose werden die NNR-Hormone, insbesondere das Cortisol, beschleunigt abgebaut. Vermehrte ACTH-Sekretion hält jedoch den Cortisol-Serum-Spiegel aufrecht. Daß die Ovarialhormone die Trägerproteine des Thyroxins erhöhen und Testosteron dieselben senkt, spielt in der Schilddrüsen-Funktionsdiagnostik eine Rolle. Die Ovulationshemmer bedingen einen erhöhten Wert an eiweißgebundenem Jod (PBI) bei unverändertem freien Thyroxin. Treten Schilddrüsen- und NN-Insuffizienz gemeinsam auf, so spricht man vom SCHMIDTschen Syndrom. Eine zur Atrophie beider Organe führende lymphozytäre Infiltration legt Immunologische Vorgänge nahe, Autoantikörper gegen Schilddrüse und Nebenniere wurden gefunden. Die Frage nach der Pathogenese steht noch offen, eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechts und eine familiäre Belastung sind offenkundig. Gelegentlich ist dieses Krankheitsbild noch gekoppelt mit einer Nebenschilddrüseninsuffizienz, einem Diabetes mellitus und einer perniziösen Anämie (pluriglanduläre Insuffizienz).

Wohl das Aktuellste ist heute die Beziehung der Schilddrüse zum Kalziumstoffwechsel. Bei lange bestehender Hyperthyreose ist eine Osteoporose wie bei Hyperparathyreoidismus gar nicht selten. Die Frage nach der Pathogenese der Osteoporose ist im Hinblick auf das unlängst entdeckte Kalzitonin, das vorwiegend in der Schilddrüse gebildet wird, neu zu überprüfen. Inzwischen ist das Kalzitonin synthetisierbar, seine Wirkung beruht auf einer Hemmung der Osteoblasten im Skelettsystem mit einer Senkung des Blutkalziumspiegels (Antagonist des Parathormons). Das medulläre Karzinom der Schilddrüse, das von den parafollikulären C-Zellen ausgehen soll, enthält tausendfach mehr Kalzitonin als die normale Schilddrüse. Die Bedeutung des Kalzitonins im endokrinologischen Geschehen ist noch unklar, die totale Schilddrüsenentfernung führt zumindest zu keiner Ca-Stoffwechselstörung. Auffallend ist oft das gleichzeitige Auftreten eines medullären Schilddrüsenkarzinoms mit Tumoren des Nebennierenmarks (Phäochromozytom). Das medulläre Schilddrüsenkarzinom kann erworben sein, es tritt aber auch familiär gehäuft auf. Bei den angeborenen Formen erlaubt der Konstitutionstyp die Anhiebsdiagnose: grotesk-dürre Körpergestalt, wulstige Lippen, Neurome der Schleimhaut von Zunge und Augenlidern, Pigmentierung um den Mund, an Händen und Füßen, hartnäckige Akne im Gesicht sowie proximale Muskelatrophie der Extremitäten. Als konstitutionelles Gegenstück dazu sei das merkwürdige Syndrom des Pseudohypoparathyreoidismus oder brachymetakarpalen Kleinwuchses genannt: kleinwüchsige, untersetzte Individuen mit kreisrundem Gesicht und Patschhänden aufgrund verkürzter Metakarpalia. Bei diesem Syndrom mit Hyperostose und fehlenden Osteoblasten wird eine Kalzitonin-Überproduktion vermutet.

Professor Dr. Chr. HEDINGER, Lausanne:

„Fortschritte in der Morphologie der Schilddrüse"

Innerhalb der Schilddrüse sind neben den hormonbildenden Follikeln und Follikelzellen neuerdings auch die Kalzitonin-bildenden parafollikulären C-Zellen bedeutsam geworden. Hohe, zylindrisch geformte Follikelepithelzellen sprechen für eine Aktivitätssteigerung, abgeflachte Epithelien für eine funktionelle Ruhigstellung. Die Bilanz aus Produktion und Verbrauch an Hormon ist am Follikelinhalt, am Kolloid ersichtlich. Eine positive Bilanz äußert sich in einer Vermehrung und einer guten Färbbarkeit (Eindickung) des Kolloids und umgekehrt. Den Mechanismus der Hormonbildung und -ausschüttung stellt man sich folgendermaßen vor: die EW-Synthese erfolgt in der Epithelzelle. Die Jodierung findet erst unmittelbar bei Zellaustritt des EW in die Follikellichtung statt, wo das Thyreoglobulin gespeichert wird. Die Hormonsekretion verläuft in der Gegenrichtung. Thyreoglobulin wird in Tropfenform durch Pinozytose von der Zelle wieder aufgenommen und intrazellulär zum eigentlichen Hormon proteolysiert. Dieses wird schließlich in die anliegenden Kapillaren abgegeben. Hormonaufbau und -sekretion werden durch TSH aktiviert.

Die Identifizierung der C-Zellen ist nicht einfach. Erkennbar durch ihre Argyrophilie finden sie sich zwischen den Follikelzellen und sitzen deren Basalmembran auf. Elektronenoptisch sind Sekretgranula charakteristisch, deren Zahl nach Kalziuminjektionen abnimmt (Sekretausschüttung).

Bezüglich der Pathologie der Schilddrüse kommen Funktionsstörungen der Follikelzellen, Autoimmunprozesse und Geschwülste zur Sprache. Die ungenügende Hormonversorgung des Organismus wird mit einer Aktivitätssteigerung und schließlich Hyperplasie der Schilddrüse (Struma) beantwortet. Die Jodmangelstruma im Alter zeigt sogar ausgesprochen degenerative Veränderungen. Bei angeborenen Stoffwechselstörungen der Schilddrüse mit ungenügender Hormonsynthese kann die plastische Proliferation derartige Formen annehmen, daß die Grenze zur malignen Neubildung kaum mehr zu ziehen ist. Charakteristisch ist das histologische Bild der Basedowstruma mit den zahlreichen Follikeln, dem hellen Kolloid, den hohen Epithelien und den in-

terstitiellen Infiltraten aus Lymphozyten- und Plasmazellen. Diese Infiltrate, früher als Sekundärveränderungen interpretiert, werden neuerdings als Ausdruck einer fokalen, mit Bildung funktionssteigernder Autoantikörper einhergehenden Thyreoiditis aufgefaßt. Die ausgeprägte Form der Hashimoto-Thyreoiditis ist histologisch eindeutig, jedoch die Einordnung umschriebener Herde macht Schwierigkeiten. Was die Schilddrüsengeschwülste angeht, so bekommt man alle Übergänge von hochdifferenzierten Tumorzellen bis zu anaplastischen Formen zu Gesicht. Meist sind es Karzinome, ein Sarkom sollte nur diagnostiziert werden, wenn entsprechende mesenchymale Zwischensubstanzen (Kollagenfasern, knorpelige Strukturen) von den Tumorzellen gebildet wurden.

Die Pathologie der C-Zellen steht noch in den Anfängen. Am besten bekannt ist das medulläre Karzinom mit Amyloidablagerung im Stroma, wobei es sich um einen klinisch besonderen und relativ gutartigen Tumor handelt. Typisch ist der Kalzitoninreichtum. Da die C-Zellen hormonell nichts mit den Follikelzellen zu tun haben, ist sehr verwunderlich, daß unter Trijodthyroninbehandlung eine Regression eines medullären Schilddrüsenkarzinoms mit Metastasen beobachtet werden konnte.

Professor Dr. E. KLEIN, Bielefeld:

„Aktuelle Probleme der Pathophysiologie der Schilddrüse"

Es gibt keine Hyperthyreose, bei der nicht sämtliche intratyreoidalen Jod-Stoffwechselvorgänge beschleunigt wären. Anders ist das verständlicherweise bei der Hypothyreose, verbindlich ist hierfür nur die verminderte Inkretion von Thyroxin (T_4) und Trijodthyronin (T_3), während bestimmte Vorgänge in der Schilddrüse sogar gesteigert sein können, wobei die Abbängigkeit vom HVL über dessen TSH-Produktion deutlich ist.

Die Beziehungen zwischen Schilddrüsenerkrankungen und Exophthalmus wurden frühzeitig registriert, wenn auch nicht immer richtig gedeutet. Neuerdings weiß man, daß der Exophthalmus-produzierende Faktor (EPF) vom Thyreotropin (TSH) zu trennen ist, beides normale Bestandteile der Hypophyse. Man vermutet im EPF eine Vorstufe bei der Synthese des TSH mit Partialeffekt, d. h., er wird für die endokrine Ophthalmopathie und Dermopathie (prätibiale Ödeme) verantwortlich gemacht; darüber hinaus soll er auch einen beschleunigenden Einfluß auf den Jodumsatz der Schilddrüse haben. Der zweite Faktor mit TSH-ähnlicher Wirkung ist LATS (long acting thyreoid stimulator). Er stammt nicht aus dem HVL, sondern aus dem RES und ist als AK gegen Schilddrüsen-AG aufzufassen. Gegenüber dem TSH mit einer Halbwertszeit (HWZ) von Minuten bis Stunden hat der LATS entsprechend seiner γ-Globulin-Zugehörigkeit eine HWZ von Tagen bis Wochen und wirkt auf den thyreoidalen Jodumsatz der Schilddrüse wesentlich protrahierter als TSH. Die Schilddrüsengröße ist nur durch TSH, nicht aber durch EPF und LATS beeinflußbar, während der Jodumsatz durch alle drei Faktoren gleichermaßen stimuliert wird. Die TSH-Produktion ist nur durch die linksdrehenden (natürlichen) Schilddrüsenhormone T_3 und T_4 über den Reglermechanismus zu bremsen, der EPF nur durch das rechtsdrehende T_3 und T_4, LATS weder noch. Die fehlende Supprimierbarkeit der echten Hyperthyreose wäre so erklärbar, daß die Achse HVL-Schilddrüse maximal beansprucht oder defekt ist oder die Schilddrüse unter der Stimulation von LATS steht. Nachdenklich stimmt die Feststellung, daß LATS als Schilddrüsen-AK ausgerechnet eine Funktionssteigerung mit sich bringt, eine Funktionseinschränkung würde man nach AK-Einfluß erwarten. Da man zirkulierende AK gegen Thyreoglobulin und Schilddrüsenepithel außer zu 80% bei der Thyreoiditis auch bei der Hyperthyreose zu 30 bis 40% nachweisen konnte, liegt der Verdacht nahe, daß LATS als funktionssteigernder AK über ein immunologisches Geschehen bei derartigen Hyperthyreoseformen mit im Spiel ist. Wie allerdings das Schilddrüsen-AG die Schilddrüse verlassen und in das RES (Thymus?) zur Anregung der AK-Produktion gelangt sein soll, ist unbekannt. Unklar ist zudem die Entstehung der Autoantigenität körpereigenen Schilddrüsenmaterials. Sollte eine zentral-hypophysäre, korrelative Störung als primäres Agens auf die Schilddrüse wirken und gewissen Strukturen AG-Charakter verleihen, wäre das immunologische Geschehen in Gang gesetzt.

Professor Dr. D. REINWEIN, Düsseldorf:

„Möglichkeiten und Grenzen moderner Schilddrüsendiagnostik"

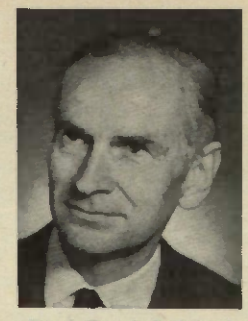
Bei der Funktionsdiagnostik der Schilddrüse steht im Mittelpunkt der Stoffwechsel der thyreoidalen Hormone Thyroxin (T_4) und Trijodthyromin (T_3). Mit dem Radiojod-2-Phasentest messen wir

1. die ^{131}J-Aufnahme in der Schilddrüse und
2. den Einbau des Isotops in Hormonverbindungen ($PB^{131}J$).

Da der weitaus größte Teil der sezernierten Hormone an bestimmte EW-Fraktionen des Serums gebunden ist, kann man das eiweißgebundene Jod (PBI) quantitativ auch mit chemischen Methoden bestimmen. Ein noch besseres Maß für die Hormonsekretion ist eine Subfraktion des PBI ohne jodhaltige Vorstufen (butanol extractable Iodine = BEI). Der T_3-in-vitro-Test gibt uns Auskunft darüber, wie viele der verfügbaren Trägerproteine durch endogene Hormone besetzt sind. Die Messung der tatsächlichen Konzentration an T_4 und T_3 ist in der Klinik routinemäßig noch nicht verifizierbar.

Die Diagnose einer Hyperthyreose wird durch den 2-Phasentest in 89% der Fälle, durch den zusätzlichen Einsatz des chemischen PBI in 98% gesichert. Diese Testkombination bewährt sich zur Unterscheidung zwischen Hyperthyreose und vegetativer Labilität. Die restlichen 2% finden Klärung durch den T_3-Suppressionstest (Prüfung des Reglerkreises Hypophysenvorderlappen / Schilddrüse). Normalerweise erfolgt unter 8tägiger T_3-Gabe eine Suppression der ^{131}J-Aufnahme um 50%, bei der Hyperthyreose bleibt diese unverändert hoch.

Schwierig wird die Situation bei der endokrinen Ophthalmopathie (Lidödeme, Exophthalmus, Augenmuskelparesen) und nach einer Vorbehandlung mit Jod oder antithyreoidalen Substanzen. Die endokrine Ophthalmopathie ist gekennzeichnet durch einen beschleunigten Jodumsatz, wobei das PBI im oberen Normbereich liegen kann. Dies erklärt sich durch den relativ höheren Anteil an T_3 gegenüber T_4 mit schnellerem Umsatz und größerer kalorischer Wirkung (Diskrepanz zwischen PBI und klinischem Befund). Die Untersuchungsergebnisse nach Einnahme antithyreoidaler Substanzen sind mit



Prof. Dr. A. Labhart
Zürich



Prof. Dr. D. Reinwein
Düsseldorf



Prof. Dr. K. Oberdisse
Düsseldorf



Priv.-Doz. Dr. D. Emrich
Göttingen

Vorsicht zu interpretieren. Der Jodstoffwechsel kann im Sinne einer Hypothyreose. Euthyreose oder sogar Hyperthyreose verändert sein. Noch 4 bis 8 Wochen nach Absetzen der Medikamente ist häufig der intrathyreoidale Jodumsatz als Rebound-Phänomen beschleunigt (Wiederholung der Diagnostik nach weiteren 4 Wochen!). Anlaß zur Fehlinterpretation geben auch jodhaltige Substanzen, die der Patient aus diagnostischen oder therapeutischen Gründen erhalten hat. Bei der Medikation von Jodid in anorganischer Form bleibt der PBI-Wert unbeeinflußt. Organische Jodverbindungen hingegen (u. a. Röntgenkontrastmittel) erscheinen im PBI und BEI und machen diese für die Diagnostik unbrauchbar. In solchen Fällen empfiehlt sich der nicht jodanfällige T_3-in-vitro-Test.

Während der Gravidität kommen Isotopenuntersuchungen wegen der Gefährdung des Feten nicht in Betracht. Andererseits ist in der Schwangerschaft wie bei östrogen-behandelten Frauen (einschließlich Antikonzeption) das hormonbindende Trägerprotein deutlich erhöht, was zu einem Anstieg des PBI führt und im in-vitro-Test enorm viele unbesetzte Trägerproteine dem zugegebenen markierten T_3 zur Verfügung stellt. Somit weist die schilddrüsengesunde Schwangere die Kombination „hyperthyreotes PBI" und „hypothyreoten T_3-Test" auf.

Bezüglich der Hypothyreosen machen diagnostische Schwierigkeiten die leichte sekundäre Hypothyreose, Jodfehlverwertungen und Hypothyreosen bei Niereninsuffizienz. Bei der sekundär bedingten Hypothyreose fehlt der Impuls des thyreotropen Hormons (TSH) auf die Schilddrüse. Der TSH-Mangel ist durch Substitution zu beheben. Ist der Hormonaufbau enzymatisch gestört (z. B. Jodisationsdefekt), so sind subtile Untersuchungen des Jodstoffwechsels unumgänglich. In der Nephrose mit schwerer Dysproteinämie sind die Trägerproteine erheblich reduziert, was den Wert der Funktionsproben umgekehrt wie in der Gravidität in Frage stellt.

In der Lokalisationsdiagnostik zur Darstellung hormonaktiven Schilddrüsengewebes hat sich die Szintigraphie nach der Gabe radioaktiven Jods bewährt. Bei dem toxischen Adenom handelt es sich um autonom arbeitendes Schilddrüsengewebe, das die TSH-Produktion unterdrückt und die normalen Schilddrüsenanteile funktionell lahmlegt. Unter TSH-Zufuhr werden diese stimuliert und szintigraphisch wieder sichtbar. Ein kalter Knoten im Szintigramm beweist lediglich hormoninaktives Gewebe (regressiv verändertes Adenom, Zyste, funktionsloses Karzinom). Die Punktion entscheidet in solchen Fällen über die Notwendigkeit einer operativen Behandlung.

Professor Dr. K. OBERDISSE, Düsseldorf:

„Beurteilung und Behandlung von Hyperthyreosen in Klinik und Praxis"

Als Kardinalsymptome der Hyperthyreose sind die Wärmeintoleranz und die Tachykardie zu erwähnen, die Merseburger Trias trifft nur in einem Bruchteil der Fälle zu. Weitere Hinweise sind die große Blutdruckamplitude und das refraktäre Verhalten gegenüber Digitalismedikation. Die endokrine Ophthalmopathie tritt nur in etwa 40% der Hyperthyreosen in Erscheinung, kommt allerdings auch bei euthyreoter Stoffwechsellage vor (z. B. bei erfolgreich behandelter Hyperthyreose). In Kombination damit sieht man häufig ein lokales prätibiales Ödem („endokrine Dermopathie"). Der Exophthalmus-produzierende Faktor (EPF) wird für beide Symptome verantwortlich gemacht.

Das toxische Adenom (heißer Knoten) läßt über die Hemmung des TSH das umgebende Schilddrüsengewebe atrophieren. Da es dabei nie zur Ausbildung einer endokrinen Ophthalmopathie kommt, schließt man daraus, daß mit der Funktionshemmung des Hypophysenvorderlappens (HVL) auch die Produktion des EPF inhibiert wird. Zufuhr von TSH läßt die atrophierten Schilddrüsenpartien szintigraphisch wieder erscheinen. Die Therapieergebnisse sind günstig (in fortgeschrittenem Lebensalter mit Radiojod, unterhalb des 40. Lebensjahres operativ).

Bei der ätiologisch ungeklärten Hyperthyreose kommen drei Behandlungsverfahren in Frage: subtotale Resektion (6%), antithyreoidale Therapie (34%) und Radiojodtherapie (60%). Operieren wird man große diffuse oder knotige hyperthyreote Strumen mit Verdrängungserscheinungen, nachdem man antithyreoidale Substanzen (außer Perchlorat) in Kombination mit Schilddrüsenhormon solange gegeben hat, bis eine Euthyreose erreicht wurde. Dann wird für eine Woche LUGOLsche Lösung hinzugefügt, die eine Konsistenzvermehrung der Struma bewirkt, anschließend Resektion. Zur Wahl des Thyreostatikums wäre zu sagen, daß für die Op-Vorbereitung nur Substanzen verwendet werden dürfen, die den Jodeinbau in Hormonvorstufen unterdrücken (z. B. Favistan).

Perchlorat hingegen verhindert die Jodaufnahme in die Schilddrüse und setzt bereits gespeichertes Jod wieder frei, was eine anschließende Plummerung unmöglich macht. Die Behandlung ausschließlich mit antithyreoidalen Substanzen kombiniert mit ausreichend Schilddrüsenhormon zur Dämpfung des Reglermechanismus (z. B. Novothyral 1 — 1½ Tabletten) kommt in Frage bei Patienten mit kleiner diffuser Struma mindestens für die Zeit von 4 bis 6 Monaten (eventuell 1 bis 2 Jahre).

Die Dauer der Therapie richtet sich nach dem klinischen Bild und dem Ausfall des T_3-in-vitro-Tests. In der Gravidität ist nur die operative Therapie gerechtfertigt wegen der Gefahr der Keimschädigung.

Die Radiojodtherapie wird heute in fraktionierten Dosen vorgenommen nach Berücksichtigung von Alter, Schweregrad der Hyperthyreose, Vorhandensein einer Opthalmopathie, Größe und Beschaffenheit der Struma. 95% der so behandelten Patienten wurden euthyreot, bei 3% war ein Rezidiv aufgetreten, 2% wurden hypothyreot. Bezüglich der Augensymptome ist das Ergebnis weniger günstig: Besserung in 48%, unverändert in 41%, verschlechtert in 10% der Fälle. Die Frage der Karzinomentstehung nach Radiojodbehandlung kann beim Einsatz nach dem 40. Lebensjahr verneint werden. Die Therapie der endokrinen Ophthalmophatie ist weit weniger erfreulich. Bei der hyperthyreoten Form empfiehlt sich eine vorsichtige Gabe von Radiojod oder antithyreoidalen Substanzen neben gleichzeitiger Schilddrüsenhormonmedikation zur Dämpfung von TSH und EPF. Im Versagensfall kommt einer Behandlung mit Prednison, D-Thyroxin (Dethyrona) oder Rö-Bestrahlung des retrobulären Gewebes Bedeutung zu. Die Hypophysektomie oder Isotopenbestrahlung der Sella sollte auf ganz schwere Fälle beschränkt bleiben.

Privatdozent Dr. D. EMRICH, Göttingen:

„Klassifizierung und Therapie der Hypothyreosen"

Die Hypothyreose wird häufig erst sehr spät diagnostiziert. Man unterscheidet eine primäre Hypothyreose bei der die Hormonbildungsstörung in der Schilddrüse begründet liegt, von der sekundären oder hypophysären Form, die durch mangelnde TSH-Produktion des HVL bedingt ist. Ursachen der primären Hypothyreose sind z. B. der Endzustand einer Immunthyreoiditis thyreostatische, Radiojod- oder operative Therapie, kongentiale Störungen wie Hypo- oder Aplasie und Jodverwertungsstörungen, ganz abgesehen von Jodmangelzuständen. Für eine sekundäre Hypothyreose sind Hypophysenstörungen (Tumor, Ischämie, Operation, Bestrahlung) verantwortlich zu machen. Ein der Hypophyse übergeordnetes System der Hypothalamus („Thyreotropin Releasing Factor" = TRF) wird zusätzlich diskutiert. Schließlich kennt man als postthyreoidale Ursache für das klinische Bild einer Hypothyreose den Mangel an Thyroxin-bindendem Globulin (TBG) bei Dysproteinämien gleich welcher Genese. Die Ursachen von Störungen der Hormonwirkung in der Peripherie sind nicht bekannt.

Anamnese und Symptomatologie bieten Hinweise für die Differenzierung primär und sekundärer Hypothyreoseformen. Entscheidend sind jedoch die früher erwähnten Schilddrüsenfunktionsteste einschließlich Szintigraphie vor und nach Stimulation mit TSH. Wertvoll erscheint die neuerdings mögliche Untersuchung des TSH-Spiegels im Blut. Vorbehandlung mit Substanzen thyreostatischer Nebenwirkung (z. B. auch Butazolidin) ist bei der Interpretation zu berücksichtigen. Bei bestimmten Jodfehlverwertungen kann das PBI durch hormonunwirksame organische Jodverbindungen erhöht sein. Eine Störung des Jodeinbaus in Hormonvorstufen erkennt man durch Gabe von Perchlorat, was das in der Schilddrüse bereits aufgenommene Radiojod wieder freisetzt, am unterschiedlichen Ausfall des Radiojodtests vor und nach Perchloratapplikation. Schließlich spielt die Bestimmung von Schilddrüsenantikörpern eine wichtige Rolie.

Die Therapie besteht im allgemeinen in der eventuell lebenslänglichen Substitution des Hormondefizits, es sei denn, man kann die Ursache ausschalten (Entzündung, Thyreostase). Optimal gelingt die Substitution mit den synthetischen Hormonen Thyroxin und Trijodthyronin etwa im Verhältnis 5:1 (z. B. bis 100 γ T_4 und 20 γ T_3 in langsam ansteigender Dosierung). Die Gefahr einer zu hohen Anfangsdosierung besteht in dem zu rasch ansteigenden Sauerstoffbedarf mit folgenden hypoxämischen Schäden von Herz und Gehirn bei Sklerotikern Der Unterschied zwischen T_4 und T_3 besteht in ihrer verschiedenen Wirkungsgeschwindigkeit, -intensität und Halbwertszeit (HWZ von T_4 beträgt etwa 7 Tage, von T_3 etwa 1 Tag). Überdosierung macht sich bemerkbar in Gewichtsabnahme, innerer Unruhe, Schlafstörungen und Hyperhidrosis. Erfolgskriterien der Substitutionstherapie sind in erster Linie das klinische Bild (Anstieg von Körpertemperatur, Puls- und Atemfrequenz, Psyche und Hautveränderungen bessern sich, Gewichtsreduktion durch Fettmobilisierung, Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, bei Kindern fällt die bessere körperliche und geistige Entwicklung auf). Gleichzeitig bestehende Strumen gehen an Größe zurück. Die Funktionsteste sind nicht verläßlich.

Bei der sekundären Hypothyreose ist TSH zu substituieren, bei gleichzeitiger Einschränkung der adrenotropen Partialfunktion entsprechend mit ACTH. Prognostisch schlecht wird das Myxödemkoma beurteilt, die Therapie besteht in der parenteralen Gabe von Trijodthyronin, Kortison und Antibiotika.

Professor Dr. W. MÜLLER, Basel:

„Immunologische Befunde bei Thyreoiditiden und die Grundsätze ihrer Behandlung"

Man unterscheidet erregerbedingte Schilddrüsenentzündungen (Bakterien, Viren, Tbc, Lues, Mykose, Parasiten) von den Immun-Thyreoiditiden, wobei Autoantikörper gegen Schilddrüsen-spezifische Antigene nachzuweisen sind (Kolloidantigene und Follikelepithelantigene). Histologisch findet man dabei stets lymphozytär-plasmazelluläre Infiltrationen des Schilddrüsengewebes, was die immunologische Genese unterstreicht. Diese Befunde sind typisch für die chronische Hashimoto-Thyreoiditis, die sich von lokalisierten Thyreoiditis-Formen nur graduell unterscheidet. Durch immunkompetente Zellen ist eine Übertragung möglich. Die Ursache für die Entstehung einer derartigen Autoaggressionskrankheit ist noch nicht befriedigend geklärt. Da die chronische Thyreoiditis unbehandelt meist in einer Hypothyreose endet, sollte frühzeitig nach Stellung der richtigen Diagnose mit Kortikosteroiden (spezifisch antiphlogistischer und mild immunsuppresiver Effekt) und Schilddrüsenhormon (über TSH-Hemmung reduzierte AG-Bildung) für genügend lange Zeit behandelt werden zur Verhütung eines Rezidivs sowie eines Myxödems. Besonders häufig treten fokale Thyreoiditiden bei der Hyperthyreose auf und gehen mit zirkulierenden Schilddrüsenantikörpern einher. In der Hälfte der Hyperthyreosen beobachtet man außerdem den sogenannten long acting thyreoid stimulator (LATS), der offensichtlich ebenfalls AK-Charakter hat und als Immunglobulin der Ig-G-Fraktion in den immunkompetenten Zellen gebildet wird. Im Gegensatz zu anderen Schild-

LENICET® - Salbe



Wiederherstellung des normalen Säurewertes von Haut und Wundfläche. Förderung der baktericiden Abwehrkraft. Reizlos, kühlend, adstringierend.

INDIKATIONEN

Dermatosen, Verbrennungen, Rhagaden, Verletzungen, Ekzeme, Massagen

1/4 Dose DM 1,25
1/2 Dose DM 1,85
1/1 Dose DM 3,05
Tube DM 2,65

„Wir wollen sein ein einig Volk von Brüdern..."



BUCCOSPERIN®

Das sulfonamidfreie

Harnantiseptikum

Polyvolent keimtötend, entzündungswidrig, krampflösend, schmerzstillend

1/3 Packung 40 Dragées
1/1 Packung 80 Dragées

*

Zur Förderung der Diurese bei Blasen- u. Nierenleiden

BUCCOSPERIN-TEE

Packung mit 70 g

DR. RUDOLF REISS · CHEMISCHE WERKE
BERLIN WEST HAMBURG



Prof. Dr. W. Müller
Basel



Prof. Dr. P. Fuchsig
Wien

drüsenantikörpern hat LATS eine dem TSH ähnliche Hormonwirkung, jedoch wesentlich verzögert. Diese biologische Wirkung des LATS berechtigt zu der Vermutung, daß diese Substanz in der Pathogenese der Hyperthyreose eine entscheidende Rolle spielt. Somit muß eine Immungenese der Hyperthyreose mit fokaler Thyreoiditis diskutiert werden, die häufige Kombination mit anderen autoimmunogenen Erkrankungen spricht ebenfalls dafür. Interessanterweise findet sich LATS bei Hyperthyreose fast ausschließlich zusammen mit anderen Schilddrüsenantikörpern, so daß es denkbar erscheint, daß die gleiche Noxe aus der Schilddrüse unterschiedliche Antigene freisetzt, die einmal zur Bildung von LATS und damit zu Hyperthyreosen, zum anderen zur Produktion der bekannten Schilddrüsenantikörper und zu einer Immunthyreoiditis führen. Voraussetzung hierfür scheint eine genetisch bedingte Tendenz zur Autoantikörperproduktion zu sein; denn die Zerstörung des Schilddrüsengewebes allein (etwa durch Radiojodbehandlung) führt zu keiner AK-Bildung. Da die fokale Thyreoiditis selbst mit Hyperthyreose (infolge LATS) letzten Endes zur Unterfunktion führen kann, sollte bei AK-positiven Hyperthyreosen nie eine Resektion oder Radiojodbehandlung vorgenommen werden, da durch die gewebsreduzierenden Maßnahmen ein Myxödem provoziert werden kann.

Auch bei klinisch Gesunden findet man bei 10 — 15% Schilddrüsenantikörper, die nach histologischen Untersuchungen (Punktion) Ausdruck einer meist fokalen Thyreoiditis sind. Bei der seltenen Struma fibrosa Riedel ist die Bedeutung immunologischer Vorgänge immer noch sehr problematisch. Für die Therapie ist das nicht entscheidend; denn die eisenharte Struma Riedel muß zur mechanischen Entlastung der Nachbarorgane nach wie vor operativ angegangen werden. Die subakute Thyreoiditis de Quervain spielt sich wahrscheinlich im Rahmen von Virusinfekten ab (Mumps). Der Titer von Schilddrüsenantikörpern ist niedrig und Folge der Erkrankung, nicht Ursache. Die Therapie erfolgt mit Kortison unter Antibiotikaschutz und schließlich mit Schilddrüsenhormon. Der Übergang in einen echten Autoimmunprozeß ist noch fraglich.

Professor Dr. Chr. HEDINGER, Lausanne:

„Neue Gesichtspunkte zur Differenzierung der Tumoren der Schilddrüse"

Bezeichnend für Schilddrüsentumoren ist ihre morphologische Vielfalt. Man unterscheidet mehr oder weniger stark differenzierte Geschwülste und spricht von einem proliferierenden Adenom, einem metastasierenden Adenom, einer wuchernden Struma und schließlich von einem Karzinom. Auffallend ist die regionale Häufung bestimmter Tumorformen der Schilddrüse. Die früher zu oft gestellte Diagnose eines Schilddrüsensarkoms muß neuerdings nach einheitlichen histologischen Kriterien zugunsten des anaplastischen, spindelzelligen Karzinoms revidiert werden.

Die gutartigen Schilddrüsentumoren bieten nomenklatorisch keine besonderen Schwierigkeiten, unklar ist häufig nur die Abgrenzung eigentlicher Geschwülste, d. h. autonom wachsender Tumoren, von nodulären Hyperplasien. Erheblich schwieriger ist die Klassifizierung maligner Schilddrüsentumoren, wobei drei Hauptgruppen zu unterscheiden sind:

1. Die relativ gutartigen, differenzierten, follikulären und papillären Geschwülste (ca. 80%),
2. die undifferenzierten anaplastischen Formen, die zu den bösartigsten Geschwülsten gehören (15—10%) und
3. das medulläre Karzinom mit Amyloidablagerung im Struma, das wieder einen relativ gutartigen Verlauf zeigt (s. oben!).

Die Malignität der follikulären Karzinome ist häufig nur an Gefäßeinbrüchen, Kapseldurchbrüchen oder Metastasen zu erkennen, der histologische Aufbau aus Follikeln gleicht sehr dem der normalen Schilddrüse. Bei den papillären Karzinomen steht die Papillenbildung im Vordergrund. Ihre Erstmanifestationen sind häufig regionäre Lymphknotenmetastasen, der versteckte Primärtumor muß unbedingt gesucht und eliminiert werden. Das histologische Bild anaplastischer Schilddrüsenkarzinome ist sehr bunt. Neben kleinzelligen Formen, die an Lymphome erinnern, werden riesen- und polymorphzellige Typen und vor allem spindelzellige, sarkomartige Strukturen gesehen. Hämangio-Endotheliome und eigentliche Sarkome der Schilddrüse (Fibro- und Osteosarkome) sind sehr selten, Metastasen anderer Tumoren kommen jedoch in der Schilddrüse vor (Hypernephrommetastasen).

Professor Dr. P. FUCHSIG, Wien:

„Fortschritte in der Chirurgie der Schilddrüse"

Die früher unter falscher Indikation vorgenommenen Schilddrüsenresektionen hatten begreiflicherweise häufig Rezidive, funktionelle Beschwerden und gelegentlich narbige Trachealstenosen zur Folge. Somit wird heute für die optimale Behandlung von Schilddrüsenstörungen die unvoreingenommene Zusammenarbeit von Endokrinologen, Radiologen und Chirurgen gefordert, wobei jedem einzelnen der neueste Stand der Kenntnisse sehr zugute kommt.

Die Entstehung einer Struma kann bedingt sein durch exogenen Jodmangel, durch strumigene Substanzen (Thyreostatika, die auch in bestimmten Kohlarten und Senf vorkommen) und durch eine Insuffizienz der zur Hormonsynthese erforderlichen Enzyme. Der bekannte Regierkreis zwischen HVL (TSH) und Schilddrüse mit Thyroxin-Produktion macht die Genese der verschiedenen Strumaformen verständlich. Die Kropfprophylaxe geschieht in Endemiegebieten mit Kalium-Jodid, wobei täglich ca. 150 γ Jod zuzuführen sind. Ist die Thyroxinsynthese enzymatisch gestört, wird man 100 mg Thyreoidin pro Tag verordnen. Jugendliche Strumen sind Folge gesteigerten Hormonbedarfs und gehen auf Zufuhr von Schilddrüsenhormon zurück, solange sich noch keine Knoten gebildet haben. Die Angst vor dem soge-

nannten „Jod-Basedow" sei völlig unbegründet, Absetzen der Jodmedikation lasse die Hyperthyreosesymptome wieder verschwinden.

Die Ausschäiung isolierter, „kalter" Knoten ist in jedem Fall unabhängig vom Lebensalter indiziert, gerade im Hinblick auf die gesteigerte Möglichkeit maligner Entartung. Eine strikte chirurgische Indikation geben ebenso die „heißen" Schilddrüsenadenome, um so mehr, als die neueren Narkose- und Operationsmethoden das Risiko erheblich reduzieren. Luftembolien werden nicht mehr erlebt, die Rekurrensparese ging auf einen minimalen Prozentsatz zurück. Die narbige Trachealstenose wird nicht mehr beobachtet, seitdem man bei der Kropfoperation die zarte, gefäßführende Hülle der Luftröhre (Tunica adventitia tracheae) nicht mehr reseziert, sondern unverletzt läßt.

Bedauerlicherweise gibt es immer noch postoperative Strumarezidive, die jedoch zumeist auf mangelnde Rezidivprophylaxe zurückzuführen sind. Falls es noch zu keinen Kompressionssymptomen gekommen ist, lohnt sich der Versuch einer Substitution mit Schilddrüsenhormonen. Erst bei einer Einengung des Trachealumens auf weniger als ein Drittel fällt das Atemhindernis klinisch ins Gewicht (der gleiche Zustand herrscht bei einseitiger Rekurrensparese). Somit ist eine Rezidivoperation besonders risikoreich und daher verantwortungsbewußt vorzunehmen. Aus diesem Grund wurde die bisherige Operationsmethode mit Mobilisierung des Rezidivknotens aus seiner narbigen Kapsel aufgegeben (große Gefahr der Rekurrensläsion). Man beginnt nunmehr mit der Freilegung der Arteria thyreoidea seitlich der großen Halsgefäße in einem völlig jungfräulichen Gebiet. Die Arteria inferior wird weitab vom Nervus recurrens unterbunden. Von lateral her wird die Venia jugularis interna identifiziert und erst jetzt die narbige Rezidivkapsel inzidiert, ohne die Trachea freizulegen, was deren Verschwielung verstärken würde. Nunmehr können die Rezidivadenome intrakapsulär nahezu unblutig enukleiert werden. Auf diese Weise wurde die Gefahr der Rekurrensparese von 20% auf 5% gesenkt.

Dr. G. Rieß, Nürnberg

Martin-Waßmund-Preis 1968 verliehen

Die Deutsche Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie hat den Martin-Waßmund-Preis für das Jahr 1968 Herrn Privatdozenten Dr. Dr. Jürgen LENTRODT, Oberarzt an der Nordwestdeutschen Kieferklinik der Universität Hamburg, für seine Arbeit „Tierexperimentelie Untersuchungen zur gestielten Fettgewebstransplantation" zuerkannt.

Kurs für Laborhelferinnen in Nürnberg

Am 14. November 1969 wurde in Nürnberg der fünfte von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Laborhelferinnen mit der schriftlichen und mündlichen Prüfung der Teilnehmer abgeschlossen.

Der Kurs wurde von 17 Personen besucht. Alle Teilnehmer haben die Prüfung bestanden.

Die Leitung des Kurses lag bei Herrn Professor Dr.-Ing. HILLMANN, dem Vorstand des Chemischen Institutes der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg. Die Bayerische Landesärztekammer dankt auch diesmal wieder allen Damen und Herren der Nürnberger Städtischen Krankenanstalten, die durch ihre Mitwirkung die Durchführung dieses Kurses ermöglicht haben.

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, ja die Bereithaltung ungeeichter Meßgeräte bei der Heilkunde wird durch das neue Eichgesetz (Bundestag 9. 5. 1969) unterbunden.



Thermophil M101

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

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.

Hersbruck: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Durch Verzicht frei gewordener, alter Kassenarztsitz. Belegmöglichkeit am Kreiskrankenhaus Hersbruck ist gegeben.

Nassenfels, Lkr. Eichstätt: 1 Allgemeinpraktiker

Einzelarztsitz mit großem Hinterland.

Nürnberg, Ortsteil Langwasser: 1 Allgemeinpraktiker

Sechste Kassenarztstelle für einen Praktischen Arzt in der zur Zeit 25 000 Einwohner zählenden und ständig wachsenden Trabantenstadt Nürnberg-Langwasser.

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.

Weißenburg: 1 Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Der einzige Dermatologe im Stadt- und Landkreis Weißenburg (zusammen 54 000 Einwohner), der noch Teile der Landkreise Eichstätt, Gunzenhausen und Hilpoltstein zu versorgen hat, hat seine Praxis aus Altersgründen aufgegeben. Der bisherige Praxisinhaber hatte auch Belegbetten am Städtischen Krankenhaus Weißenburg.

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

Niederbayern

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.

Kelheim/Do.: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Wurmannsquick, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinpraktiker

In Wurmannsquick, 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

Langengeisling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

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

Oberfranken

Coburg: 1 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 reizvoll gelegene Marktflecken in der Fränkischen Schweiz hat ca. 700 Einwohner und großes Einzugsgebiet. Die Marktgemeinde Hiltpoltstein bietet Wohn- und Praxisräume in einem modernen Neubau an.

Hof/Saale: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

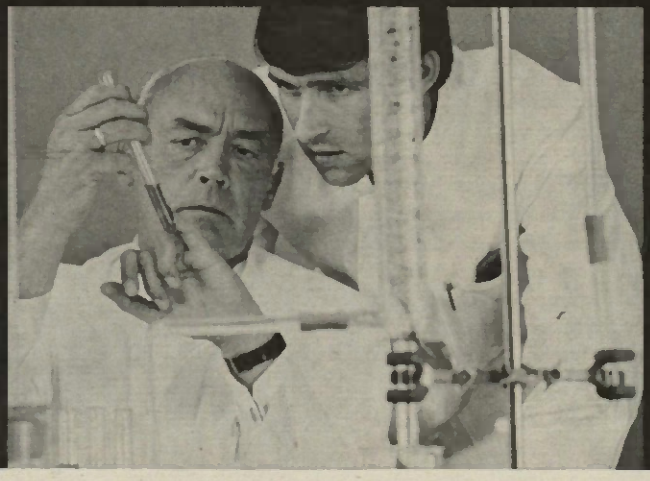
Die zum 1. Oktober 1969 frei gewordene dritte Kinderfacharztstelle in Hof/Saale ist wieder zu besetzen. Die Stadt Hof hat 55 000 Einwohner, alle höheren Schulen, gute kulturelle Möglichkeiten, u. a. Theater. Eine gesicherte Existenz ist zu erwarten.

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.

75 Jahre STADA-Arzneimittel.

Weiter geht's.



STADA ist das Arzneimittelwerk der Apotheker. Es ist gut 75 Jahre her, daß fortschrittlich denkende Apotheker in Dresden, Darmstadt, Würzburg, Hanau, Berlin und an anderen Plätzen die zukunftsweisende Idee hatten, Arzneimittel gemeinsam herzustellen. Damals machten nur wenige mit. Heute sind es nahezu alle 10.000 Apotheken in der Bundesrepublik und in West-Berlin, die STADA angehören.
STADA-Arzneimittel sind Präparate, hinter denen das pharmazeutische Wissen und der Erfahrungsschatz mehrerer Apotheker-Generationen stehen.

75 Jahre STADA-Arzneimittel — für STADA ist das dennoch kein Grund, sich auf dem bisher Erreichten auszuruhen. Das Unternehmen STADA richtet vielmehr sein Augenmerk auf die Aufgaben der Zukunft. Mit wissenschaftlicher Methodik und pharmazeutischem Sachverstand wird das Werk der Apotheker fortgeführt. Zum Wohle aller, die Gesundheit suchen.

STADA - seit 75 Jahren zukunftsweisend

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

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

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

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

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

Schauenstein, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)
Schauenstein — 1600 Einwohner — ist ein freundliches Bergstädtchen im Frankenwald in schöner Lage mit schulischem und kommunalem Mittelpunkt, 17 km von der Stadt Hof entfernt. Höhere Schulen in Hof, Helmbrechts (5 km), Münchberg (15 km), Naila (8 km). Neu ausgebaute Wohn- und Praxisräume im zentral gelegenen Rathaus werden freigemacht. Weitere Räumlichkeiten stehen zur Verfügung. Gesicherte Existenzgrundlage.

Untersiemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker
Untersiemau hat ca. 1600 Einwohner und liegt 8 km von der Stadt Coburg entfernt, mit Bahn- und Busverbindung nach dort. Ein zweiter Arzt, der sich eine gesicherte Existenz gründen kann, wird dringend benötigt. Ein Haus, als Arzthaus geeignet, steht zur Verfügung.

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



Oberpfalz

Amberg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker

Eschenbach: 1 Allgemeinpraktiker

Hahnbach: 1 Allgemeinpraktiker

Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Speichersdorf: 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 Allgemeinpraktiker sind zu besetzen.

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

Schwaben

Altenmünster, 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.

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

Inningen, Lkr. Augsburg: 1 Allgemeinpraktiker

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.

Unterfranken

Aldhausen, 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. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker

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

Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

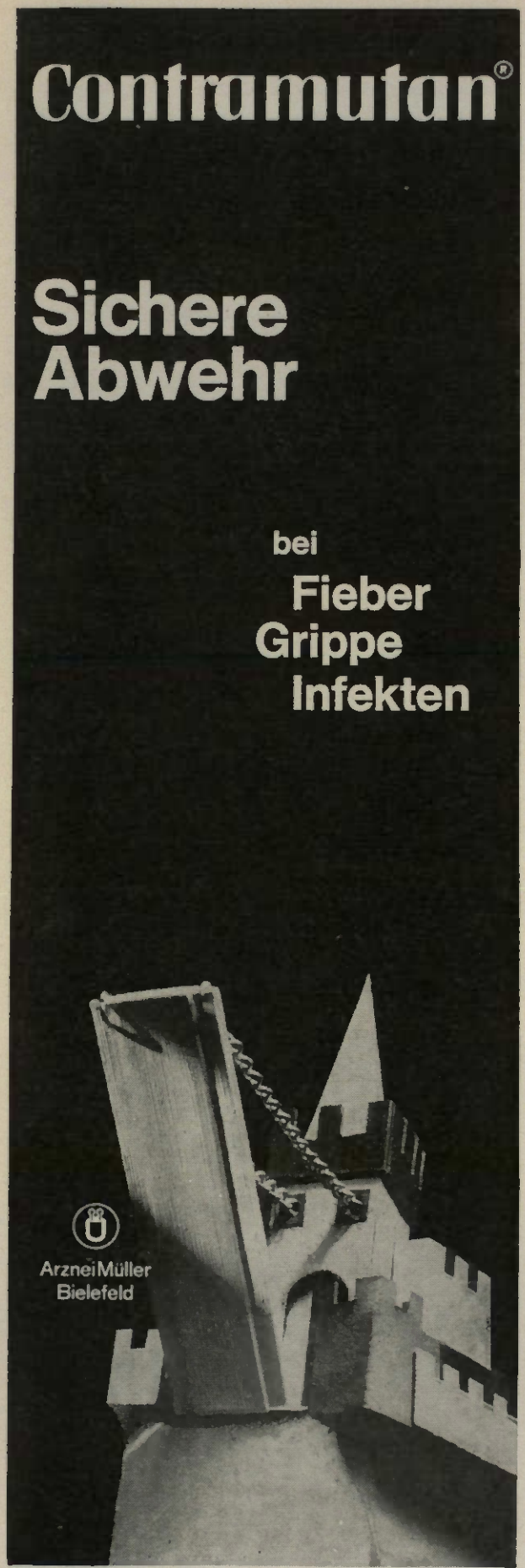
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Unterfranken —, 8700 Würzburg, Hofstraße 5, zu richten.

Fortbildungsfilme von Boehringer Mannheim ausgezeichnet

Das hohe wissenschaftliche Niveau der medizinischen Fortbildungsfilme von Boehringer Mannheim wurde durch die Verleihung einer Goldmedaille für den Film „Leberdiagnostik" erneut bestätigt und anerkannt. Der beauftragte Produzent, Eberhard Fingado, trat mit diesem Werk beim 12. Film- und Television-Festival in New York gegen eine Konkurrenz von 2000 Bewerbern an. Autor des Films ist Dr. Peter Graf Dohna. Dieser Film ist eine Gemeinschaftsproduktion der Firmen Boehringer Mannheim und der Deutschen Laevosan-Gesellschaft.

Eine ebenso hohe Auszeichnung, den Grand-Prix des dritten internationalen Festivals für Rotkreuz- und Gesundheitsfilme, errang kürzlich in Varna/Bulgarien der bereits mehrfach preisgekrönte Boehringer-Mannheim-Film „Pyelonephritis — Diagnostik und Therapie". Unter 180 Konkurrenten aus 38 Ländern erreichte dieser Film die höchste Punktzahl. Er wurde unter der wissenschaftlichen Beratung von Dr. Dr. Traugott Fuchs ebenfalls von Eberhard Fingado hergestellt.

Krewel
KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln
ASTHMO-KRANIT
Bronchial-Antispasmodicum



Schwere Vorwürfe gegen Chefarzt von Viechtach unberechtigt

Im Juli 1967 gingen durch die gesamte deutsche Presse Meldungen, nach welchen der Chefarzt des Krankenhauses in Viechtach (Bayerischer Wald), Herr Dr. Thoma, es unterlassen habe, Teilnehmern eines Betriebsausfluges, die an akuten Vergiftungserscheinungen erkrankt waren, ärztliche Hilfe zu leisten und die erforderlichen Behandlungen durchzuführen.

In verschiedenen Meldungen hieß es unter Überschriften wie:

„22 Vergiftete lagen vor dem Kreiskrankenhaus — Aufnahme stundenlang verweigert"

„Behandlung Vergifteter verweigert"

„Chefarzt verweigerte Aufnahme"

„Schwerer Vorwurf gegen Chefarzt"

u. a. wörtlich:

„Zwei Stunden lang lagen am Wochenende 22 vergiftete Männer und Frauen mit starken Schmerzen auf einer Wiese vor dem Kreiskrankenhaus Viechtach (Niederbayern). Wie der Leiter der Landpolizeistation Viechtach, Alfons Mutzenhardt, am Montag mitteilte, verweigerte der Chefarzt des Kreiskrankenhauses, Dr. Josef Thoma, stundenlang die Aufnahme. Als Begründung soll er angegeben haben, er sei kein Internist und habe auch keine Infektionsabteilung. Erst als zwei Frauen mit einem Kreislaufkollaps zusammengebrochen waren, durften die Vergifteten ins Krankenhaus."

„Die Polizei von Viechtach berichtete, daß die Betriebsangehörigen während des Ausflugs mehrmals eingekehrt seien. Am Samstagnachmittag hätten sich dann plötzlich die Vergiftungserscheinungen eingestellt. Nachdem die Kranken von Dr. Thoma nicht aufgenommen worden seien, habe sich die Reisegesellschaft dann an den Amtsarzt, Oberregierungsmedizinalrat Dr. Sälzl, gewandt, der wiederum den für den Sonntagsdienst eingeteilten Arzt verständigte. Dieser habe sich dann auf der Wiese um die Behandlung der Kranken gekümmert. Erst nach zwei Stunden habe sich auch Dr. Thoma dazu bereit erklärt."

Nach der damals sofort durchgeführten Untersuchung der Bayerischen Landesärztekammer haben sich diese Meldungen, durch welche die Ehre und das berufliche Ansehen des 63jährigen Chefarztes Dr. Thoma, der seit 34 Jahren den ärztlichen Beruf untadelig ausübt, sehr schwer verletzt wurden, als unrichtig erwiesen. Diese Feststellung der Bayerischen Landesärztekammer wurde nun auch durch eine Mitteilung der Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht Deggendorf bestätigt, die mit Schreiben vom 7. Oktober 1969 die Einstellung des gegen Herrn Dr. Thoma eingeleiteten Ermittlungsverfahrens wegen unterlassener Hilfeleistung mitgeteilt hat.

Paul-Martini-Preis 1969 verliehen

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik hat den Paul-Martini-Preis für das Jahr 1969 der Arbeitsgruppe Professor Dr. med. W. BÖRNER, Dr. S. GREHN, Dipl.-Phys. E. MOLL und Dr. E. RAUH für die Arbeit „Messung der Absorption des Fingerknochens mit einem ^{125}J-Profilscanner — Quantitative Methode zur Erkennung der Osteoporose" verliehen.

(Fortsetzung Seite 1235)

Mitteilungen des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e.V.

BEILAGE ZUM BAYERISCHEN ÄRZTEBLATT

Nummer 4 | München, Dezember 1969 | 4. Jahrgang



Allen Kolleginnen und Kollegen

wünscht

die Vorstandschaft des

Bayerischen Sportärzte-Verbandes e.V.

frohe Weihnachten

und ein gutes neues Jahr!

DR. MED. EUGEN GOSSNER

Landesvorsitzender

Seminar „Moderne internistische Untersuchungsmethoden in der Sportmedizin"

veranstaltet von der Sportmedizinischen Abteiiung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Erlangen-Nürnberg

von J. Schmidt

Ein Seminar hat schon vom Namen her etwas Verbindliches und verspricht, daß weniger monologisch als vielmehr dialogisch verhandelt wird. Das ist insofern von Bedeutung für sportmedizinische Probleme, als erst auf diese Weise Vielfalt und Reichtum der Erfahrungen aus der Praxis ins Licht einer kritischen Betrachtung gehoben und wissenschaftlich reflektiert werden können.

Die internistische Sportmedizin ist in einem ganz hohen Maße eine weit geöffnete Disziplin, die in ihrer Entwicklung genügend Elastizität haben sollte, damit sie auch das viele Variable und auch Unerwartete in sich aufnehmen kann. Hin und wieder verdichten sich die Erfahrungen zu Erkenntnissen. Doch sollten diese möglichst nicht dogmatisiert und dann starr angewandt werden; vielmehr sind sie für die Praxis Anhalt und Richtschnur. Ein Lehrsatz ist dann nicht nur richtig, sondern auch gut formuliert, wenn er bis in die von seiner Mitte weit entfernten Gegebenheiten noch das Licht eines unmittelbaren Verständnisses wirft. Ich will mit anderen Worten sagen, daß in der internistischen Sportmedizin die praktische Erfahrung die wissenschaftliche Forschung beflügelt. Daher unser ganzes Gehör der Praxis, welche Initiative und Korrektiv zugleich bedeutet.

Es bringt zweifellos einen großen Gewinn für alle, wenn ein solches Seminar gelingt. Allerdings ist bei einer allgemeinen Ausschreibung das Kollektiv der Teilnehmer immer inhomogen. Das ist nicht zu ändern und vielleicht auch gar nicht schlecht. Um so mehr müssen sich die Gesprächspartner am runden Tisch bemühen, auch das Einfache interessant und auch das Schwierige einfach zum Ausdruck zu bringen. Die „Verpackung" des Vorgetragenen ist nicht zu unterschätzen; sie wird immer das Impressum des Teams tragen, das sich bemüht und gründlich vorbereitet hat, ein gutes Seminar zustande zu bringen. Das Team ist unverkennbar geprägt, und daher hatte auch dieses Seminar seine ganz bestimmte Note. Wir Erlanger hoffen, daß unser sportmedizinischer Elan eine gewisse „Trägerfrequenz" zustande gebracht hatte, auf der dann das Gesendete gut ankam.

Das Seminar hat von seinem diesjährigen Auftrag her einen Schwerpunkt: „Die sportmedizinische Elektrokardiographie". Diesem Thema kommt nicht allein der Bedeutungsinhalt „Ekg des Sportlers" zu, sondern auch ein Programm mit zwei entscheidenden und in der üblichen Elektrokardiographie etwas zu kurz gekommenen Kapiteln: „das Ekg des Gesunden" und „das Ekg unter den besonderen Bedingungen sportlicher Leistungen".

Der Gesunde, das ist im Hinblick auf das Ekg nicht ein Normalverhalten, das in bestimmten Meßwerten bezeichnet werden kann; der Gesunde, das ist eine schier unübersehbare Vielfalt an mannigfach entfalteten Anlagen und Möglichkeiten, an Formen und Varianten, aber auch an bereits Erduldetem und Überstandenem, an Narben und Relikten. Das heißt, der Gesunde hat auch elektrokardiographisch viele Gesichter, und es gilt, die Nuancen zu kennen und zu wissen, daß die Grenzen des Normalen in einer breiten Interferenzzone zu den Anfängen des Pathologischen verschwimmen können. Wer die Vielfalt des Gesunden nicht kennt, der hat ein enges und — das kann im gegebenen Falle heißen — ein engherziges Urteil. Wer aber die Anfänge des Pathologischen nicht kennt, der wird die gegebene Situation vielleicht verkennen, und das kann dem betroffenen Sportler zum Verhängnis werden. Auf das Unterscheidende kommt es an! Das Seminar ist ein Versuch zur Einübung solcher Unterscheidungen, und bereits von diesem Anliegen her wird es wohl eine ständige, d. h. jährlich wiederholte Einrichtung bleiben müssen.

Einerseits zwingt die Sportmedizin den Kardiologen, sich vor allem auch mit dem Ekg des Gesunden (und d. h., des jeweils Besonderen, mit einer bestimmten Konstitution und Geschichte Behafteten) und zumal des gesunden Sportlers zu beschäftigen. Im Seminar ist daher ein ganzer Tag der Elektrokardiographie des Gesunden gewidmet, eingeleitet durch ein Grundsatzreferat über das Sportherz, insofern es das Ekg zu prägen vermag. Bemerkenswert und im Grunde neu ist die Erkenntnis, daß dieses durch ein intensives Ausdauertraining groß gewordene Herz dem Ekg die Merkmale einer Volumendoppelhypertrophie in (wenn auch subtilen, so doch zweifelsfreien) Zeichen einzuprägen vermag; dafür spricht die Ähnlichkeit mit dem Ekg der Volumendoppelhypertrophie aus anderen Anlässen, z. B. dem arterio-venösen Aneurysma, dem Kammerseptumdefekt. Was KIRCH anatomisch als Sportherz beispielhaft in Erlangen beschrieben hat, konnte als „Hämodynamik des Herzens im Ekg des Sportlers" bis in manche Einzelheiten aufgedeckt und einem neuen Verständnis zugeführt werden.

Die übliche Elektrokardiographie hatte jene drei Schwerpunkte, die für den Sportarzt von Interesse sind:

1. Wurde von Grund auf das Ekg mit seinen Zacken und Strecken besprochen, und es erwies sich als zweckmäßig, daß jeweils ein Gesprächsteilnehmer für eine bestimmte Zacke oder Strecke zuständig war, selbstverständlich nicht ohne die Synopsis aus dem Auge zu verlieren;
2. wurde eine Einführung in die hohe Schule der Rhythmusstörungen des Herzens gegeben. Es kam zur Sprache, daß der Sportler, zumal der hochtrainierte Dauerleistungssportler, besonders häufig Rhythmusstörungen hat und die schwierige Beurteilung an der Tatsache gemessen werden kann, daß z. B. Extrasystolen durch intensives Training sowohl beseitigt als auch erzeugt werden können, eine Wirkung, die das Training offenbar mit der Digitalis gemeinsam hat;
3. kam das Belastungs-Ekg zur Sprache, eingeleitet durch ein Referat, das bis in die elektrophysiologischen Elementarvorgänge hinabstieg, um das Ver-

ständnis von den biologischen Grundlagen her zu wecken. Die Beurteilung des Belastungs-Ekg, wie es bei dosierter Belastung auf dem Prüfstand gewonnen wird, hat seine Tücken. Wiederum hatten sich die Gesprächsteilnehmer auf die jeweiligen Zacken und Strecken vorbereitet und die Besonderheiten des Belastungs-Ekg diskutiert.

Andererseits bedeutet das Ekg bei sportlichen Leistungen eine spezifische sportmedizinische Elektrokardiographie, die in den letzten Jahren durch die Möglichkeiten der drahtlosen Elektrokardiographie einen ungeahnten Aufschwung erlebt hat, der bislang noch nicht annähernd ausgeschöpft ist. Es geht daher vornehmlich um eine sinnvolle praktische Anwendung dieser einzigartigen Methode. Die wichtigsten Geräte wurden vorgestellt und ihr Einsatz unter den sehr verschiedenen sportlichen Bedingungen demonstriert. Die telemetrische Elektrokardiographie deckt interessante physiologische Besonderheiten auf und gibt u. a. Auskunft über ein zweckmäßiges Trainingsprogramm. Unentbehrlich aber ist die telemetrische Elektrokardiographie bei den Alterssportlern geworden, und es ist erstaunlich, was sie aufzudecken vermag, d. h., unter welchen elektrokardiographischen Zeichen hervorragende Leistungen vollbracht werden; bei keiner anderen Gelegenheit lernen wir so viel hinzu wie bei telemetrischen Untersuchungen, etwa von Langstreckenläufern.

Als drittes Thema nach der konventionellen (I) und telemetrischen Elektrokardiographie (II) kam die Ergometrie zur Sprache. Immer noch geht es um die Standardisierung, immer noch um die allgemeine Verständigung. Die Bemühungen streben auf einen Standardtest für die Praxis zu, um einen praktikablen Ansatz für weitere Untersuchungen zu gewinnen, obgleich ohne Umschweife zum Ausdruck kam, daß im Grunde auch auf dem Prüfstand ein individueller Test den jeweiligen Besonderheiten des zu Untersuchenden am besten gerecht würde.

Die Probleme der Registrierung kann eigentlich nur eine medizinisch-technische Assistentin vortragen; sie bekommt die technischen Unzulänglichkeiten als erste zu spüren und muß einen besonderen Sinn dafür entwickeln, ob vielleicht ein Informationsfluß verfälscht wird und woran das im gegebenen Falle liegt.

Die Besonderheiten der ergometrischen Meßgrößen zwingen zu intensiver Beschäftigung mit der Physiologie des Arbeitenden, der Struktur der Meßgeräte, der Verbindung zwischen beiden (dem Arbeitenden und dem Meßgerät, d. h. mit den Rezeptoren) und mit der Registrierung und Auswertung der Meßdaten. Die Ergometrie für die Praxis des Sportarztes ist ein besonderes Anliegen der Sportmedizinischen Abteilung und die Einübung in das Lesen und Verstehen des Gewonnenen ist eine stetige Aufgabe.

Ein Seminar dient dem Austausch von Erfahrungen, ein Seminar hat kritische Hörer, ein Seminar aktiviert aber auch in besonderer Weise jenen Prozeß des Lernens, der durch Wissen und Erfahrung reicher macht.

Die praktischen Übungen sollten in die aktuellen Situationen führen; zunächst bringen sie den Interessierten an das Gerät und schaffen jene Vertrautheit oder Distanz, die zur kritischen Prüfung unentbehrlich ist.

Nachdem wir einander kennengelernt und voneinander mit Gewinn gelernt haben, freuen wir uns auf ein Wiedersehen in einem Jahr.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. J. Schmidt, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29

10 Jahre Sportärztliche Bibliothek Nürnberg

Am 10. 9. 1969 wurde in Nürnberg mit einer Feierstunde eine Ausstellung zum Thema „Sportmedizin" eröffnet, die anläßlich des 10jährigen Bestehens der Sportärztlichen Zentralbibliothek bei der Stadtbibliothek Nürnberg zusammengestellt wurde.

Nach einem musikalischen Auftakt konnte der Direktor der Stadtbibliothek Nürnberg, Herr Dr. GOLDMANN, zahlreiche Gäste begrüßen. In einem kleinen historischen Rückblick erinnerte er an die Verdienste der jetzigen Leiterin der Bibliothek, Frau Dr. J. BAUSENWEIN, und des damaligen Schriftführers der mittelfränkischen Sportärzte, Herrn Dr. BASEL, sowie das Entgegenkommen der Stadt Nürnberg durch ihre damaligen Stadträte STAUDT und WAGNER, auf deren Initiative vor 10 Jahren die Gründung der Bibliothek maßgeblich zurückzuführen ist. Ihnen und all denen, die in der Folgezeit bis heute tatkräftig am Aufbau und der ständigen Erweiterung dieser Fachbibliothek mitgeholfen haben, sprach Dr. Goldmann herzlichen Dank für ihre Weitsicht und den helfenden Einsatz aus.

Anschließend hielt Professor Dr. E. J. KLAUS, der selbst eine sportärztliche Dokumentationsstelle in Münster errichtet hat, einen Vortrag über die „Bedeutung der sportmedizinischen Dokumentation und Bibliothek für die sportärztliche Arbeit". Er würdigte den Aufbau einer sportärztlichen Fachbibliothek in Nürnberg bereits vor 10 Jahren und deren beharrliche Fortführung als eine ausgesprochene Pioniertat für die sportärztliche Arbeit. Das Gebiet der Sportmedizin, so erläuterte er weiter, müsse heute sehr weit abgesteckt werden. Es umfasse alle Bemühungen diagnostischer, therapeutischer, prophylaktischer und rehabilitativer Art mit Hilfe von Leibesübungen und Sport für die menschliche Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Aufgrund dieser umfassenden Definition sei die Sportmedizin sowohl mit allen Teilgebieten der Medizin als auch mit geisteswissenschaftlichen Fächern, wie Psychologie, Pädagogik und Soziologie, auf das engste verknüpft. Aus dieser Erkenntnis ergebe sich bereits, wie wichtig und notwendig es sei, eine leistungsfähige Dokumentationsstelle für Sportmedizin zu schaffen, der eine Verkartung des internationalen Schrifttums vorausgehen müsse, und deren Voraussetzung eine umfangreiche personelle und apparative Ausstattung sei. Professor Klaus regte darüber hinaus die Zusammenarbeit in einem internationalen Dokumentationsring an. Erste Erfolge in dieser Richtung könne er in seiner 1962 in Münster errichteten Dokumentationsstelle verzeichnen.

In Köln werde nun ab 1. 1. 1970 ein größeres Zentrum dieser Art errichtet, dessen automatische Datenverarbeitungsanlage sich erstmals bei den Olympischen Spielen 1972 in München bewähren solle.

Das große Informationsbedürfnis, so betonte Professor Klaus, aller Personen, die sich privat, vor allem aber beruflich mit Sport zu beschäftigen hätten, erfordere jedoch nicht nur eine Dokumentation der Literatur, sondern die Archivierung des gesamten internationalen Schrifttums, damit jedem Interessierten auch die Einsicht in Lehrbücher und Sammelwerke der verschiedensten Art ermöglicht werden könne. Die Nürnberger Bibliothek, deren Katalog bereits 2200 Einheiten und 85 Periodika umfasse, spreche einen umfangreichen Leserkreis an, wie die Benutzeranalyse aufweise. Die Zahl von rund 3650 Ausleihen stelle die Berechtigung, Bedeutung und Förderungswürdigkeit dieser Institution eindrucksvoll unter Beweis. Es habe sich insbesondere gezeigt, wie notwendig das Bestehen einer derartigen Fachbibliothek für Lehrende und Lernende sei. Die Nürnberger Bibliothek sei daneben aber im Gegensatz zu fast allen anderen Dokumentationsstellen einem unbeschränkten Benutzerkreis zugänglich, was positiv zu vermerken sei, da heutzutage jedermann Interesse an den mit der Sportmedizin zusammenhängenden Problemen zeige. Nach Münster und Köln sei Nürnberg auch die größte derartige Fachbibliothek in Deutschland.

Abschließend sagte Professor Klaus, an alle auf dem Gebiet der Sportmedizin Verantwortlichen müsse eindringlich die Bitte gerichtet werden, noch mehr als bisher die gesamte Informationsarbeit auf diesem Sektor zu fördern. Dazu würden allerdings außer einem großen Maß an Initiative und Interesse auch erheblich Geldmittel benötigt. Im Zeichen der kommenden Olympischen Spiele 1972 in München sei jedoch sehr zu hoffen, daß den hier aufgezeigten Problemen und der Verwirklichung seiner Verbesserungsvorschläge erhöhte Aufmerksamkeit und Unterstützung von allen Seiten zuteil werde.

Diesen Ausführungen schloß sich Dr. E. GOSSNER, 1. Vorsitzender des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V., in einem Schlußwort voll und ganz an. Er sprach dann Herrn Dr. Goldmann den Dank seines Verbandes für die stetige Aufgeschlossenheit und den Einsatz beim Auf- und Ausbau der sportärztlichen Bibliothek aus. Herzlichen Dank stattete Dr. Gossner auch Herrn Professor Dr. J. SCHMIDT, dem Leiter des Sportärztlichen Institutes der Medizinischen Poliklinik Erlangen, dafür ab, daß das Institut umfangreiches Material zur Verfügung stellte und durch seine stetige Arbeit für die Bewältigung der sportmedizinischen Aufgaben von unschätzbarer Hilfe ist.

Mit einem musikalischen Gruß klang die Feierstunde aus, und es schloß sich ein Rundgang durch die Ausstellung an. Anschaulich sind dort in Vitrinen und an den Wänden Bilder, Medaillen, Münzen, Schrifttum usw. zu jeweils einem die Sportmedizin betreffenden Thema zusammengestellt. Der Schwerpunkt der Ausstellung liegt in der Dokumentation zu den Olympischen Spielen 1968 in Mexiko und einer Vorausschau auf die Spiele in München 1972. Daneben wird der Besucher u. a. über Versehrtensport, sportmedizinische Veranstaltungen und Untersuchungen, die Untersuchungsstellen in Bayern usw. informiert.

Anschr. d. Verf.: Dr. *Eckart* K i n z l e r, *8520 Erlangen, Bezirkskrankenhaus*

Sportmedizin und Alterssportler

Die Erlanger Sportmedizinische Abteilung und die alten Langstreckenläufer von Bad Brückenau*)

In einem Referat, und mag es noch so kurz sein, kann ich nur in Worte fassen, was eigentlich schwer zu sagen ist, nämlich, was uns hier bewegt, was wir alles lernen und was auf uns Eindruck macht. Ich möchte damit dreierlei sagen:

I. Was das Besondere an uns, den Erlanger Ärzten, ist;
II. was w i r, die Erlanger Ärzte, aufgrund unserer bisherigen Untersuchungen an Erfahrungen gesammelt haben, und
III. was die alten Langstreckenläufer durch ihr Beispiel angeregt haben.

I.

Ein Arzt ist eigentlich ein Sachkundiger, der wartet, bis jemand ihn aufsucht, um Hilfe, Rat und Tat zu erbitten. Auch wir Erlanger Ärzte machen das so; hin und wieder aber, wie an diesem Tage, nehmen wir die halbe Klinikeinrichtung mit und kommen zu Ihnen, um „am Ort der Tat", dort, wo Menschen besondere Leistungen vollbringen, dazusein, zu untersuchen und mit Rat und Tat beizustehen. Vielleicht ahnen Sie ein wenig, was das bedeutet: Die Medizin ist in einem Wandel begriffen; sie wendet sich mehr und mehr a u c h den Gesunden zu und zumal den alternden Gesunden, und zwar, um zu sehen, wie es um sie steht und was getan werden kann, damit sie nicht krank werden. Da der Sporttreibende wegen der besonderen körperlichen Leistung in besonderem Maße zu seiner Gesunderhaltung beiträgt, gilt ihm und zumal dem alternden Sportler auch die besondere Aufmerksamkeit dieser „Medizin des Gesunden". Gesunde aber gehen nicht zum Arzt; daher müssen die Ärzte zu den Gesunden kommen, und zwar mit vielfältigen Aufgaben:

1. um zu sehen, ob sie wirklich gesund sind, oder vielleicht schon in einem Vorstadium der Krankheit stehen (das nennt man präventive Medizin);
2. um die Gesunden zu beraten, damit sie sich die Gesundheit erhalten (das ist prophylaktische Medizin), und
3. um Mittel und Möglichkeiten zu suchen, die Gesundheit — und das ist ja eine Aufgabe, etwas, das entfaltet werden soll —, ja, um zu forschen, wie diese Gesundheit vermehrt werden könne und wie dieses Mehr an Gesundheit zu festigen und zu halten sei, damit das Leben lebensfroher, das Altern verzögert werde, und wenn es komme, dann behutsamer eintrete und lebenswert bleibe.

Der so aus seiner Reserve hervortretende Arzt aber muß vom Gesunden auch richtig verstanden werden; erst dann tut das, was er sagt, auch seine Wirkung; und deswegen sage ich das alles.

Der Arzt kommt mit Apparaten und Geräten, und er kommt, wenn sich viele versammelt haben, in großer Zahl. Das ist, weiß Gott, ein neues Bild des Arztes.

*) Vortrag anläßlich des Altherrenlaufes in Bad Brückenau am 4. Oktober 1969.

II.

Wer ein wenig in sportmedizinischen Veröffentlichungen gebiättert hat, der kennt auch die vielen graphischen Darstellungen, in denen das Verhältnis von verschiedenen Funktionen unserer Organe zum Alter in bezug gesetzt wird: auf der Grundlinie, der Abszisse, wird das Alter, und auf der Senkrechten, der Ordinate, die jeweilige nachgeprüfte Funktion eingetragen. Diese Kurven ähneln sich für die meisten Funktionen: sie steigen in der Jugend an und falien im Aiter ab. Das Interessante an diesen Kurven ist, daß ihre höchste Höhe, d. h. also, die größte Leistung, schon um die Wende des 2. Lebensjahrzehntes erreicht ist, und es dann bereits abwärtsgeht. Das aber bedeutet: Bereits am Anfang der 20er Jahre beginnt, gemessen an der Leistungsfähigkeit und den Möglichkeiten der Anpassung, das Altern. Nicht nur die Trainierbarkeit der Skelettmuskulatur, auch die Trainierbarkeit des Herzens nimmt mehr und mehr ab. Aber, und das ist das Bemerkenswerte, dieser offensichtliche Alternsprozeß kann verlangsamt, ja, er kann für Jahre und Jahrzehnte aufgehalten werden; dann bleibt die Leistungskurve hoch, oder sie nimmt nur langsam ab. Besonders in den Dauersportarten kann das Maximum der Leistung noch lange Zeit, etwa bis zur Wende des 3. Lebensjahrzehntes, erhalten bleiben; z. B.: je länger die Strecke, desto älter sind die Läufer mit Hochleistungen.

Ein Vergleich zwischen Alterssportiern und nicht Sporttreibenden zeigt, daß ein 60jähriger Sportler noch eine Leistung aufweist wie ein 40jähriger oder gar wie ein 30jähriger, der nicht Sport betreibt; d. h., der Alterssportler verhält sich, gemessen an seiner körperiichen Leistung, wie wenn er 20 oder 30 Jahre jünger wäre.

Das Mittel aber, um jung zu bleiben, ist, besser als jedes andere, ein guter Ausdauersport, der, in der Jugend begonnen, möglichst nicht unterbrochen werden sollte, auch dann nicht, wenn der Beruf mehr und mehr unser Hirn beansprucht und immer weniger unsere guten Muskeln. Ja, Im Gegenteil, je stärker das Hirn durchblutet werden muß, desto mehr müssen Herz und Kreisiauf gestärkt werden, damit sie ihre Dienste dem stark beanspruchten Hirn nicht versagen. Das moderne Leben fordert von uns zunehmend geistige Leistungen; wir sollten ihnen geben, soviel wir nur vermögen, aber auch dem Körper, was des Körpers ist, sonst verkümmert er und zieht in die Verkümmerung das Ganze mit hinein.

Wir haben festgestelit, daß die Langstreckenläufer, im Vergleich zu nicht sporttreibenden Altersgenossen, die geschmeidigeren Adern haben, und daß der gesamte Kreislauf, auch das Herz, bei ihnen ökonomischer arbeitet. Ein Mensch ist so alt wie seine Arterien, d. h., je weniger Alterserscheinungen die Arterien zeigen, desto stärker ist das Altern verzögert.

Das ist in kurzen Worten das, was wir mit unseren komplizierten Geräten während der Untersuchungen vor einem Jahr erfahren haben.

Übrigens (und das wird vielleicht die Damen interessieren), die Kurven der Leistungsfähigkeit sind bei Männern und Frauen nicht gleich: Die Männer sind nicht nur körperlich leistungsfähiger, sondern auch besser trainierbar als die Frauen. Das ist aber nur in der Jugend so; in ihrer Kindheit waren sich Mann und Frau in Leistung und Trainierbarkeit ähnlich, mit zunehmendem Alter werden sie sich wieder ähnlicher; Leistung und Trainlerbarkeit der Frauen nehmen langsamer ab, als das bei den Männern der Fall ist, wahrscheinlich, weil die Frauen zeitlebens mehr laufen. Wie, wenn sie noch mehr laufen würden? Und in systematischem Training? Wir können uns, obgleich unsere Chefsekretärin das angeregt hat, mit einem Omalauf noch nicht recht vertraut machen; uns Erlanger von der Medizinischen Poliklinik würde dann aber sicher ein unwiderstehlicher wissenschaftlicher Drang wiederum hierher führen ...

III.

Schließlich darf ich mich zum Sprecher der Altherrenläufer machen, damit ich all dem Ausdruck geben kann, was sie uns allen zu sagen haben: Sie haben das wahre Wort: „Der beste Weg zur Gesundheit ist der Fußweg" ergänzt durch einen noch besseren Weg, nämlich den, der so oft wie möglich im Laufschritt zurückgelegt wird. Sie geben uns allen ein einzigartiges sportliches Beispiel, und schon so mancher läuft, seit er von ihnen weiß, mehr als in früheren Tagen.

Sie geben ein besonders Beispiel den Ärzten, denen sie zeigen, welche einzigartige Medizin ein Dauersport lst; jeder Kollege, der von ihnen weiß, muß sich fragen, ob er schon einmal „Sport" verordnet hat. Das geht aber nicht einfach so: „Dreimal täglich ein bißchen Sport"; der Arzt muß etwas vom Sport, von seiner Wirkung und von seiner Dosierung verstehen, er muß ihn selbst kennenlernen. Sie tragen dazu bei, daß sich der Arzt auf den Weg macht, das zu erlernen. Unsere Studenten in Erlangen haben damit bereits begonnen; das aber heißt, die Ärzte von morgen werden für sie ein noch besseres Verständnis haben.

Sie leisten den besten Beitrag zur Entdeckung der Arznei „Sport" und vor allem zu deren Dosierung; denn sie haben die Maximaldosis entdeckt. Dafür gebührt ihnen ein Markstein in der Geschichte der Medizin; und ich werde bald einmal mit unserem Medizinhistoriker sprechen, daß er ihn an einen Weg stellt, wo möglichst viele vorübergehen.

Sie tragen dazu bei, daß Sport als Vorbeugungsmittel gegen das Altern — wie gegen die Krankheiten unserer bewegungsarmen Zeit, aber auch als Therapie dieser Krankheiten durch Bewegungsmangel und zur Rehabilitation — zum Verordnungsschatz des Arztes gehören wird. Sie geben uns einen Anlaß mehr, daß wir von der Öffentlichkeit fordern, mehr Möglichkeiten zum allgemeinen und persönlichen Sport zu schaffen, Vorsorgezentren einzurichten (in denen das eingeübt werden kann, was in der Praxis dann als verordneter Sport betrieben werden sollte) und in Zukunft Altersheime und auch Krankenhäuser nicht mehr ohne sinnvoll angelegte Sportanlagen zu bauen.

Sie haben uns, die Erlanger Ärzte, dazu angeregt, in besonderer Weise die Wirkungen des Alterssports zu studieren. Sie haben auf diese Weise dazu beigetragen, daß ein neues Fach der Altersforschung ins Leben gerufen wurde, das wir „präklinische Geriatrie" nennen, und das sich damit beschäftigt, wie dem Alter und den Alterserkrankungen wirksam vorgebeugt werden könne. Sie haben uns gezeigt, wie richtig der Satz LICHTENBERGs sein kann: „Wenn die Erinnerung an die Jugend nicht wäre, würde man das Alter nicht bemerken." Was uns die Altherrenläufer durch die Untersuchungsbefunde zeigen, das möchte ich in einen abschließenden Zuruf übersetzen: „Lauft, dann tut ihr, was euer Herz sich wünscht." Professor Dr. J. Schmidt, Erlangen

KURZNACHRICHTEN

Sportmedizin an der Universität Erlangen-Nürnberg

Sommer-Semester 1969

Im Sommer-Semester wird jeweils Sportmedizin I (Sporttraumatologie) gelesen und das sportmedizinische Praktikum I (vor allem Notfälle, Massage) veranstaltet.

Die Studenten hatten in diesem Semester die Gelegenheit zu einem zweitägigen Praktikum in der präventiven Sportmedizin, und zwar in Eschenlohe. Dort ist von der Firma Siemens AG eine Zentrale für Kreislauftrainingskuren eingerichtet worden, die von Dr. M. GERHARDS betreut wird. 28 Studenten nahmen teil; ihnen wurde ein nachhaltiger Eindruck von den Möglichkeiten der prophylaktischen Medizin durch Leibesübungen vermittelt. Die Firma Siemens AG hat in großzügiger Weise alle finanziellen Unkosten des Praktikums getragen und auf diese Weise einen, wie ich meine, wertvollen Beitrag zur Ausbildung des Arztes von morgen geleistet.

Winter-Semester 1969/70

Aufgrund wiederholter Anfragen werden die Lehrveranstaltungen des Winter-Semesters 1969/70 für Medizinstudenten, die an der sportmedizinischen Ausbildung in Erlangen teilnehmen, bekanntgegeben:

Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik (Östliche Stadtmauerstraße 29):

1. Sportmedizin II, 1 Std., Donnerstag, 18.00 bis 19.00 Uhr
2. Sportmedizinisches Praktikum II (Internistische sportmedizinische Untersuchungsmethoden). Der Student lernt die Untersuchungsmethoden theoretisch und praktisch kennen, und er unterzieht sich ihnen.

Hochschulinstitut für Leibesübungen (Gebbertstraße 123):

3. Sportpraktische Übungen (I. Montag, 18.00 bis 19.45 Uhr, II. Freitag, 16.00 bis 17.45 Uhr)
4. Ausbildung im Rettungsschwimmen (Vorbereitung zum Erwerb des Grundscheines)
5. Skikurs in Heiligenblut (28. Februar bis 7. März 1970)

Professor Dr. J. Schmidt, Erlangen

Empfehlungen für die Teilnahme an den schulischen Leibesübungen während der Menstruation

1. Die Menstruation ist ein natürlicher Vorgang, über den jedes Mädchen orientiert sein sollte. Bei gesunden Schülerinnen braucht der gewohnte Tagesablauf nicht geändert zu werden. Daher sollte die Teilnahme an den schulischen Leibesübungen selbstverständlich sein.
2. Entsprechende Gymnastik kann in vielen Fällen sogar Menstruationsbeschwerden lindern; denn sie fördert die Durchblutung, löst Verkrampfung der Muskulatur und entspannt psychisch.
3. Dauerleistungen, intensive Bauchmuskelübungen, Niedersprünge aus größeren Höhen, schweres Heben (z. B. Tragen von Matten und Geräten) und dergleichen, dürfen jedoch nicht gefordert werden. Zur Hilfe- und Sicherheitsstellung sollten Mädchen während dieser Zeit nicht herangezogen werden. Für Prüfungen und Wettkämpfe sollten stets zwei Termine zur Verfügung stehen.
4. Das Tragen warmer Kleidung ist zur Vermeidung der Abkühlungsgefahr notwendig.
5. Vom schulischen Schwimmunterricht ist zumindest in den ersten Tagen der Menstruation abzuraten (hygienische Gründe, starke Abkühlung, Erkältungsgefahr).
6. Menstruationsunregelmäßigkeiten sind in der Pubertätszeit häufig und verringern sich mit zunehmendem Alter, d. h., der Organismus muß sich auf dieses biologische Geschehen erst „einspielen". Sie besitzen im allgemeinen keinen Krankheitswert.
7. Falls Schülerinnen an Menstruationsbeschwerden, insbesondere starken Schmerzen, leiden, ist die Teilnahme an den Leibesübungen nicht ratsam. Sie sollten jedoch grundsätzlich der Stunde beiwohnen und den Stundenverlauf, die Übungsanweisungen und Erklärungen verfolgen.
8. In allen Zweifelsfällen ist ärztlicher Rat einzuholen. Die Mädchen sind dazu anzuhalten, einen Regelkalender zu führen.

An unsere Mädchen werden im späteren Leben als Hausfrau und Berufstätige körperliche und psychische Anforderungen gestellt, die auf die Vorgänge der Menstruation keine Rücksicht nehmen können. Wir würden unsere Mädchen schlecht auf ihre späteren Lebensaufgaben vorbereiten, wenn wir nicht schon während der Schulzeit ärztlich zumutbare Belastungen während der Menstruation verlangten.

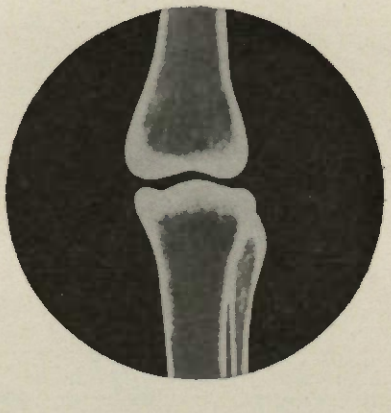
Für Forschung und Praxis

Eine Brücke, die zwischen der sportmedizinischen Forschung an den Hochschulinstituten und der Sportpraxis in den Verbänden bisher gefehlt habe, nannte Chefarzt Dr. Eugen GOSSNER, Präsident des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, das neue sportmedizinische Untersuchungszentrum der Sportschule Grünwald, das am 8. Oktober 1969 der Presse vorgestellt wurde. Der BLSV sei damit der erste Landesverband mit einer eigenen sportmedizinischen Untersuchungsstelle. BLSV-Präsident Rudolf SEDLMAYER sprach von einem denkwürdigen Tag. Zum Wohle der Vereine und der Aktiven können nun die Trainingskurse an der Sportschule und auch außerhalb Münchens sportmedizinisch erfaßt, ausgewertet und die Ergebnisse dokumentiert werden. Auch Dr. Franz SCHLICKENRIEDER, der Leiter des Untersuchungszentrums, unterstrich die unterschiedliche Zielsetzung zwischen Hochschulzentren wie Freiburg, Köln und Erlangen und dieser Einrichtung. Grünwald werde den Kontakt mit den Verbands- und Vereinsärzten besonders pflegen. Das Untersuchungszentrum nimmt seine Arbeit Anfang November auf. E. S.

(aus: „Süddeutsche Zeitung", Nr. 243, vom 10. Okt. 1969)

Inbegriff für optimale Wirkung und Verträglichkeit

Zur speziellen Therapie
von
Osteochondrosen
Arthrosen
Zervikalsyndrom
Muskel-
und
Gelenkrheumatismus



Ostochont®

Ostochont-Dragées · Ostochont-Salbe · Ostochont-Thermosalbe · Corti-Ostochont-Dragées mit Prednisolon

ADENYL-CHEMIE

ADENYLCHEMIE

VERANSTALTUNGEN

Segelkurs im Sommer 1970 für Sportärzte am Gardasee zur Erlangung des A-Scheines

Der Bayerische Sportärzte-Verband hat die Absicht, sofern eine Teilnehmerzahl von mindestens 20 Personen gewährleistet ist, in der letzten August- und der ersten Septemberwoche 1970 in Bardolino am Gardasee einen 14tägigen Segelkurs zu veranstalten, der von einer renommierten Segelschule des Deutschen Segel-Verbandes durchgeführt werden soll.

Nach 14 Tagen der theoretisch-praktischen Ausbildung kann die Segelscheinprüfung abgelegt werden.

Die Kosten für Unterkunft in Zweibettzimmern in einem Hotel mit Verpflegung sowie Kursgebühren werden etwa DM 450.— betragen.

Interessenten wenden sich, bitte, bis spätestens **15. Februar 1970** an den Bayerischen Sportärzte-Verband, 8000 München 2, Brienner Straße 50, „Haus des Sports".

Erinnerungs- und Olympiavorbereitungstreffen der Fellows of FIMS

vom 7. bis 10. Mai 1970 in München

Veranstalter und Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V.

Vorprogramm

Donnerstag, 7. Mai 1970

Anreisetag

19.30 Uhr:
Anmeldung im Tagungsbüro der Sportschule Grünwald

20.00 Uhr:
Begrüßungsabend im „Grünen Saal" der Sportschule Grünwald, durch den Landesvorsitzenden des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.

Film vom FIMS-Seminar 1965

Freitag, 8. Mai 1970

9.15 Uhr:
Referat über die Olympischen Sportstätten im Haus des Organisationskomitees für die Olympischen Spiele, Saarstraße 7

Anschließend Besichtigung der Olympiastätten Münchens

12.00 Uhr:
Mittagessen auf dem Fernsehturm

14.00 bis 16.00 Uhr:
Weitere Besichtigung der Olympiastätten

16.00 Uhr:
Empfang der Teilnehmer durch das Bayerische Staatsministerium des Innern, vertreten durch Herrn Ministerialdirigent Dr. Erich Hein, den Vorsitzenden des Sanitätsausschusses für die Olympischen Spiele beim Organisationskomitee; im Haus des Organisationskomitees München, Saarstraße 7

18.00 Uhr:
Pressekonferenz im gleichen Gebäude

Samstag, 9. Mai 1970

9.15 Uhr:
Informatorische Hinweise zur Frage der Organisation des Sanitätsdienstes bei den Olympischen Spielen durch Herrn Ministerialdirigent Dr. Erich Hein und Prof. Dr. Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, sowie Chefarzt Dr. Gossner, den Landesvorsitzenden des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.

Anschließend Diskussion über:

1. Hygienische Fragen
2. Allgemeine ärztliche Fragen
3. Sportärztliche Fragen

13.00 Uhr:
Mittagessen im „Haus des Sports" oder in der Sportschule Grünwald

15.00 Uhr:
Führung nach Interessengruppen durch München (die Interessengruppen werden am Anreisetag um 19.30 Uhr im Tagungsbüro zusammengestellt)

18.00 Uhr:
Gemeinsame Fahrt zur Bayerischen Staatsbrauerei Weihenstephan mit Empfang durch die Bayerische Landesärztekammer und Abendessen

Sonntag, 10. Mai 1970

Wahlweise:

1. Besuch eines Volkslaufes
2. Besuch eines Volksradfahrens
3. Besuch eines Opalaufes in Augsburg
4. Seenfahrt um München
5. Führung durch Pinakothek, Schatzkammer oder andere Sehenswürdigkeiten Münchens

Die Interessengruppen werden am Anreisetag um 19.30 Uhr im Tagungsbüro zusammengestellt. Für Fahrgelegenheit wird gesorgt.

17.00 Uhr:
Schlußbesprechung in der Sportschule Grünwald mit Diskussionen, Anträgen und Wünschen

Tagungsbüro: Sportschule München-Grünwald, Ebertstraße 1

Anmeldeschluß: **1. März 1970**

Teilnehmergebühr: DM 40.—

Unterbringung: durch das ABR, entweder in einem Hotel Münchens oder in der Sportschule Grünwald.

Theaterkarten usw. werden durch das ABR beschafft und gehen auf eigene Kosten.

Alle Möglichkeiten der Sportausübung usw. sind in der Sportschule Grünwald vorhanden.

Spezielle Wünsche können bei Voranmeldung berücksichtigt werden.

Die Teilnehmerzahl ist auf 90 begrenzt, nach Eingang der Meldungen.

Auskunft und Anmeldung: Bayerischer Sportärzte-Verband, 8000 München 2, Brienner Straße 50, „Haus des Sports"

Bayerischer Sportärzte-Verband e. V.

Landesvorsitzender des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.: Chefarzt Dr. Eugen Gossner, 8901 Zusmarshausen, Zusamklinik, Telefon (0 82 91) 461.

Geschäftsstelle: 8000 München 2, „Haus des Sports", Brienner Straße 50, Telefon 52 15 55 (Dienstzeiten: Mittwoch und Donnerstag von 13 bis 18 Uhr).

Konten: Postscheckkonto München 555 54; Münchner Bank eGmbH, 8000 München 2, Brienner Straße 53, Konto-Nr. 4950

Geschäftsstellenleiter: Dr. Wilhelm Funke, Facharzt für innere Krankheiten, Erding (jeden Mittwoch von 15 bis 17 Uhr anwesend).

Beleuchteter Dachaufsatz „Arzt — Notfalleinsatz"

Antragstellung und Stellungnahme der ärztlichen Berufsvertretung

Nach § 52 Abs. 6 der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung i. d. F. vom 6. 12. 1960 (BGBl. I S. 897), zuletzt geändert durch die Verordnung zur Änderung der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung vom 21. 7. 1969 (BGBl. I S. 845), darf an Kraftfahrzeugen von Ärzten während des Einsatzes zu Hilfeleistungen in Notfällen ein nach vorn und hinten wirkendes Schild mit der in schwarzer Farbe auf gelbem Grund versehenen Aufschrift „Arzt — Notfalleinsatz" auf dem Dach angebracht sein, dessen innen angebrachte Leuchte gelbes Licht abstrahlt; dies gilt nur, soweit die Ärzte zum Führen des Schildes berechtigt sind. Die Berechtigung zum Führen des Schildes ist durch einen Vermerk der Zulassungsstelle im Kraftfahrzeugschein nachzuweisen. Welche Ärzte zur Führung eines derartigen Schildes berechtigt sind, entscheidet die zuständige Kraftfahrzeug-Zulassungsstelle nach Anhören der zuständigen Ärztekammer. Anträge zur Genehmigung der Führung des genannten Dachaufsatzes sind bei der unteren Verkehrsbehörde (Kraftfahrzeug-Zulassungsstelle) zu stellen.

Im Interesse einer raschen Entscheidung über solche vorliegenden Anträge hat das Bayerische Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr auf Vorschlag der Bayerischen Landesärztekammer empfohlen, unmittelbar den für den Tätigkeitsort des antragstellenden Arztes zuständigen Ärztlichen Kreisverband zu hören. Die Regierungen wurden ersucht, die Kraftfahrzeug-Zulassungsstellen entsprechend zu unterrichten.

FAKULTÄT

München

Medizinische Fakultät

Professor Dr. med. Wolfgang SPANN, bisher o. Professor an der Universität Freiburg/Br., wurde zum „ordentlichen Professor für Gerichts- und Versicherungsmedizin" ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor" wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Hans JAHRMÄRKER (Innere Medizin);

Privatdozent Dr. med. Klaus RIEGEL (Kinderheilkunde);

Privatdozent Dr. med. Fritz ZIMMER (Frauenheilkunde und Geburtshilfe).

Privatdozent Dr. med. Enno KLEIHAUER, Abteilungsleiter an der Universitätskinderklinik, wurde zum „außerplanmäßigen Professor" an der Universität Ulm ernannt.

Privatdozent Dr. med. Sándor MARGHESCU (Dermatologie und Venerologie) wurde zum „Universitätsdozenten" ernannt.

Zum „Abteilungsvorsteher" wurden ernannt:

Apl. Professor Dr. med. Paul DZIALLAS (Anatomisches Institut);

Apl. Professor Dr. med. Hermann KURZ (Pharmakologisches Institut).

Seit über 3 Jahrzehnten
in Praxis und Klinik
für alle Indikationen
der **parenteralen**
Calciumtheraphie

voll und sofort
wirksam
ausgezeichnet
verträglich
wirtschaftliche
Verordnung

CALCIUM
THILO

5 Ampullen 10% 10ml 3,50 DM
5 Ampullen 20% 10ml 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

Privatdozent Dr. med. Detlef PETZOLDT (Dermatologische Klinik) wurde zum „Leitenden Oberarzt" ernannt.

Professor Dr. med. Otto BRAUN-FALCO, Direktor der Dermatologischen Klinik, wurde von der Italienischen und von der Bulgarischen Dermatologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied gewählt.

Würzburg

Dr. med. Dieter WYSS, Frankfurt, wurde zum „außerordentlichen Professor für Psychotherapie und medizinische Psychologie" sowie zum Vorstand des Institutes für Psychotherapie und medizinische Psychologie ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor" wurden ernannt:

Universitätsdozent Dr. Werner DÖLL (Mikrobiologische Diagnostik);

Privatdozent Dr. med. Hans HOCHREIN (Innere Medizin);

Privatdozent Dr. med. Karl KLÜTSCH (Innere Medizin);

Universitätsdozent Dr. med. Harm SPULER (Neurochirurgie);

Universitätsdozent Dr. med. Wolfgang THOENES (Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie).

Zum „Universitätsdozent" wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Günter BRUNE (Neurologie);

Privatdozent Dr. med. Horst FINGER (Hygiene und Mikrobiologie);

Professor Dr. med. Erika GEISLER (Psychiatrie und Neurologie);

Privatdozent Dr. phil. Christoph JUNGWIRTH (Biochemische Virologie);

Professor Dr. med. Heinz NIGGEMAYER (Kinderheilkunde).

Zum „Privatdozent" wurden ernannt:

Dr. med. Uros JOVANOVIC (Psychiatrie und Neurologie);

Dr. med. Willi MÜLLER (Neurologie);

Dr. rer. nat. Ute STEWART (Klinische Biochemie).

Universitätsdozent Dr. med. Karl Heinz MOSLER wurde zum „Abteilungsvorsteher" an der Universitäts-Frauenklinik ernannt.

Zum „Leitenden Oberarzt" wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Gerhardt BÖTTGER (Chirurgische Klinik und Poliklinik);

Privatdozent Dr. med. Hubert FROHMÜLLER (Urologie-Chirurgische Klinik und Poliklinik);

Privatdozent Dr. med. Malte Erik WIGAND (Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke);

Privatdozent Dr. med. Dr. med. dent. Siegfried ZEHM (Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke).

Professor Dr. med. Hans-Werner ALTMANN, Direktor des Pathologischen Institutes, wurde von der Paul-Ehrlich-Stiftung zum Mitglied des Stiftungsrates gewählt.

Professor Dr. med. Wolfgang LEYDHECKER, Direktor der Augenklinik, wurde zum Ehrenmitglied der Griechischen Ophthalmologischen Gesellschaft ernannt.

Professor Dr. med. Kurt STUCKE, Oberarzt der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, wurde von der Academia Brasileira de Medicina Militar in Würdigung seiner international anerkannten wissenschaftlichen Leistungen — insbesondere auf dem Gebiete der Leberchirurgie — mit der Medalha de Alta Distinçao ausgezeichnet.

em. o. Professor Dr. med. Werner WACHSMUTH wurde zum Ehrenmitglied der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung gewählt.

em. o. Professor Dr. med. Ernst WOLLHEIM wurde zum Mitglied des Experten-Komitees für kardiovaskuläre Erkrankungen gewählt.

PERSONALIA

Dr. Mally Kachel 93 Jahre

Am 15. November 1969 konnte Frau Dr. med. Mally KACHEL, die älteste noch praktizierende Ärztin Deutschlands, in München ihren 93 Geburtstag begehen. Bereits im Jahre 1901 hatte sie in München ihre ärztliche Praxis eröffnet, die sie auch heute noch in kleinem Umfang ausübt — in manchen Familien Urgroßmutter, Großmutter, Mutter und Kinder behandelnd.





Dr. Rudolf Soenning, MdL, 65 Jahre

Am 5. Dezember 1969 konnte Herr Kollege Dr. med. Rudolf SOENNING, Mitglied des Bayerischen Landtages, seinen 65. Geburtstag feiern.

Nach Ablegung seines medizinischen Staatsexamens in Hamburg war er mehrere Jahre in England, Frankreich und Südamerika als Arzt tätig. Er errichtete dann nach Erhalt der Anerkennung als Facharzt für Augenkrankheiten eine augenärztliche Praxis in Berlin. Nach dem Krieg ließ er sich in seiner Geburtsstadt Memmingen als Augenarzt nieder. Neben seiner ärztlichen Tätigkeit galten seine besonderen Interessen öffentlichen Aufgaben. 1927 rief er den Akademischen Pflichtsport-Verband der Universität München ins Leben. Bei der Winter-Olympiade 1928 in St. Moritz nahm er als Bobfahrer teil. Seit 1950 ist Herr Dr. Soenning Delegierter und Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer. Seit dem gleichen Jahr gehört er als Abgeordneter dem Bayerischen Landtag an. Der 1954 durch einen Landtagsbeschluß geschaffene Landesgesundheitsrat wählte ihn zu seinem 1. Vorsitzenden. Dieses Amt hat er noch heute inne. Die Verdienste von Herrn Kollegen Dr. Soenning wurden durch die Verleihung zahlreicher Auszeichnungen, darunter das Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes, der Bayerische Verdienstorden, das Steckkreuz des Bayerischen Roten Kreuzes, öffentlich anerkannt.

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Hochschullehrer aus der ganzen Welt als Schiedsrichter vorgeschlagen

Leitende Wissenschaftler der bedeutenderen pharmazeutischen Firmen sowie Beamte der nationalen Überwachungsbehörden zahlreicher Staaten kamen anläßlich einer historisch bedeutungsvollen Gipfelkonferenz überein, daß „Hochschulprofessoren" als „Schiedsrichter" zur Schlichtung der seit langem schwelenden Kontroversen hinsichtlich Sicherheit und Wirksamkeit pharmazeutischer Erzeugnisse berufen werden sollten.

Zum ersten Male trafen sich führende Persönlichkeiten aus Hochschulen, Regierungskreisen und Industrie — insgesamt 40 aus 16 Ländern einschließlich des Ostens — zu einem freundschaftlichen und offenen Gespräch am runden Tisch mit dem Thema: „Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln: Wer trägt die Verantwortung?", um Richtlinien für neue Grundlagen der Pharmakotherapie zu erarbeiten.

Das Treffen stand unter dem Patronat des „Council of International Organizations of the Medical Sciences" (CIOMS), einer aus privater Initiative entstandenen internationalen Berufsvereinigung, die Mitglieder aus 70 internationalen pharmazeutischen und nationalen medizinischen und naturwissenschaftlichen Gesellschaften umfaßt.

Es fand im Hauptquartier der Weltgesundheitsorganisation in Genf statt, in der sogenannten „Stierkampf-Arena" im Gebäude des Vollzugsausschusses.

Die CIOMS wird von der medizinischen Behörde der Vereinten Nationen finanziell unterstützt. Wie ihr geschäftsführender Sekretär, Herr Vittorio Fattorusso, einem Berichterstatter erklärte, hat sie die Aufgabe, den auf biomedizinischem Gebiet tätigen Wissenschaftlern eine Mitsprachemöglichkeit bei der Formulierung derjenigen politischen Entscheidungen der einzelnen Länder zu verschaffen, welche sich auf ihr Arbeitsgebiet auswirken.

Die CIOMS wird in einigen Monaten einen umfassenden Bericht und Empfehlungen veröffentlichen, die an alle im Dienst der Regierungsbehörden stehenden Wissenschaftler sowie an die wissenschaftlichen Gesellschaften verteilt werden sollen. Ihr Zweck ist, in jedem Land die Durchführung derartiger konstruktiv tätiger Konferenzen anzuregen und die Ausarbeitung neuer Richtlinien für die Anwendung von Medikamenten zu fördern.

Die Mehrzahl der Kongreßteilnehmer kam übereln, daß den Hochschullehrern folgende Aufgaben zu übertragen seien:

Jetzt prämienbegünstigt sparen. Termin 31. Dezember.

(Am 31. 12. 1968 nutzten bei uns schon ca. 8,5 Millionen Bundesbürger die Vorteile eines prämienbegünstigten Sparvertrages.)

Jetzt sind es bereits einige Zehntausend mehr, denn die Sparprämien wurden für viele wesentlich erhöht. Bis auf 42%! Vielleicht auch für Sie. Fragen Sie uns. Wenn Sie jetzt prämienbegünstigt sparen, tun wir so, als hätten Sie Ihren Sparvertrag schon am 1. Juli abgeschlossen. Das hat für Sie den Vorteil, daß sich die Festlegungsfrist verkürzt und Sie schon ein halbes Jahr früher über Ihr »großes Geld« verfügen können. Mit dem »großen Geld« meinen wir Ihre angesammelten Sparbeträge +20–42% Prämie +Zinsen und Zinseszinsen. Ein paar Extratips – für Brautleute, Wehrpflichtige, besonders aber für Arbeitnehmer – halten wir außerdem parat. Am besten, Sie kommen schon in den nächsten Tagen zu uns.



wenn's um Geld geht – SPARKASSE

Unterstützung der Industrie und der Regierung in der fortlaufenden Information und Weiterbildung der praktisch tätigen Ärzte, vor allem durch Fortbildungskurse über Pharmakodynamik und Therapie.

Verbesserung der Ausbildung der Medizinstudenten auf pharmakologischem Gebiet durch Schaffung erstklassiger klinisch-pharmakologischer Lehrinstitute.

Unterstützung der pharmazeutischen Industrie bei der Entwicklung umwälzender neuer Verfahren für die experimentelle und klinische Prüfung von Medikamenten.

Beratung der medizinischen Aufsichtsbehörden der Regierungen als unabhängige Ratgeber und „Schiedsrichter" bei der Beurteilung aller neuen und der bereits eingeführten pharmazeutischen Spezialitäten.

Die in Genf anwesenden Hochschulprofessoren erklärten sich mit diesen Forderungen einverstanden, einige allerdings mit einer gewissen Zurückhaltung und unter Vorbehalt, mit dem Hinweis, daß ihre Hauptaufgabe immer die Ausbildung der Medizinstudenten bleiben müsse.

Während Industrie und Regierungsvertreter sich dergestalt bemühten, die Hochschulprofessoren sozusagen als „Stoßdämpfer" zwischen sich zu gewinnen, legten letztlich alle Parteien immer wieder das Hauptgewicht auf den praktisch tätigen Arzt.

Es wurde immer wieder unterstrichen, daß dem behandelnden Arzt seinem Patienten und der Gesellschaft gegenüber ganz allein die Verantwortung zufalle, von den modernen Arzneimitteln den sichersten und wirksamsten Gebrauch zu machen. Alle Redner stellten übereinstimmend fest, daß der durchschnittliche praktizierende Arzt in seinen Verordnungen einer gefährlichen Schablonisierung verfalle und vom Tag seines hippokratischen Eides an mehr und mehr hinter den fortschreitenden Erkenntnissen von Wissenschaft und Technik zurückbleibe.

Die Konferenz war in zwei Hauptsektionen gegliedert. Die eine, A, befaßte sich mit der Beurteilung von Arzneimitteln, die andere, B, mit der pharmakologischen Information und Weiterbildung des Arztes.

Drei Unterabteilungen jeder Sektion beschäftigten sich mit den Obliegenheiten

a) der Hochschullehrer,
b) der Regierungen,
c) der Industrie.

Der bekannte amerikanische Pharmakologe Dr. Gilman von der „Albert Einstein Medical School", Mitverfasser der weltweit anerkannten „Goodman-und-Gilman-Bibel", war der Schrittmacher in der Sektion „Beurteilung von Arzneimitteln".

Er berichtete über die erste ausgedehnte, als Markstein zu betrachtende rückblickende Studie der amerikanischen Regierung. Sie umfaßte sämtliche in den letzten 25 Jahren in die Therapie eingeführten Arzneimittel und wurde von den hervorragendsten Wissenschaftlern durchgeführt. Ein von der „National Academy of Sciences" ausgewähltes Arbeitsteam von verschiedenen Fachexperten prüfte sämtliche über jedes einzelne Heilmittel erhältliche Literatur und schätzte seine Wirksamkeit und Sicherheit ab.

Professor Gilman gab zu, daß es sich hierbei um eine einmalige, nicht kontinuierlich fortgesetzte Studie handle, und daß es für die Wissenschaftler der Hochschulen schwierig wäre, sich für eine so „mühselige" Arbeit „unbegrenzte Zeit" zur Verfügung zu stellen.

Mit harten Worten tadelte er, daß die „US Food and Drug Administration" mit ihren Empfehlungen so langsam vorankomme. Es werde „Jahre dauern", bis man die Auswirkungen der Studie alle übersehen könne. „Schon jetzt haben beunruhigte Ärzte an mich geschrieben und unter Beifügung entsprechender Literatur Präparate verteidigt", sagte Dr. Gilman, „und einige Patienten haben mit Prozessen gedroht, um die einzige namhafte Aktion der US Food and Drug Administration, diejenige gegen die Bioflavinoide, anzufechten."

Dr. G. E. Paget, Direktor der Forschungsabteilung der Smith Kline & French Laboratories (Großbritannien), sprach Dr. Gilman und seinen Kollegen seine Anerkennug für dieses Projekt aus und befürwortete dringend weitere derartige verantwortungsvolle Arbeit zur Unterstützung von Regierung und Industrie.

Auch viele andere Konferenzteilnehmer betrachteten diese amerikanische Studie als beispielhaften Markstein für die Untersuchungen in ihrem eigenen Land. Professor Jacques Cheymol von der französischen Nationalakademie für Medizin erklärte: „Die Wissenschaftler der Hochschulen sollten die Fußballschiedsrichter zwischen Regierung und Industrie sein." Aber er warnte davor, daß ihnen wahrscheinlich nur „vorverdaute Arbeit" zur Beurteilung vorgelegt werde.

Die anwesenden Hochschulprofessoren fragten die Regierungsvertreter, ob sie beabsichtigten, mehr als bisher unabhängige externe Ratgeber heranzuziehen. Dr. J. J. Bishop, Mitglied des Kanadischen „Food and Drug-Direktoriums" (Canadas Food an Drug Directorate = FDD) erwiderte hierauf, das „ständige Beratungskomitee" (Standing advisory committee) in Kanada umfasse Vertreter der Ärztegeselischaft, der Industrie und der Universitäten und solle noch erweitert werden. Mit ihrer Hilfe arbeite die FDD z. Z. einen Plan aus, ein monatlich erscheinendes Bulletin mit Nachrichten und sogar mit vergleichenden Ausführungen über Pharmazeutika herauszugeben und an die Ärzte zu verschicken. An die Herren der pharmazeutischen Industrie gewandt, sagte er: „Meine Herren, Sie beschweren sich stets, daß wir nur negative Informationen veröffentlichen. Nun, hier werden wir auch positive bringen."

Dr. B. Harvey Minchew von der „US Food and Drug Administration" (FDA) teilte mit, der medizinische Aufsichtsrat („Medical Advisory Board") umfasse z. Z. vier Sachverständigenausschüsse, und es sei geplant, für wichtige Spezialgebiete 12 weitere einzurichten.

Er überging Fragen nach dem Schicksal des umstrittenen „Kompendiums für Ärzte", welches die FDA herauszugeben beabsichtigt. Das Vorhaben, in diesem Kompendium Arzneimittel zu beschreiben, wurde von Industrie und Ärzteschaft größtenteils kritisiert.

Professor G. W. Uvnas vom Karolinska-Institut, Stockholm, beschuldigte die Ärzte, „die Medikamente nicht mit der wünschenswerten Klugheit anzuwenden und ihre einzigartigen Möglichkeiten nicht genügend auszuschöpfen". Er legte seinen Standpunkt anhand von Gutachten über Verordnungen dar.

Professor Uvnas und andere Redner forderten „neue Methoden zur Ausarbeitung quantitativer Angaben für die Pharmakotherapie und zuverlässige Parameter für Ärzte."

Dringend verlangte er eine drastische Änderung der ärztlichen Ausbildung und den Aufbau einer klinischen Pharmakologie. Als Beispiel führte er das Vorgehen in Schweden an.

„Traditionsgemäß sind die meisten Professoren Kliniker", sagte er. „Aber heutzutage können sie selbst auf ihrem eigenen Wissensgebiet nicht Schritt halten mit dem Fortschreiten der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Die Klinik-Professoren bedürfen für ihren Unterricht der Unterstützung durch klinische Pharmakologen."

In Schweden, so berichtet er, wird es bis zum Jahre 1971 an allen 7 medizinischen Hochschulen vollwertige Lehrstühle für dieses Wissensgebiet geben. Am Karolinska-Institut spezialisieren sich die klinischen Pharmakologen sogar heute schon für die Gebiete Innere Medizin, Pädatrie, Pränatologie und Psychopharmakologie.

Anschließend wandte sich Professor Üvnas der Fortbildung des praktizierenden Arztes zu: „Regelmäßige Auffrischungskurse sind dringend erforderlich, wenn die Ärzteschaft das Bestmögliche aus der Chemotherapie herausholen will.

Ich persönlich bevorzuge auch für diplomierte Ärzte Pflichtkurse an eigenen Fortbildungsschulen. Aber in unserer freien Gesellschaft wird man diesen Vorschlag für erwachsene Ärzte wahrscheinlich als undemokratisch bezeichnen.

An der Karolinska sind freiwillige, kostenlose Fortbildungskurse eingerichtet worden, aber es ist uns nicht gelungen, eine größere Anzahl derjenigen Ärzte zu erreichen, die eine Umerziehung wirklich nötig hätten."

Das jüngste schwedische Experiment ist „der wandernde runde Tisch", das sind Gruppen von Pharmakologen und Klinikern, die umherreisen und die Ärzte der regionalen Krankenhäuser und die Ärztegesellschaften aufsuchen.

Zahlreiche Konferenzteilnehmer hielten diesen Vorschlag für einen der wichtigsten Beiträge zur Lösung des gesamten Problems.

Es wird Nachdruck auf die Umerziehung gelegt

Professor Cheymol, Frankreich, sagte: „Die modernen Therapeutika erneuern sich alle 10 Jahre. Der Praktiker muß sich also auch mindestens alle 10 Jahre selbst umschulen. Ärzte mögen keinen Zwangsdienst wie beim Militär, aber sie müssen auf irgendeine Weise dazu gebracht werden, wieder die Universität zu besuchen."

Professor H. O. Wirz von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften sagte: „Die alljährliche Teilnahme am Militärdienst ist für alle Schweizer Männer bis zum 35. Lebensjahr eine selbstverständliche Pflicht. Die Ärzte", so fügte er lächelnd hinzu, „sollten daran gewöhnt sein."

Professor G. A. MacGregor von der Alberdeen-Universität, Schottland, meinte, viele Ärzte entwickelten nach dem Staatsexamen sehr bald eine irrationale Schablone im Gebrauch von Medikamenten. „Dies gilt vor allem für die Antibiotika, die Psychopharmaka und — gestatten Sie, daß ich es ausspreche — für die Medikamente in der Hand des Chirurgen."

Nach Ansicht von Professor MacGregor wird auch in geburtshilflichen Kliniken oft allzu leichtfertiger Gebrauch von Medikamenten gemacht, weil die betreffenden Ärzte glauben, sie hätten es nicht nötig, sich gut zu informieren.

Wissenschaftliche Untersuchungen u. vielfältige praktische Erfahrungen haben ergeben, daß die

Pernionin®-Bäder-Therapie



nicht nur als therapeutische Maßnahme, sondern auch als rationales Mittel der Rehabilitation anzusehen ist.

Zur intensiven Durchwärmung

Pernionin®-Teil-Bad

für Teilbäder, Wickel, Kompressen

Pernionin®-Voll-Bad

für medizinische Vollbäder

Krewel

KREWEL-WERKE · EITORF b. KÖLN

Eine Maßnahme, welche seine Kollegen zur Zeit in einigen Krankenhäusern erproben, ist die Herausgabe einer Monatszeitschrift, die, ohne Namen zu nennen, die Anwendung gewisser Arzneimittel durch bestimmte Ärzte überwacht und darüber berichtet. „Wenn Dr. X. einen Bericht über die außergewöhnliche Verwendung eines Mittels als auf sich gemünzt erkennt und feststellt, daß seine Kollegen diese Anwendung nicht für sicher genug halten, so wird er sein Vorgehen bald ändern", sagte Professor MacGregor.

Hinsichtlich der Auffrischungskurse machte Professor MacGregor die Feststellung, daß von den Klinikassistenten seines Einflußbereiches nur 16 % daran teilnehmen, und manche davon nur „aus Geselligkeitsgründen — wie Golfspiel, Segeln, Zusammentreffen mit anderen Familien".

Professor L. A. Wislicki von der israelischen Akademie der Wissenschaften war der Meinung, die Auffrischungskurse böten dem Arzt „zu konzentrierte Nahrung". Er empfahl, jeder Arzt sollte seiner Fortbildung allwöchentlich mindestens 2—3 Stunden widmen, und dies möglichst an der Universität. „Ich weiß, das ist für unsere Universitäten eine teure Angelegenheit und für unseren medizinischen Stab eine Belastung, aber wir werden dahin kommen."

Professor Wilhelm Koll von der Deutschen Arzneimittelkommision gab den Rat, die medizinischen Geselschaften soliten sich gemeinsam mit den Universitäten an der lebenslänglichen Weiterbildung des Arztes beteiligen.

Er berichtete, daß die Arzneimittelkommission in Deutschland einen Informationsdienst eingerichtet habe, dem 36 Mitglieder aus allen Spezialgebieten angehörten. Sie veröffentlichten laufend Angaben über neue Heilmittel und hätten sogar ein Handbuch herausgegeben, das dem Arzt zuverlässige Kriterien vermittle, anhand derer er Publikationen über Arzneimittel besser beurteilen könne.

„Die Industrie kann diese vergleichenden Untersuchungen nicht für uns anstellen", betonte Professor Koll. Dieser Informationsdienst steht nun auch den Universitäten bei der Einrichtung von Auffrischungskursen für Ärzte zur Verfügung.

Professor Verstraete von der Königlich Belgischen Medizinischen Akademie machte einen radikalen Vorschlag: Wenn die Herausgeber medizinischer Zeitschriften die ihnen zur Veröffentlichung angebotenen Berichte auch „zensierten" und auswählten, so sollten sie doch besser Sachverständige von den Universitäten heranziehen, die vor jeden Artikel eines „enthusiastischen jungen Doktors" über ein Heilmittel ein kritisches Vorwort schrieben. Professor Verstraete und viele andere Redner betonten während des 3tägigen Symposions, der durchschnittliche, überbeschäftigte Arzt sei einfach nicht in der Lage, die Qualität klinischer Versuche und die Qualifikation der Untersucher zu beurteilen.

Hinsichtlich der Probleme der Information konnten sich die Konferenzteilnehmer nicht über die Aufgaben der Regierung einig werden. Dr. Karl Evang, der Direktor des norwegischen Gesundheitsdienstes, empfahl als Methode die „wechselseitige Veröffentlichung" von Informationsmaterial zu Händen des Arztes sowohl durch die Industrie als auch durch die Regierung.

Er beklagte, daß auch heute noch „der Großteil des Informationsdienstes in den Händen der Industrie" liege, und sprach sich für eine Regelung der pharmazeutischen Werbung durch die Regierungen als Teilbeitrag zur Lösung dieser gemeinsamen Aufgabe aus. Immer mehr Regierungen verstärkten ihre diesbezüglichen Bemühungen. Beide Seiten sollten Broschüren und andere Literatur über Heilmittel veröffentlichen, sagte er.

Später stimmte er allerdings Professor A. G. Liljestrand vom „Statens Farmacevtiska Laboratorium", Schweden, bei, daß die von Regierungsseite ausgehende Information hauptsächlich „negative", nicht „positive" Angaben über Arzneimittel enthalten sollte.

Die Regierungen Kanadas, der USA und zahlreicher anderer Staaten publizieren in zunehmendem Maße, darunter auch „positives" Material. Dr. Bishop, Kanada, sagte hierzu: „Die Monographien der pharmazeutischen Firmen über ihre Erzeugnisse, die bei der Antragstellung auf Genehmigung des betreffenden Präparates vorgelegt werden müssen, bringen ausgezeichnete Hinweise und werden neuerdings von der Regierung an Ärzte verteilt."

Professor H. H. Bloch, Wissenschaftlicher Leiter der Firma Sandoz, befragte den sowjetischen Professor F. V. Anichkov vom „Institut für experimentelle Medizin" in Leningrad, wie die Russen ihre Berufskollegen informierten. „Oh, das ist unser schwacher Punkt!" rief er ganz ehrlich aus. „Unser Gesundheitsministerium hat erst neuerdings eine Informationsabteilung für die Ärzteschaft eingerichtet, aber sie ist recht unzureichend."

Zum Thema „Beurteilung von Arzneimitteln" berichtete Dr. Anichkov, daß unter der zentralen Leitung der Moskauer Institute 205 Kliniken an der klinischen Prüfung der Medikamente beteiligt seien. Das Arzneimittelkomitee („Pharmakologie-Komitee") des Ministeriums beschäftige 106 Wissenschaftler der verschiedenen medizinischen Fachgebiete, darunter 14 Pharmakologen. Diese akademischen Alleinherrscher (im Original „Zaren" — der Übersetzer) beherrschten die gesamte Forschung und Entwicklung aller Heilmittel. Aber selbst wenn er mit seinen Heilmitteln abgewiesen worden ist, erklärt sich Dr. Anichkov „mit ihren Entscheidungen einverstanden". Während der ersten klinischen Versuchsphase dürfen beispielsweise 5 Kliniken ein Heilmittel an je 10 Patienten erproben, in der zwei-



ten Versuchsphase 20 Kliniken an jeweils mindestens 50 Patienten.

Dr. A. Cerletti, Schweiz, Direktor der Forschungsabteilung der Firma Sandoz, verteidigte die Rolle des Ärztebesuchers und wurde dafür von Professor O. Smahel vom Prager Forschungsinstitut für experimentelle Therapie als „Idealist" getadelt.

Auch in dem Punkt „geteilte" Verantwortung ging Professor Smahel mit den westlichen Teilnehmern nicht einig. Er forderte unbedingt ein „zentralisiertes" Management.

Auch Dr. Evang griff die Einrichtung der Ärztebesucher an. „Ich stamme aus einer Ärztefamilie", sagte er. „Alle diese werbenden Reisenden, die miteinander wetteifern, bringen den Durchschnittsarzt nur in Verwirrung. Norwegen erwägt ernstlich, dieser Art der Werbung ein Ende zu setzen."

Dr. Smahel fragte Dr. Cerletti: „Sollten Ärztebesucher Ärzte sein?" Der Sandoz-Gewaltige erwiderte, in der Schweiz, in Deutschland und Frankreich sei es bis vor wenigen Jahren möglich gewesen, einen vollständigen Ärztebesucherstab aus Ärzten und Apothekern aufzubauen. Dies war ein Idealzustand. Aber heutzutage, so gab er zu, werden diese Herren anderweitig weit dringender gebraucht, so daß die Industrieunternehmen für diese Aufgaben Naturwissenschaftler suchen und ausbilden müssen.

„Die Industrie muß beides tun", sagte Dr. Cerletti, „Informationen geben und Werbung betreiben. Unser erstes Ziel ist nicht, den Arzt zu überreden, sondern ihn zu informieren. Unsere Information muß allen wissenschaftlichen Anforderungen genügen."

Aber hinterher müssen die Präparate dem Arzt durch Vertreter, durch Anzeigen in der Presse und durch Postwurfsendungen in Erinnerung gerufen werden. Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, daß die Ärzte den Ärztebesucher schätzen. „Gewiß, ein nur auf Verkauf erpichter Vertreter stiehlt dem Arzt seine Zeit", sagte Dr. Cerletti, „aber ein guter Ärztebesucher ist ein Partner des Arztes."

In für viele führende Herren der schweizerischen pharmazeutischen Industrie typischer, ungewöhnlich offener Weise gestand Dr. Cerletti, er fände manche pharmazeutische Werbetexte abscheulich. „Selbst die Werbung muß informatorischen Charakter haben. In manchen Ländern (er meinte England und, im Vergleich zu Amerika, auch Deutschland) steht sie noch immer auf dem Stand der Schlagwörter und bunten Bildchen. Sogar das Heilmittel wird mit phantastischen Vorstellungen umhängt. Diese Anzeigen sind so stumpfsinnig, daß man sich nur wundern kann, wie die Herausgeber ärztlicher Zeitschriften sie annehmen können. Aber diese primitive Form der Werbung wird nur so lange überleben, als der Durchschnittsarzt auf sie anspricht. Die Verbesserung hängt von beiden ab, Ärzteschaft und Industrie."

Kritik an den Testverfahren

Dr. K. H. Beyer jun., Wissenschaftlicher Direktor der Firma Merck, Sharp & Dohme, und die Herren Dr. Bloch und Dr. Paget unterstützten Dr. Cerlettis Ansicht. Dr. Beyer erklärte den Regierungs- und Hochschuldelegierten, jede Firma müsse jedes ihrer Pharmazeutika in einem eigens geschaffenen „Archiv" mit Literatur untermauern. Die anderen Herren betonten ebenfalls den „Feed-back"-Wert des Ärztebesuchers als des Hauptvermittlers des persönlichen Kontaktes zwischen ihren Firmen und der Ärzteschaft.

Dr. Paget übte scharfe Kritik an den Forderungen mancher Regierungen nach unnötig kostspieligen und dabei nicht einmal schlußkräftigen toxikologischen Tests, die Unsummen an Arbeitskraft und Geld verschleuderten, die die Industrieunternehmen lieber für die Forschung nach neuen medizinischen Präparaten aufwenden möchten.

Dr. Paget und Dr. Bloch erklärten in einem gemeinsam verfaßten Aufsatz: „Immer mehr Vorschriften seitens der Regierungen lähmen die Initiative und entlöhnen, offen gesagt, wertlose Arbeit."

Dr. Paget gab zu, daß der größte Teil der klinischen Forschungsarbeit heutzutage von untergeordneter Bedeutung sei. „Aber", so fügte er entschuldigend hinzu, „das rührt daher, daß wir keine drittrangigen Forscher heranziehen wollen. Die Industrie tut das, was zuverlässig ist". Als Fachmann auf dem Gebiete der Elektronenmikroskopie beklagte er, daß die US-Behörde in der Förderung neuer Testmethoden sehr langsam und rückständig gewesen sei. „Die Lichtmikroskopie als Testverfahren ist überholt", sagte er. Er forderte Dr. Minchew von der FDA heraus, der zugeben mußte, daß die FDA erst jetzt darangegangen sei, elektronenmikroskopische Verfahren für die Arzneimitteltestung zu prüfen.

Dr. Bloch von der Firma CIBA und andere Kongreßteilnehmer protestierten dagegen, daß in jedem Land, in welches ein bestimmtes Präparat eingeführt werden soll, dieselben kostspieligen Tests von neuem durchgeführt werden müssen. Dr. Cerletti forderte für jedes Produkt



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

Dismenol

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

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

einen „Paß" oder ein „internationales wissenschaftliches Zertifikat".

Andere Teilnehmer betonten die Notwendigkeit internationaler Information über pharmazeutische Präparate.

Dr. Hans Halbach, Deutschland, Leiter der WHO-Abteilung für Pharmakologie und Toxikologie, berichtete über die von dieser Behörde erzielten Fortschritte auf manchen Gebieten der Arzneimittelüberwachung: Qualitätskontrolle der in den Welthandel gelangenden Präparate, Aufstellung eines Kodex der guten Herstellungsverfahren, Herausgabe der Pharmakopöe und insbesondere die geplante Überwachung der Arzneimittelnebenwirkungen.

Dieses letztere Projekt wird nur langsam vorankommen, weil die WHO hierbei auf einer narrensicheren Methodik zur Beurteilung der Pharmaka und frühzeitiger Warnungen besteht. 10 Nationen liefern einem gemeinsam aufgestellten Forschungsteam für Methodik Unterlagen von ihren Ärzten und Krankenhäusern zur Verarbeitung durch den Computer.

„Wir hoffen, daß eines Tages nicht nur die Nebenwirkungen der Präparate, sondern sämtliche chemotherapeutischen Erfahrungen international gesammelt und analysiert werden", sagte Dr. Halbach.

Dr. Cheymol schloß die Konferenz mit einer geistreichen, humorvollen Rede über den heutigen Gebrauch und Mißbrauch von Arzneimitteln.

„Das Pharmakon ist das neue Idol", sagte er. „Der Mensch fürchtet es nicht mehr ... Er macht damit psychodelische Reisen ... und schaut Gott ins Angesicht."

Empfehlungen

Nachfolgend die wichtigsten Auszüge aus einer offiziellen Schrift, die als formelle Empfehlung nach der CIOMS-WHO-Tagung über das Thema „Sicherheit und Wirksamkeit von Arzneimitteln: Wer trägt die Verantwortung?" herausgegeben wurde.

„Viel kann erreicht werden durch enge Zusammenarbeit von akademischer und industrieller Forschung. Während angewandte Forschung bisher hauptsächlich in den Industrielaboratorien durchgeführt wurde, wird die Grundlagenforschung über Pharmaka in zunehmendem Maße von beiden Seiten betrieben. Dieser Zustand ist sehr wünschenswert ..."

„Die Abschätzung und Beurteilung toxischer Potentiale fällt unter die Verantwortung der Industrie ... Die Verbesserung der einschlägigen technischen Verfahren ... sollte hingegen Gegenstand gemeinsamer Bemühungen sein ..."

„Die erstmalige klinische Erprobung eines Heilmittels sollte nur von Personen allerhöchster Qualifikation vorgenommen werden. Die derzeitigen Bemühungen zur Weiterentwicklung der klinischen Pharmakologie werden anerkannt; einer gesteigerten Aktivität auf diesem Gebiet sollte eine Vorrangstellung eingeräumt werden. Wenn Arzneimittel von weniger erfahrenen Forschern geprüft werden, sollten Vorschriften für einen gewissen Grad fachlicher Überwachung sorgen ..."

„Die internationale Anerkennung der vorklinischen experimentellen Ergebnisse sollte gefördert werden; die Beurteilung sollte sich ausschließlich auf die Qualität der Untersuchungen stützen und nicht durch nationale Vorschriften behindert werden. (Hier offenbart sich erneut die in letzter Zeit immer mehr zunehmende Sympathie der akademischen Welt und der CIOMS für die Industrie; die Schweizer und andere Riesen beschwerten sich an dieser Stelle bitter darüber, sämtliche Prüfungen in jedem Land wiederholen zu müssen.) Dies würde zu einer bedeutenden Einsparung an wissenschaftlichen Arbeitskräften führen. Der gleiche Grundsatz sollte auch auf die endgültige Feststellung der klinischen Wirksamkeit und Sicherheit Anwendung finden ..."

„Bei der Beurteilung tierexperimenteller und klinischer Befunde ... sollten sich die Regierungsbehörden ihrer wissenschaftlichen Grenzen bewußt bleiben. Aus diesem Grunde empfiehlt die Arbeitsgruppe d r i n g e n d eine enge Zusammenarbeit zwischen ... Behörden und wissenschaftlichen Körperschaften ..."

„Die der Packung der Medikamente beigefügten Prospekte oder ähnlichen Dokumente vermitteln dem Arzt oder Apotheker als erster Hinweis für den Gebrauch des betreffenden Mittels wertvolle Informationen. Diese Gebrauchsanweisungen sollten jedoch für den Arzt nicht die gesetzliche Verpflichtung in sich tragen, das Mittel zu keinem anderen als den darin angeführten Zwecken zu verwenden, falls eine andere Anwendung wissenschaftlich vertretbar erscheint. Überdies variiert die Dosierung eines Medikamentes von einem Patienten zum anderen erheblich. Der Arzt sollte daher ermutigt werden, die geeignete Dosierung nach seinem eigenen Urteil zu ermitteln ..." (Das war der Erfolg von Dr. Gilmans Druck auf die FDA und die übrigen Behörden.)

„Angesichts der rapiden Entwicklung immer neuer und wirksamerer, aber auch toxischerer Arzneimittel ist es für den Arzt äußerst wichtig, persönlich die Verantwortung zu übernehmen, sich in der medikamentösen Therapie auf dem laufenden zu halten. Die medizinischen Organisationen und die Hochschulinstitutionen sind dafür verantwortlich, die Möglichkeiten ... für diese fortwährende Weiterbildung zu schaffen. Die mit der Zulassung von Heilmitteln betrauten Behörden sollten erkennen, daß angemessene, regelmäßige Fortbildungsmöglichkeiten notwendig sind, um die Ärzte auf einem guten medizinischen Stand zu halten ..." Was die gemeinsame Verantwortung der Behörden und der pharmazeutischen Industrie hinsichtlich der Unterrichtung der Ärzte über pharmazeutische Spezialitäten betrifft, so „besteht das Bedürfnis nach Errichtung einer internationalen Clearing- und Auffangstelle für Informationen".

„Diese Zentrale könnte eine intergouvernementale Körperschaft (gemeint die WHO) oder eine private wissenschaftliche Institution (CIOMS) oder beides zugleich sein ..."

„Die praktisch tätigen Ärzte sollten in Gemeinschaft mit den Ärzten an den Hochschulen in enger Zusammenarbeit mit den Herstellern der pharmazeutischen Produkte und den Überwachungsbehörden ... alle Pharmaka fortwährend überprüfen und neu beurteilen ... Die Behörden sollten sich von (diesen) Kritiken leiten lassen."

(Originalbeitrag „Referee" Role For World's Academicians Is
Proposed von David Alan E h r l i c h
aus: Drug Trade News, November 4, 1968)

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.



Vibrocil

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

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

Z ZYMA Blaes

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Die Beschränkung des Facharztes auf sein Fachgebiet im Rahmen der kassenärztlichen Tätigkeit

In Fortführung seiner früheren Rechtsprechung (vgl. Urteil vom 28. 5. 1965, Az.: 6 RKa 1/65 in „Bayerisches Ärzteblatt" 1965/787) hat das Bundessozialgericht neuerdings die Verfassungsmäßigkeit des Gebots an den Arzt bejaht, sich bei Führen einer Fachgebietsbezeichnung in seiner Tätigkeit auf dieses Fachgebiet zu beschränken. Dieses Gebot gilt auch für die Kassenpraxis; hierzu stellt das Bundessozialgericht fest, daß ein Kassenarzt, der außerhalb seines Faches tätig wird, insoweit nicht zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt ist und infolgedessen auch keinen Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen durch die Kassenärztliche Vereinigung hat, sofern nicht ausnahmsweise ein besonderer Grund (Notfall usw.) die fachfremde Betätigung rechtfertigt.

Im vorliegenden Fall hatte ein als Facharzt für Chirurgie zur Kassenpraxis zugelassener Arzt seit Kriegsende mit Duldung seiner Kassenärztlichen Vereinigung (vor allem als Belegarzt eines Krankenhauses) auch gynäkologische Leistungen erbracht, abgerechnet und bezahlt erhalten. Nachdem im dortigen Bereich schließlich ein Gynäkologe zugelassen worden war, hatte die Kassenärztliche Vereinigung unter Hinweis auf die Grenzen des Fachgebiets die weitere Abrechnung frauenärztlicher Leistungen durch den Chirurgen abgelehnt. Das Bundessozialgericht hat dazu auch ausgesprochen, daß der Chirurg hier kein „wohlerworbenes Recht" auf Fortsetzung seiner fachfremden Tätigkeit für sich in Anspruch nehmen könne.

Urteil des Bundessozialgerichts vom 23. 9. 1969

Az: 8 RKa 17/67

Aus den Gründen:

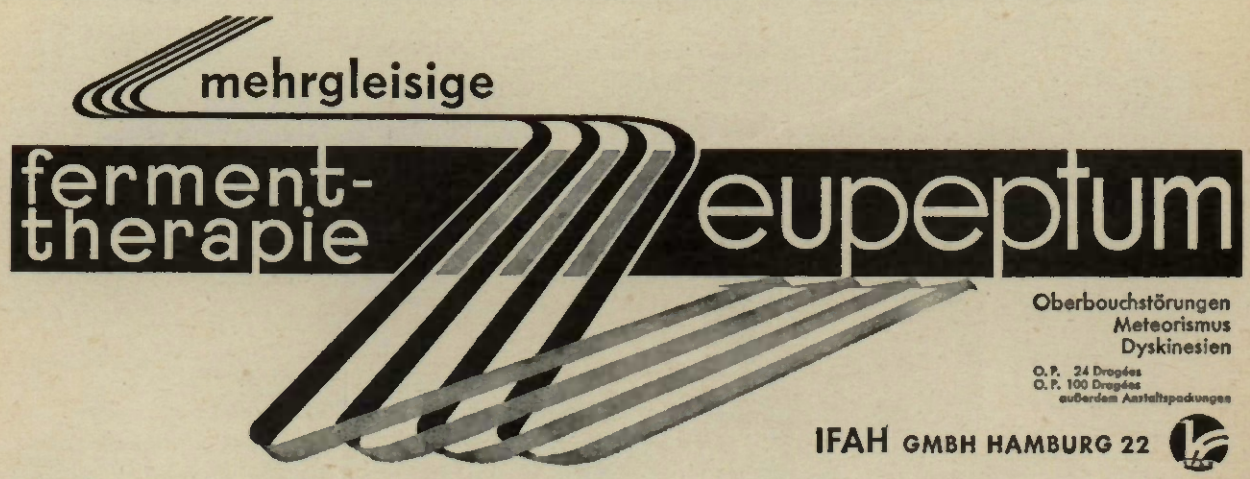
Im Revisionsverfahren haben — ebenso wie in den Vorinstanzen — zwei Kassenärzte als ehrenamtliche Beisitzer mitgewirkt. Nach der ständigen Rechtsprechung des Senats (vgl. zuletzt BSG 28, 84, 85) hängt die Besetzung der Richterbank in Kassenarztsachen — zwei kassenärztliche Beisitzer oder je ein Beisitzer aus den Kreisen der Kassenärzte und der Krankenkassen (§ 12 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes — SGG —) — davon ab, ob im Verwaltungsverfahren eine ausschließlich mit Kassenärzten besetzte Stelle oder eine Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Kassenärzte und Krankenkassen zu entscheiden hatte. Über den vom Kläger erhobenen Anspruch auf weitere Vergütung seiner gynäkologischen Leistungen hatte die beklagte Kassenärztliche Vereinigung zu entscheiden. Nur sie hat die von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütung unter die Kassenärzte zu verteilen und dabei das Honorar für die einzelnen kassenärztlichen Leistungen festzusetzen (§ 368 f Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung — RVO —). Das gilt auch für stationäre Leistungen, deren Honorierung, wie im Fall des als Belegarzt tätigen Klägers, nicht durch das Krankenhaus aus dem „großen Pflegesatz" erfolgt, sondern aus der Gesamtvergütung entnommen wird (§ 368 Abs. 4 RVO).

Die Revision des Klägers ist unbegründet.

Das Landessozialgericht hat mit Recht angenommen, daß die prozessualen Voraussetzungen für eine Sachentscheidung vorliegen. Ein Widerspruchsverfahren, das in kassenärztlichen Streitigkeiten der Klageerhebung grundsätzlich vorangehen muß (BSG 25, 120), hat stattgefunden. Widerspruchsstelle konnte nach § 85 Abs. 2 Nr. 2 SGG auch der Vorstand der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung sein (vgl. BSG 26, 174, 177 oben und BSG 28, 73, 74); dem stand nicht entgegen, daß er selbst die erste Verwaltungsentscheidung erlassen hatte.

Dem Landessozialgericht ist auch in der Sache beizutreten. Für die noch streitige Zeit, d. h. seit Oktober 1965, hat der als Facharzt für Chirurgie zugelassene Kläger, abgesehen von dringenden Fällen, keinen Anspruch auf Vergütung von gynäkologischen Leistungen seitens der Beklagten.

Nach der Berufsordnung für die deutschen Ärzte vom



5. November 1937, die nach dem Kriege als Landesrecht fortgalt (BSG 23, 97, 98), und nach der hier einschlägigen Berufsordnung für die Ärzte in Rheinland-Pfalz, die dort am 1. Februar 1960 an die Stelle der Berufsordnung vom 5. November 1937 trat (BSG aaO), hatten und haben sich Fachärzte grundsätzlich auf ihr Fachgebiet zu beschränken. Daß diese Beschränkung verfassungsrechtlich unbedenklich ist, hat der Senat in BSG 23, 97 (und „Bayerisches Ärzteblatt" 1965/787) näher ausgeführt. Daran hält er auch nach Prüfung der vom Kläger erhobenen Bedenken fest. Die ärztliche Berufsordnung für Rheinland-Pfalz ist am 16. Januar 1960 von der dortigen Landesärztekammer erlassen worden, und zwar aufgrund einer Ermächtigung in § 8 Abs. 3 des Landesgesetzes über die Kammern der Ärzte, Zahnärzte, Dentisten, Apotheker und Tierärzte vom 1. April 1953 (vgl. BSG 23, 99). Diese Ermächtigung verstößt nicht, was der Senat auch bei nicht revisiblen Vorschriften des Landesrechts zu prüfen hat, gegen übergeordnetes Bundesrecht, insbesondere nicht gegen die Kompetenzregelung in Art. 74 Nr. 19 des Grundgesetzes (GG). Danach hat der Bund u. a. die konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit für die „Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen". Nicht zur Berufszulassung in diesem Sinne gehört, wie der Senat bereits entschieden hat (BSG 23, 97 f), die Ordnung des Facharztwesens. Bestimmungen über die Führung einer Facharztbezeichnung, den zulässigen Umfang der jeweiligen Facharzttätigkeit sowie die Berufspflichten des Facharztes betreffen nicht die Zulassung zu einem eigenständigen Facharztberuf, sondern regeln nur die Ausübung des einheitlichen Arztberufes in der besonderen Form der verschiedenen Facharzttätigkeiten (ebenso OVG Berlin in DÄBl. 1969, 1824; WEISSAUER in DÄBl. 1968, 867; Bericht des Ausschusses für Gesundheitswesen über den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung, Drucksache V/4525 des 5. Deutschen Bundestages, zu § 10 des Gesetzentwurfs; anderer Ansicht DANIELS/BULLING, Bundesärzteordnung, S. 48 ff).

Als Regelung der Berufsausübung bedarf die Bestimmung, daß der Facharzt sein Fachgebiet grundsätzlich nicht überschreiten darf, nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG formell eines Gesetzes; materiell unterliegt sie bestimmten, durch das Grundrecht der Berufsfreiheit vorgegebenen verfassungsrechtlichen Beschränkungen. Daß „Gesetz" i. S. von Art. 12 Abs. 1 GG auch eine in Gesetzesform erlassene Ermächtigungsvorschrift sein kann, hat der Senat im Anschluß an eine in der Rechtslehre vertretene Auffassung schon früher bejaht (BSG 23, 100; ebenso jetzt ausdrücklich die Neufassung des Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG vom 24. Juni 1968, nach der die Berufsausübung auch „aufgrund eines Gesetzes" geregelt werden kann). In der eben genannten Entscheidung des Senats ist weiter dargelegt, daß die hier in Frage stehende Ermächtigungsvorschrift (§ 8 Abs. 3 des Kammergesetzes von Rheinland-Pfalz) auch den Anforderungen genügt, die Art. 80 Abs. 1 GG für eine Ermächtigung zum Erlaß von Bundes-Rechtsverordnungen aufstellt. Dabei kann unentschieden bleiben, ob Art. 80 Abs. 1 GG überhaupt auf den Erlaß von Satzungsbestimmungen durch eine Landeskörperschaft entsprechend anzuwenden ist (verneinend OVG Berlin aaO; vgl. ferner RUPP, Archiv des öffentlichen Rechts, Band 92, S. 212, hier: S. 228 f).

Die den Fachärzten auferlegte Beschränkung auf ihr Fachgebiet überschreitet schließlich nicht die für Berufsausübungsregelungen geltenden materiellen Verfassungsschranken. Insbesondere verletzt sie nicht den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit von Zweck und Mittel. Daß für sie „vernünftige Gründe des Gemeinwohls" angeführt werden können, hat der Senat schon in BSG 23, 97 (100) näher dargelegt. Neben den dort genannten „Rechtfertigungsgründen" wird neuerdings zutreffend darauf hingewiesen, daß ohne das Gebot der Fachgebietsbeschränkung das derzeitige deutsche Facharztsystem, das den Erfordernissen einer modernen Arbeitsteilung entspricht und damit sowohl dem wissenschaftlichen Fortschritt als auch den Interessen der Patienten dient, nicht funktionsfähig wäre; insbesondere könnte keinem Arzt zugemutet werden, die eigenen Patienten einem Spezialisten zu überweisen, wenn er nicht die Gewähr hätte, daß dieser seine Behandlung auf das eigene Spezialgebiet beschränkt (vgl. WEISSAUER, aaO, S. 868; OVG Berlin aaO, S. 1825).

Ist die im allgemeinen ärztlichen Berufsrecht verankerte Fachgebietsbeschränkung hiernach verfassungsrechtlich unbedenklich, so gilt sie auch für die im Rahmen des ärztlichen Berufs auszuübende kassenärztliche Tätigkeit, gleichviel, ob diese ambulant oder — wie bei dem als Belegarzt tätigen Kläger — stationär verrichtet wird; denn der Kassenarzt unterliegt auch insoweit, als er stationäre Leistungen erbringt und

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

gegenüber der KÄV abrechnet (§ 368 g Abs. 4 RVO), grundsätzlich den für die kassenärztliche Versorgung allgemein geltenden Vorschriften, soweit nicht Ausnahmen bestehen, was für die hier streitige Fachgebietsbeschränkung nicht der Fall ist (vgl. Urteil des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim OLG Nürnberg, DÄBl. 1964, 2395). Gilt die berufsrechtliche Fachgebietsbeschränkung aber auch für den Arzt in seiner Eigenschaft als Kassenarzt, so rechtfertigt sich schon damit die Bestimmung der Zulassungsordnung, daß Fachärzte nur für ihr Fachgebiet zugelassen werden (vgl. § 24 Abs. 3 der Zulassungsordnung für Kassenärzte vom 28. Mai 1957). Ob eine solche gegenständliche Zulassungsbeschränkung im übrigen auch ohne eine entsprechende Bestimmung im allgemeinen ärztlichen Berufsrecht oder im Falle der Nichtigkeit jener Bestimmung gültig wäre, kann dahinstellen (zur Zulässigkeit differenzierender Regelungen im allgemeinen ärztlichen Berufsrecht und im kassenärztlichen Zulassungsrecht, vgl. neuerdings Bundesverfassungsgericht vom 25. Februar 1969, BVerfGE 25, 236 unter D II 3).

Beschränkt sich hiernach die Kassenzulassung eines Facharztes auf sein Fachgebiet, so ist er außerhalb seines Faches nicht „zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung berechtigt" (§ 368 a Abs. 4 RVO) und hat infolgedessen insoweit keinen Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen durch die KÄV, sofern nicht ausnahmsweise ein besonderer Grund (Notfall u. a.) die fachfremde Betätigung rechtfertigt (vgl. BSG 23, 103). Damit ist nicht entschieden, ob die KÄV nicht auch fachfremde Leistungen in gewissem Umfange bei der Verteilung der Gesamtvergütung berücksichtigen kann, wie dies anscheinend gelegentlich geschehen ist.

Daß sich der Kläger hier bei der Behandlung von gynäkologischen Fällen außerhalb seines chirurgischen Fachgebietes, für das er allein zugelassen ist, bewegt, wird von ihm selbst nicht bezweifelt. Ein Anspruch auf Honorierung der fraglichen Leistungen steht ihm deshalb grundsätzlich nicht zu. Daran ändert es nichts, wie das LSG zutreffend ausgeführt hat, daß der Kläger zunächst bis März 1963 und später nach einer im Prozeß getroffenen Übergangsregelung bis September 1965 im Einverständnis mit der Beklagten gynäkologische Leistungen ihr gegenüber abgerechnet hat. Da dies nicht aufgrund eines Verwaltungsakts oder einer sonstigen Erklärung der Beklagten gescheben ist, die ausdrücklich auf Begründung einer entsprechenden Rechtsposition des Klägers gerichtet war, kann unerörtert bleiben, ob in einem solchen Falle der Kläger einen nicht mebr entziehbaren „Besitzstand" erlangt hätte. Wenn die Beklagte früher die Abrechnung von frauenfachärztlichen Leistungen durch den Kläger geduldet hat, so deswegen, weil bis 1961 am Kassenarztsitz des Klägers kein Gynäkologe zugelassen war, der die kassenärztliche Versorgung der weiblichen Versicherten hätte übernehmen können. Dieser Zustand nötigte die Beklagte, wenn sie ihren gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung (§ 368 n Abs. 1 RVO) erfüllen wollte, einstweilen auch eine fachfremde Betätigung des Klägers zu dulden. Seine Tätigkeit auf gynäkologischem Fachgebiet entsprach mithin — ähnlich wie bei Notfällen, in denen ein Gynäkologe nicht rechtzeitig hinzugezogen werden konnte — durchaus dem Sinn und Zweck des Kassenarztrechts. Andererseits stand sie, wie jede fachfremde Notfalltätigkeit, unter dem auch für den Kläger erkennbaren Vorbehalt, daß sie nur wegen des Notstandes und für dessen Dauer ausgeübt werden durfte. Nachdem hier der Notstand durch die Zulassung eines Gynäkologen beseitigt war, entfiel somit der rechtfertigende Grund für die bisherige Tätigkeit des Klägers auf dem fremden Fachgebiet. Seitdem gilt für ihn wieder die allgemeine Regel, daß fachfremde Leistungen nur unter besonderen Umständen, namentlich bei Vorliegen eines individuellen Notfalls, gegenüber der KÄV abgerechnet werden dürfen.

Daß im übrigen selbst eine ausdrücklich zur Behebung eines Notstandes ausgesprochene Beteiligung an der Kassenpraxis keinen unwiderruflichen „Besitzstand" bis zum Ablauf der Beteiligungsfrist begründet, zeigt § 30 Abs. 6 der Zulassungsordnung für Kassenärzte; danach kann nämlich die Beteiligung schon vor ihrem Ablauf widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen, die zur Beteiligung geführt haben, nicht mehr vorliegen. Gerade dieser Umstand — Wegfall der wesentlichen tatsächlichen Voraussetzungen für die Duldung der früheren gynäkologischen Tätigkeit des Klägers — unterscheidet seinen Fall von dem in BSG 23, 97 entschiedenen eines Röntgenologen, der nebenbei eine EKG-Tätigkeit aufgenommen hatte. Dort hatte sich nachträglich nur die ärztliche Auffassung über die Zugehörigkeit einer EKG-Tätigkeit zum röntgenologischen Fachgebiet geändert. Gleichwohl hat der Senat selbst in jenem, vergleichsweise problematischeren Fall dem Kläger die Berufung auf ein „wohlerworbenes" Recht auf Fortsetzung seiner fachfremden Tätigkeit versagt. Um so weniger kann der Kläger hier ein solches Recht für sich in Anspruch nehmen. Dabei hat der Senat noch unberücksichtigt gelassen, daß der Kläger als Belegarzt anscheinend erheblich mehr Betten versorgt, als der Belegarztvertrag vorsieht (vgl. BSG 16, 164, 167). Seine Revision gegen das Urteil des LSG ist unbegründet.

Franz M. Poellinger, München

-Heel
Bei Schwindel jeder Genese, Menière, Reisekrankheiten –
Vertigoheel®

-Heel
Otitis media. Dentition. Unruhezustände
Viburcol®
„KINDERZÄPFCHEN" Suppositorien

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

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung ging im Oktober merklich zurück, und zwar die Erkrankungsziffer an Meningokokken-Meningitis (übertragbare Genickstarre) von 5 Fällen im Vormonat auf 3 Fälle, jeweils auf 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr), die Erkrankungsziffer an übrigen Formen der Meningitis im gleichen Zeitraum von 14 auf 9 Fälle je 100 000 der Bevölkerung. An Scharlach erkrankten mit Beginn der kühleren Jahreszeit wieder mehr Personen als im September, nämlich 71 gegenüber 41 Fällen je 100 000 Einwohner im Vormonat.

Nur vereinzelt wurden im Oktober Fälle von Typhus und Paratyphus gemeldet. Ruhrerkrankungen kamen seltener als im Vormonat vor. Rückläufig war im Berichtsmonat auch die Häufigkeit von Salmonellose-Erkrankungen (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung), während die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) anstieg, und zwar von 31 auf 38 Fälle je 100 000 Einwohner.

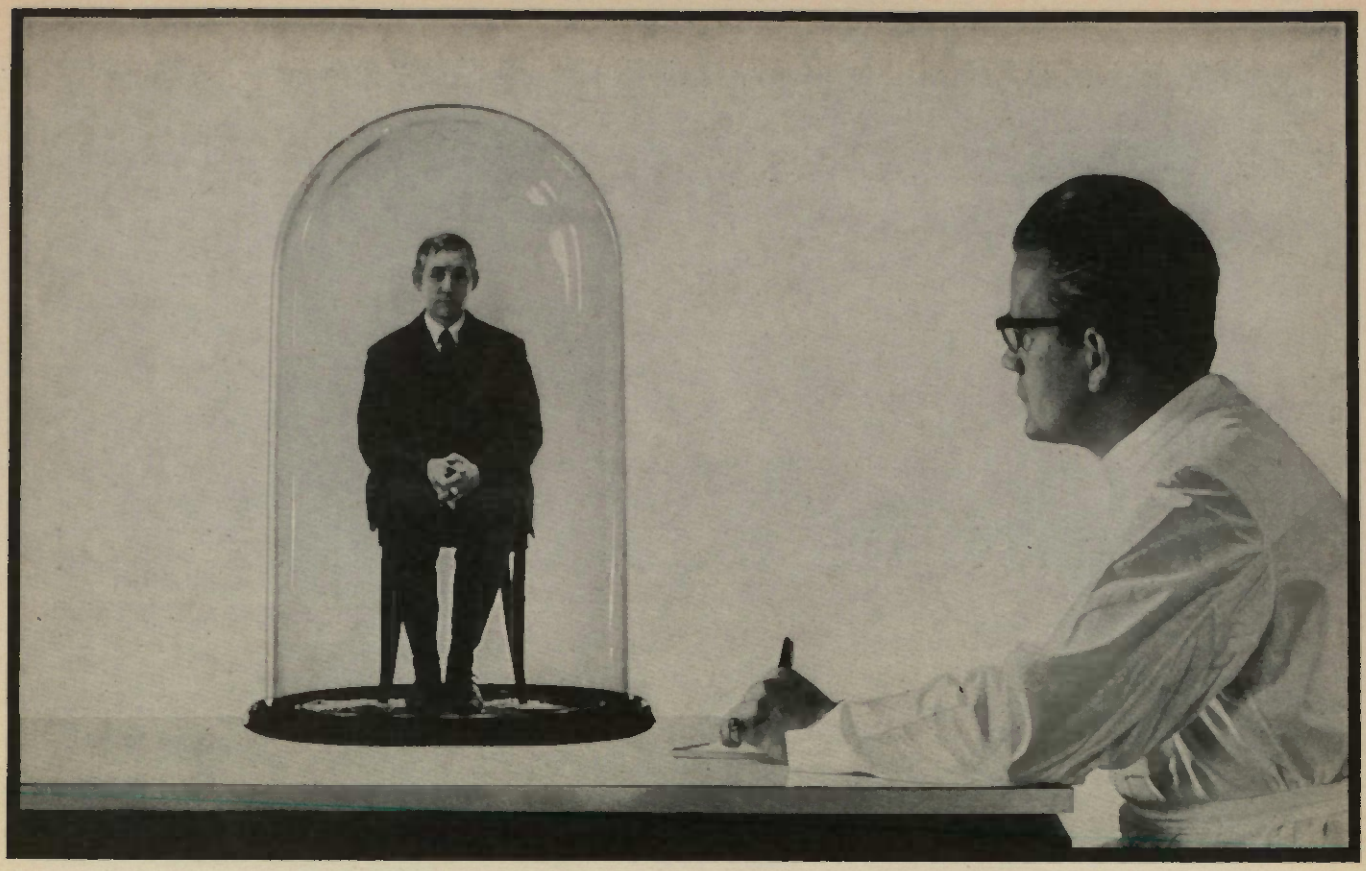
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Sept. bis 1. November 1969 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3			4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung			Übertragbare Hirnhautentzündung				Übertragbare Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa			
					dar. paral. Fälle			Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen	
	E[1])	ST[2])	E	ST	E		ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	315	—	—	—	—	9	1	24	—	—	—	4	—	1	—	15	—	56	1	5	—
Niederbayern	—	—	29	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	4	—	6	—	18	—	4	—
Oberpfalz	—	—	47	—	—	—	—	4	1	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	19	—	—	—
Oberfranken	—	—	82	—	—	—	—	1	—	21	1	—	—	—	—	2	1	1	—	9	—	—	—
Mittelfranken	2	—	114	—	—	—	—	9	1	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—
Unterfranken	1	—	60	—	—	—	—	—	—	10	—	4	1	1	—	—	—	1	—	21	—	—	—
Schwaben	—	—	73	—	—	—	—	6	—	22	—	—	—	2	—	1	—	1	—	28	—	2	—
Bayern	3	—	720	—	—	—	—	32	4	87	2	4	1	8	—	8	1	24	—	164	1	11	—
München	—	—	162	—	—	—	—	4	1	11	—	—	—	2	—	—	—	12	—	20	—	5	—
Nürnberg	—	—	26	—	—	—	—	3	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Augsburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Regensburg	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Amöbenruhr		Leptospirose Weil'sche Krankheit		Leptospirose Feldfieber		Malaria-Erkrankung		Malaria-Rückfall		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut[3])
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	—	—	126	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	–	—	—	—	—	—	—	11
Niederbayern	—	—	88	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	1	1
Oberpfalz	—	—	42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	12
Oberfranken	—	—	32	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	41
Mittelfranken	—	—	25	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	1	16
Unterfranken	1	—	36	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10
Schwaben	—	—	35	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	16
Bayern	1	—	384	5	3	—	1	—	1	—	1	—	2	—	1	-	5	—	7	5	107
München	—	—	53	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) 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 nie tollwutkranke oder tollwutverdächtige Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.



DER V-PATIENT

ERKENNEN SIE IHN?

In jedem Lebensalter gibt es Perioden der ***VULNERABILITÄT,*** in denen außergewöhnliche Belastungen zu einer Reduzierung der Widerstandskraft des Individuums gegenüber exogenen und endogenen Noxen führen. In solchen Perioden ist der Bedarf an Vitalstoffen (d.h. an Vitaminen, mineralischen Grundstoffen, Spurenelementen) stark erhöht.
Diese Substanzen steigern über den Intermediärstoffwechsel die Energieproduktion. Es ist nachgewiesen worden, daß bereits bestehende Hypovitaminosen die Vitaminresorption beeinträchtigen. Die fehlenden Vitamine müssen daher in erhöhten Dosen zugeführt werden, um trotz der eingeschränkten Resorption die Aufnahme ausreichender Mengen zu gewährleisten.

SUPRADYN®

VITAMINE IN HOHER DOSIERUNG SOWIE MINERALISCHE GRUNDSTOFFE UND SPURENELEMENTE IN AUSGEWOGENER KOMBINATION

10 UND 20 KAPSELN, 10 BRAUSETABLETTEN

DER V-PATIENT IM KINDESALTER



VULNERABEL DURCH:

Appetitlosigkeit, ein Signal zu erhöhter Aufmerksamkeit. — Wachstumsschübe. Sie beanspruchen den Stoffwechsel in besonderem Maße. — Fieberhafte Erkrankungen. Sie belasten vor allem den Vitaminhaushalt.

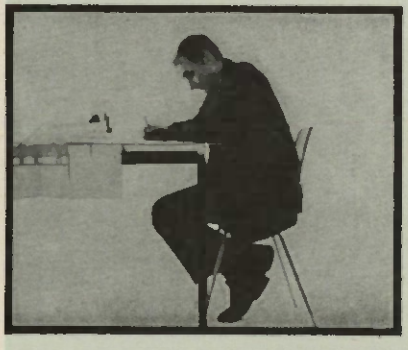
DER V-PATIENT IM JUGENDALTER



VULNERABEL DURCH:

Körperliche und geistige Überanstrengung, wie sie exzessiver Sport und Prüfungen mit sich bringen.

DER V-PATIENT IM BERUFSALTER



VULNERABEL DURCH:

Starke körperliche und geistige Beanspruchung im Beruf: Gefahr frühzeitiger Abnutzung. Rekonvaleszenz: unzureichende Auffüllung der Vitalstoffreserven.

DIE V-PATIENTIN



VULNERABEL DURCH:

Schwangerschaft und Stillen: sehr beträchtliche Steigerung des Bedarfes an Vitalstoffen.

DER V-PATIENT IM RENTENALTER



VULNERABEL DURCH:

Einseitige und unzureichende Ernährung, besonders bei vereinsamten Alternden. Hypofermentie und Resorptionsschwäche als Folgen der Altersatrophie der Magen- und Darmschleimhaut. Chronische Krankheiten und protrahierte Rekonvaleszenz.

HOFFMANN-LA ROCHE AG · 7887 GRENZACH

MITTEILUNGEN

Wochenhilfe im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes

Eine bevorstehende Entbindung bringt neben der Sorge um das Wohl des zu erwartenden Kindes auch manche finanzielle Sorge. In den Familien, in denen der Ehemann in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis steht oder anderweitig ein ausreichender Krankenversicherungsschutz gewährleistet ist, tritt durch die Gewährung von Wochenhilfe seitens der Krankenkasse eine gewisse finanzielle Entlastung ein. Aber nicht alle werdenden Mütter gehören einer Krankenversicherung an. Auch diese Mütter — zumindest die Minderbemittelten unter ihnen — können für den Fall der Niederkunft finanzielle Hilfe erhalten. Eine entsprechende Möglichkeit bietet das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) im Rahmen der Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen als eine der verschiedenen Hilfen in besonderen Lebenslagen.

Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen nach dem BSHG kann erhalten, wer

a) keine entsprechenden Leistungen aus der Krankenversicherung erhält und

b) mit seinem Einkommen oder Vermögen bestimmte Einkommens- und Vermögensfreigrenzen nicht überschreitet.

Die Einkommensfreigrenze errechnet sich aus einem Grundbetrag in Höhe des doppelten Sozialhilferegelsatzes eines Haushaltsvorstandes (örtlich etwas verschieden, ca. DM 270,—) zuzüglich den Kosten der Unterkunft und Familienzuschlägen von DM 110,— für den Ehegatten und jede überwiegend unterhaltene Person. Soweit das Einkommen unter dieser Einkommensfreigrenze liegt, werden die Leistungen der Sozialhilfe in voller Höhe gewährt. Überschreitet das vorhandene Einkommen die sich errechnende Einkommensfreigrenze, so sind immer noch Zuschüsse der Sozialhilfe möglich, weil das die Einkommensfreigrenze übersteigende Einkommen nur in zumutbarem Umfange angerechnet wird.

Die Vermögensfreigrenze beträgt bei Barvermögen DM 2000,— für die Hilfesuchende selbst, zuzüglich weiteren DM 500,— für den Ehegatten und DM 200,— für ein Kind. Verschiedene Vermögenswerte, z. B. ein kleines Hausgrundstück, können in der Sozialhilfe ebenfalls unberücksichtigt bleiben.

Im Rahmen der Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen nach dem Bundessozialhilfegesetz können folgende Leistungen gewährt werden:

1. ärztliche Betreuung und Hilfe sowie Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
3. ein Pauschbetrag für die im Zusammenhang mit der Entbindung entstehenden Aufwendungen,
4. Pflege in einer Anstalt oder einem Heim (Anstaltsentbindung) sowie häusliche Wartung und Pflege und
5. Mutterschaftsgeld.

Die Leistungen der Sozialhilfe werden in der Höhe gewährt, wie sie in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten für ihre Familienangehörigen gewährt werden.

Anträge auf Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen können bei den Sozialämtern der Stadt- und Landkreise gestellt werden. Neben der Vorlage von Einkommensnachweisen empfiehlt es sich, auch eine Bescheinigung des Arztes über das Vorliegen einer Schwangerschaft oder, falls die Entbindung bereits erfolgt ist, die vom Standesamt für Zwecke der Wochenhilfe ausgestellte Geburtsbescheinigung mit vorzulegen.

-alpe-

Ferienordnung 1970 für Bayern

Osterferien

Samstag, 21. März 1970, bis Montag, 6. April 1970

Pfingstferien

Samstag, 16. Mai 1970, bis Montag, 25. Mai 1970

Sommerferien

Donnerstag, 23. Juli 1970, bis Mittwoch, 9. Sept. 1970

Weihnachtsferien

Mittwoch, 23. Dez. 1970, bis Donnerstag, 7. Jan. 1971

Darüber hinaus werden der Reformationstag (31. Oktober) und der Allerseelentag (2. November), ferner der 30. Oktober und der 3. November vom Unterricht freigehalten.

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

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungstrakt und hemmt übermäßige Sekretion
Oxisoprominhydrochlorid

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

bedeutet gleichzeitige Leberschutztherapie
Cholin orotat



neu

mit

tonolift®-retard

die Hypotonie fest im Griff:

1. Erhöhung des peripheren Widerstandes
2. Stimulierung des Vasomotoren-Zentrums
3. Steigerung des Herzminutenvolumens

Packungen mit 20 und 50 Dragées

EFEKA · Friedrich & Kaufmann · Arzneimittelfabrik · Hannover

Glückwünsche zu Weihnachten und zum Jahreswechsel

Erklärung

„Alte Zöpfe" sollen, einem politischen Schlagwort folgend, abgeschnitten werden. Diese Bestrebung unterstützend haben die Bayerische Landesapothekerkammer und der Bayerische Apotheker-Verein beschlossen, ihren Mitgliedern zu empfehlen, von den aus alter Zeit stammenden, heute aber unzeitgemäß erscheinenden Glückwünschen zu Weihnachten und zum Jahreswechsel grundsätzlich Abstand zu nehmen. Wir sind sicher, daß die Gesamtheit der Heilberufe diese Regelung begrüßt.

Die bayerischen Apotheker gelten mit dieser Erklärung von der Übersendung von Glückwünschen jeder Art als enthoben.

Bayerische Landesapothekerkammer
gez.: Walter Riemerschmid (Präsident)

Bayerischer Apotheker-Verein e.V.
gez.: Gotthard Kollibabe (1. Vorsitzender)

NEUE THERAPEUTIKA

Gumbix®

Hämostyptikum — zur Hemmung der Fibrinolyse

Zusammensetzung: 1 Ampulle enthält in 5 ml 50 mg p-(Aminomethyl)-benzoesäure (PAMBA). 1 Tablette enthält 100 mg p-(Aminomethyl)-benzoesäure (PAMBA).

Wirkungsweise: Die hämostyptische Wirkung von Gumbix beruht auf einer Hemmung der Fibrinolyse infolge kompetitiver Hemmung der das Plasminogen aktivierenden Blut- und Gewebsaktivatoren, wodurch die Plasminbildung und damit die Fibrinolyse unterbrochen werden, und einer direkten Antiplasminwirkung.

Indikationen: Prophylaxe und Therapie von Blutungen als Folge lokaler und generalisierter Hyperfibrinolysen und Steuerung der Behandlung mit Fibrinolytika.

Dosierung: 1—3 Ampullen langsam i. v. oder i. m., auch im Dauertropf injizieren;
1—2 Tabletten 3mal täglich einnehmen.
Einzelmaximaldosis: oral 1000 mg, parenteral 200 mg.
Tagesmaximaldosis: oral 2000 mg, parenteral 600 mg.

Handelsformen: 5 Ampullen zu 50 mg DM 12,—. 50 Ampullen zu 50 mg DM 78,65. 20 Tabletten zu 100 mg DM 11,50. 100 Tabletten zu 100 mg DM 47,35.

Hersteller: Kali-Chemie AG, 3000 Hannover.

Lamuran®-DTI

Zusammensetzung: 1 Ampulle Lamuran-DTI enthält 50 mg Raubasin in 15 ml Lösung.

Indikationen: Schwere Formen von zerebralen Durchblutungsstörungen, vor allem Krankheitszustände mit einer verminderten Hirndurchblutung, die mit Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Sprachstörungen u. a. einhergehen. Schwere Formen von Störungen der peripheren arteriellen Blutversorgung: Claudicatio intermittens, auch mit Ruheschmerz oder mit trophischen Störungen (Ulkus, Gangrän).

Dosierung: Eine Ampulle Lamuran-DTI (50 mg Lamuran) wird täglich, evtl. nach vorheriger Injektion von ¼ oder ⅛ mg Kombetin®, gelöst in 500 ml Infusionsflüssigkeit, intravenös infundiert. Als Infusionslösung eignet sich am besten 5%ige Lävulose, auch physiologische Kochsalzlösung kann verwendet werden.

Falls erforderlich, können 2 Ampullen Lamuran-DTI verabreicht werden. Die Infusionsdauer soll bei Gabe von 1 Ampulle mindestens 2 Stunden, bei 2 Ampullen mindestens 3 Stunden betragen.

Handelsform: Anstaltspackung mit 10 Ampullen DM 27,— m. U. (f. Priv.).

Hersteller: Boehringer Mannheim GmbH.

Ratio-Test®

Zusammensetzung: Ratio-Test enthält 2 Testfelder:

1. 1 Glukose-Testfeld zum Nachweis einer Glukosurie;
2. 1 Nitrit-Testfeld zur Erkennung eines Harnweginfektes.

Indikationen:

1. Fahndung nach Diabetes: insbesondere bei Blutsverwandten von Diabetikern, bei Übergewichtigen, bei Personen mit den bekannten Begleitkrankheiten des Diabetes mellitus: Neuropathien, periphere Durchblutungsstörungen, Hypertonie, Retinopathie, Hauterkrankungen, häufige Infektionen und Erkrankungen der Niere.

2. Fahndung nach Pyelonephritis: insbesondere bei Diabetikern, Schwangeren und Patienten mit Prostatahypertrophie.

Ratio-Test entlastet die Praxis, denn für Ratio-Test gilt das Prinzip: Harnuntersuchung zu Hause, Diagnosestellung

Handelsform: OP mit 10 Teststreifen DM 1,95 m. U.
m. U.

Hersteller: Boehringer Mannheim GmbH.

Sembrina®-Saltucin®

Zusammensetzung: 1 Dragée Sembrina-Saltucin enthält 250 mg L-Alpha-Methyl-Dopa (= Sembrina®) und 1 mg Isobutylhydrochlorothiazid = Thiabutazid (Saltucin®).

Indikationen: Hypertonie aller Schweregrade.

Dosierung: Anfangsbehandlung: 1—2 Dragées, gegebenenfalls allmähliche Steigerung auf 3—4 Dragées täglich. Dauerbehandlung: Im allgemeinen 2—3 Dragées nicht selten genügt bereits 1 Dragée täglich. Die Tagesdosis soll, wenn sie mehr als 1 Dragée beträgt, auf mehrere Einzelgaben verteilt werden.

Handelsformen: OP mit 20 Dragées DM 9,85 m. U., OP mit 50 Dragées DM 22,90 m. U., AP mit 250 Dragées.

Hersteller: Boehringer Mannheim GmbH.

sirinal®

Zusammensetzung: 1 Halstablette enthält: Dequaliniumchlorid 0,25 mg, Chlorquinaldol 2,00 mg.

Indikationen: Entzündliche Erkrankungen des Mund- und Rachenraumes.

Hinweis: zuckerfrei.

Dosierung: Alle 2 Stunden eine Tablette langsam im Munde zergehen lassen.

Handelsform: Packung mit 30 Halstabletten.

Hersteller: M. Woelm, 3440 Eschwege.

tyrosirinal®

Zusammensetzung: 1 Halstablette enthält: Tyrothricin 1,00 mg, Dequaliniumchlorid 0,25 mg, Chlorquinaldol 2,00 mg.

RECORSAN® - HERZSALBE
Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend
O.P. Tube zu 30 g
Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Esberiven®-Liniment

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

Prompte Resorption

Steigerung der Blut- und Lymphzirkulation
Antiphlogistische Wirkung
Fibrinolyse

Schmerzstillender Kühleffekt

Nota bene: Angenehmer Geruch
Ausgezeichnete Hautverträglichkeit

Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim



Pepsaldra®

Magen-Fermentpräparat

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Original-Packungen mit 45 und 125 Dragees

Pepsaldra compositum

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

Original-Packungen mit 40 und 100 Dragees

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

Indikationen: Hartnäckige entzündliche Erkrankungen des Mund- und Rachenraumes.

Hinweis: zuckerfrei.

Dosierung: Alle 2 Stunden eine Tablette langsam im Munde zergehen lassen.

Handelsform: Packung mit 20 Halstabletten.

Hersteller: M. Woelm, 3440 Eschwege.

Drugofa GmbH gibt Klarstellung für Diabetiker

In Veröffentlichungen über den Süßstoff-Zyklamat sind in jüngster Zeit Informationen verbreitet worden, die zu falschen Auffassungen geführt und bei manchem Diabetiker, der eine strenge Diät einhalten muß, Verwirrung und große Besorgnis ausgelöst haben. Allein in der Bundesrepublik leben über eine Million Diabetiker.

Die Bayer-Tochtergesellschaft Drugofa GmbH, Köln — seit vielen Jahren Hersteller eines umfassenden Diabetiker-Sortiments —, gibt hierzu folgende Klarstellung:

Die Präparate Sionon und Sionon zuckersüß sind keine Zyklamate und enthalten auch keine Zyklamate. Sionon ist ein Zuckeraustauschstoff, der in der Natur vorkommt und seit 40 Jahren das Vertrauen von Ärzten und Diabetikern genießt.

BUCHBESPRECHUNGEN

„Johannes XXIII.", Briefe an die Familie. — I. Teil: 1901—1944. Herausgegeben von Loris Francesco CAPOVILLA. Aus dem Italienischen von E. Stellinger, P. Pagendarm, F. Schmal, E. Wagener. Redaktion: F. Johna. 612 Seiten, Efalin, 38,— DM. Verlag Herder, Freiburg.

Soeben ist der erste Band der deutschen Ausgabe der Briefe erschienen, die Johannes XXIII. im Laufe seines langen Lebens an seine Angehörigen schrieb. Es sind Briefe aus sechs Jahrzehnten, angefangen von den Briefen des zwanzigjährigen Seminaristen bis zu den Briefen des achtzigjährigen Papstes. Sie sind gewissermaßen die weltliche oder menschliche Komponente zum „Geistlichen Tagebuch Johannes XXIII.", das vor einigen Jahren bei Herder erschienen ist. Diese Briefe sind ein „document humain", das durch seine einfache Menschlichkeit bewegt, Zeugnis gelebten Christentums ist und die Wurzeln einer Persönlichkeit erkennen läßt, die als Papst nicht nur „Vater der Christenheit" war, sondern zu einer Vatergestalt für die Welt wurde. Das Geheimnis seiner Ausstrahlung auf die Menschen jeder Rasse und Weltanschauung lag in seiner väterlichen Liebe und Güte, in seiner Demut und Geduld, in seinem Verständnis für den anderen, in seinem zuversichtlichen Glauben und in seiner vollkommenen Hingabe an den Willen Gottes. Diese Eigenschaften zeigen sich in schönster Weise in seinem Umgang mit den Angehörigen, sie sprechen aus jeder Zeile dieser „Briefe an die Familie".

LUDWIG SCHROTT: **„Münchner Alltag in acht Jahrhunderten."** Lebensgeschichte einer Stadt. 316 Seiten, 53 Bilder auf Kunstdruck und zahlreichen Textillustrationen. Leinen, mit farbigem Schutzumschlag, Geschenkausstattung. 29,— DM. Gräfe und Unzer Verlag München.

In diesem neuen Buch führt uns der hervorragende Sachkenner Ludwig Schrott authentisch und in einer überaus reizvollen Darstellung vor Augen, wie der Münchner lebte in den so verschiedenen Epochen seiner achthundertjährigen Existenz. Wir nehmen teil am Alltag des Münchners mit allen seinen kleinen und großen Ereignissen, lernen sein Haus und seine Lebensgewohnheiten kennen, stellen schmunzelnd fest, welche Rolle die Mode schon immer spielte und teilen des Münchners Sorge um das liebe Geld, seinen Ärger, wenn die Preise steigen. Wir begleiten ihn durch seine stets wachsende Stadt, lernen von seiner Begabung, Feste zu feiern, erleben seine Sorgen um Kriege, Pestilenzen und Revolution mit und hören seine Meinung über die geistliche und weltliche Obrigkeit.

Viele Kunstdruckbilder illustrieren diese Schilderungen, über die der Autor zugleich noch weit hinausgeht. Er hat sie in einen großen Zusammenhang gestellt und damit die Stadtgeschichte Münchens gestaltet — eine Stadtgeschichte, die sich höchst originell vom alltäglichen Leben her aufbaut.

Mit ihrem ausführlichen Register und ihrer reichen Bibliographie ist diese lebensvolle Dokumentation zugleich auch ein informatives Nachschlagewerk. Der Bildteil schließlich, mit vielen bisher noch kaum bekannten Darstellungen, und die liebevolle Ausstattung machen den Band zu einem ebenso bezaubernden wie prächtigen Geschenk, das die Münchner, die Zugereisten und die Zureisenden gleichermaßen begeistern wird.

Zur risikolosen lokalen antibakteriellen Therapie

TYROSUR®

Engelhard

Salbe

Wund-Puder

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

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

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

A-Kurs für Arbeitsmedizin

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin",

Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer vom 2. bis 27. Februar 1970 — Ort: 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin

Montag, 2. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

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

„Berufsbedingte Infektionskrankheiten"

10.00—10.45 Uhr
11.00—11.45 Uhr:

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

„Geschichte der Arbeitsmedizin"

14.00 Uhr:

Besichtigung der Arbeitsschutz-Ausstellung im Hause

Dienstag, 3. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

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

„Faktoren der physischen Leistungsfähigkeit"

10.00—10.45 Uhr
11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. J. Rutenfranz, Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin der Universität Gießen

„Arbeitsplatzgestaltung"

13.30 Uhr: Abfahrt

Riedinger Textil-Aktiengesellschaft, Zweigwerk Aura, Augsburg, Kazböckstraße 4

Mittwoch, 4. Februar 1970

8.00 Uhr: Abfahrt

Krauss-Maffei AG, München-Allach

Donnerstag, 5. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

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

„Das Berufsbild des Werksarztes und seine vertragliche Stellung"

10.00—10.45 Uhr:

Dr. med. M. von Clarmann, Leiter der Toxikologischen Abteilung im Klinikum rechts der Isar der Technischen Hochschule München

„Berufliche Intoxikationen durch Kohlenmonoxyd"

11.00—11.45 Uhr:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. E. Hoffmann, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

„Gewerblich bedingte Lärmschäden"

13.30 Uhr: Abfahrt

Südbayerisches Portland-Zementwerk Gebr. Wiesböck & Co. GmbH, Rohrdorf-Rosenheim

Freitag, 6. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. H.-J. Merté, Direktor der Augenklinik im Klinikum rechts der Isar der Technischen Hochschule München

„Gewerblich bedingte Augenkrankheiten"

10.00—10.45 Uhr:

Dr. med. R. Rothlauf, Betriebsärztlicher Dienst der Transformatoren-Union AG, Werk Nürnberg

„Arbeitsmedizinische Probleme in einem Großbetrieb der Starkstromtechnik"

11.00—11.45 Uhr:

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

„Erkrankungen durch Blei"

Montag, 9. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. med. H. Oettel, vormals Leiter des Gewerbehygienisch Pharmakologischen Instituts der Badischen Anilin- & Soda-Fabrik AG Ludwigshafen

„Berufskrebse"

10.00—10.45 Uhr:

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

„Staublungenerkrankungen"

11.00—11.45 Uhr:

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

„Zur Pathogenese des Emphysems und seine Beziehungen zu Staublungenerkrankungen"

13.30 Uhr: Abfahrt

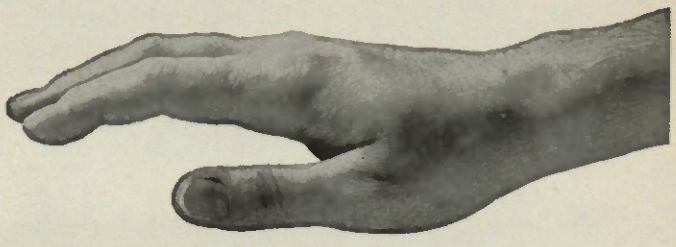
Stahlgruber — Gummiwerke, Werk Poing bei München

Passiorin

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

Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



Ronicol®

Klar

Weite des Horizontes

Klarheit des Denkens und Fühlens

dem alternden Menschen zu erhalten

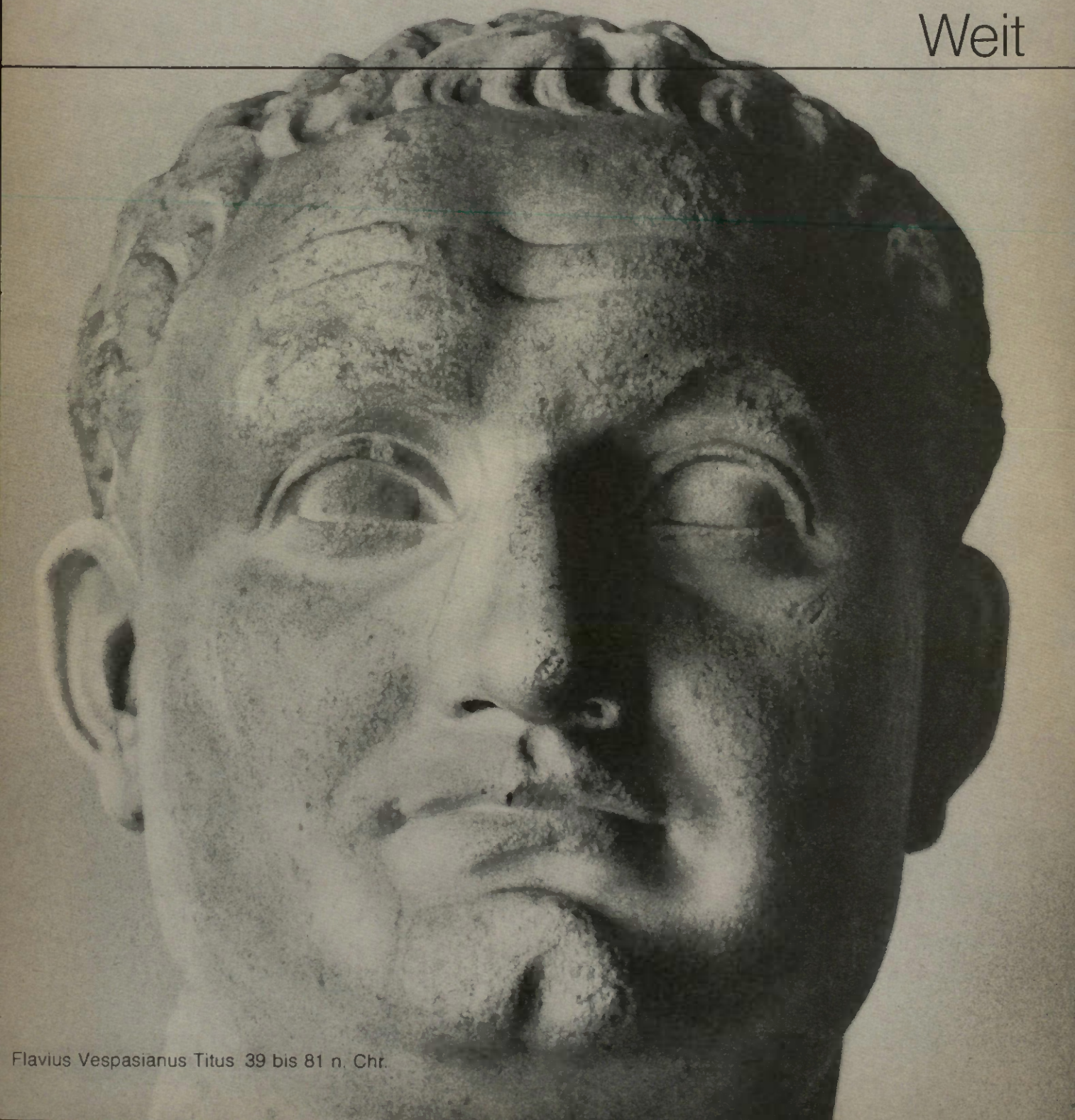
ist vornehmstes Ziel der

Hell

Therapie der Cerebralsklerose

mit Ronicol® retard

Weit



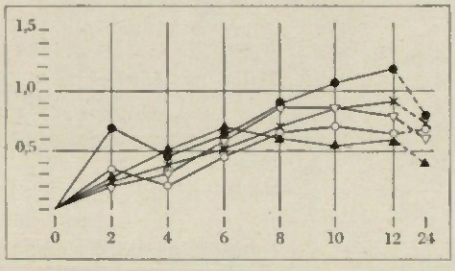
Flavius Vespasianus Titus 39 bis 81 n. Chr.

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 µg T-Ronicol (Tritium-markiertes β-Pyridyl-carbinol-Tartrat) pro ml Plasma

Abszisse:
Stunden nach der Medikation

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

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

Ronicol® retard

ein Depotpräparat besonderer Art zur sinnvollen Therapie der Cerebralsklerose

Ronicol retard
Dragées **150 mg**
Dosierung täglich: 2 x 1 bis 2 Dragées
in schweren Fällen:
allmählich Steigerung auf 3 x 2 Dragées
auf lange Zeit: 2 x 1 Dragée

Hoffmann-La Roche AG
7887 Grenzach

Dienstag, 10. Februar 1970

Fasching — keine Veranstaltung

Mittwoch, 11. Februar 1970

8.00 Uhr: Abfahrt

Eisenwerk — Gesellschaft Maximilianshütte mbH, Sulzbach-Rosenberg

Donnerstag, 12. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

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

„Asthma bronchiale durch berufliche Schädigungen"

10.00—10.45 Uhr:

Dr. med. M. von Clarmann, München

„Anoxieschäden durch Blockierung der Atemfermente"

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. F. Brachmann, Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München

„Gewerblich bedingte Erkrankungen des Zahn- und Kiefersystems"

13.30 Uhr: Abfahrt

Agrob Aktiengeselischaft für Grob- und Feinkeramik, Werk Ismaning bei München

Freitag, 13. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

Dipl.-Ing. A. Gridl, Direktor des Landesverbandes Bayern der Gewerblichen Berufsgenossenschaften München

„Unfallverhütung und Heilverfahren als Aufgaben der Berufsgenossenschaften"

10.00—10.45 Uhr:

Regierungsgewerbedirektor Dipl.-Ing. H. Kotzur, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge München

„Technische Probleme bei der Anwendung ionisierender Strahlen"

11.00—11.45 Uhr:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. R. Zimmer, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

„Arbeitsmedizinische Probleme bei der Anwendung ionisierender Strahlen"

Montag, 16. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr
10.00—10.45 Uhr:

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

„Psychische Beanspruchung bei Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten"

11.00—11.45 Uhr:

Dr. med. H. Weinzierl, Werksarzt der Steatit-Magnesia-AG, Lauf/Pegnitz

„Gastarbeiterprobleme aus werksärztlicher Sicht"

13.30 Uhr: Abfahrt

Süddeutscher Verlag GmbH, Zweigbetrieb Warlburgplatz, München 23, Wartburgplatz 9

Dienstag, 17. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

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

„Die Klinik der Berufsdermatosen"

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, München

„Ermüdung in physiologischer Sicht"

11.00—11.45 Uhr:

Dr. med. K. Niklas, Oberarzt und stellvertretender Leiter des Instituts für Strahlenschutz, Gesellschaft für Strahlenforschung mbH, Neuherberg bei München

„Medizinische Grundlagen des Strahlenschutzes"

14.00 Uhr:

Filmvorführung:

„Sl I-Reaktorunfall"

Mittwoch, 18. Februar 1970

8.00 Uhr: Abfahrt

Franz Hoffmann & Söhne, Chemische Fabrik, Neuburg/Donau

Kieselerdegewinnung über und unter Tage, Aufbereitung

Donnerstag, 19. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. Th. Hellbrügge, Leiter der Forschungsstelle für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin an der Universität München

„Entwicklung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Jugendalter"

10.00—10.45 Uhr:

Regierungsmedizinalrat Dr. W. Brenner, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin München

„Die Berufskrankheitenverordnung und ihre Durchführung"

11.00—11.45 Uhr:

Obermedizinalrat Dr. H. Lieser, Vertrauensärztliche Dienststelle der Landesversicherungsanstalt Oberbayern München

„Grundregeln der Rehabilitation psychisch Kranker"

13.30 Uhr: Abfahrt

MD Papierfabriken Heinrich Nicolaus GmbH, Dachau

Freitag, 20. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

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

„Berufsdermatosen: Ekzem und Akne"

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. A. Goeb, Oberarzt der Orthopädischen Poliklinik der Universität München

„Haltungsschäden im Beruf"



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 *Zervikatsyndrom* 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 humeroscaputaris* Erkrankten. ...Die prompte Wirkung des Medikaments war auch bei den Lumbagokranken 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)

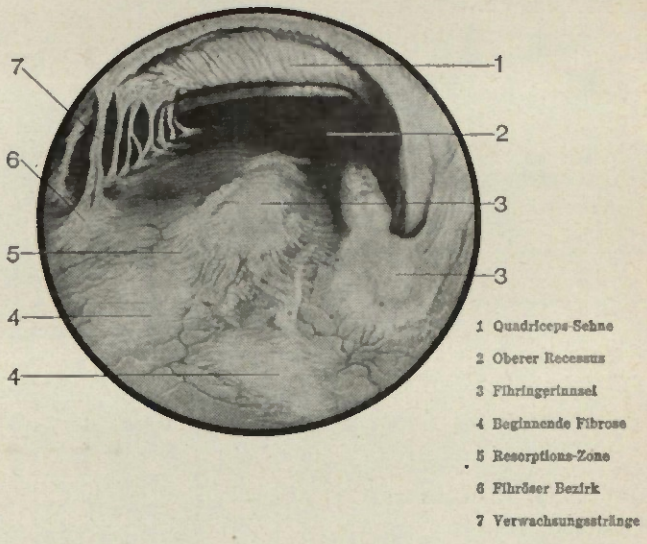
In HAMBURG: „*Schultersteifen* mit oder ohne Veränderungen der Halswirbelsäule standen im Vordergrund. In zahlreichen Fällen war die Erkrankung ...bei stundenlangem angespanntem *Sitzen hinter dem Steuer* auf der Autobahn aufgetreten. Behandlungsergebnisse: In 10 Fällen trat bereits in den ersten Tagen 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 humeroscapularis 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 fibrinoider Ablagerungen.

Der Wirkort von Dipyron



Arthroskopisches Bild des rechten Kniegelenks bei primär chronischer Polyarthritis: Fibringerinnsel 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 aushleibt, 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, „Fortschr. Röntgenstr":
„Im *Bereich arthrotischer Kniegetenke* ist mit der Serien-Angiographie eine *verminderte Blutfüttung der Kollateralen* einwandfrei festzustellen."

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

Dipyron -
eine sinnvolle therapeutische Konzeption.

Hersteller: JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF

11.00—11.45 Uhr:

Medizinaldirektor Dr. H. Meier, Leitender Arzt des Landesarbeitsamtes Nordbayern, Nürnberg

„Der ärztliche Dienst bei den Arbeitsämtern"

Montag, 23. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

Regierungsgewerbedirektor Diplom-Chemiker Dr. phil. O. Lang, Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsschutz München

„Arbeitsschutz als Aufgabe des Staates"

10.00—10.45 Uhr:

11.00—11.45 Uhr:

Oberingenieur W. Pollak, MAN, Werk Augsburg

„Grundsätze des Arbeitsstudiums und der Arbeitswissenschaft"

13.30 Uhr: Abfahrt

Firma Zündapp GmbH, München 80, Anzinger Straße 3

Dienstag, 24. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. G. Hall, München

„Erkrankungen durch Methanol und Glykole"

10.00—10.45 Uhr:

Dr. med. J. Probst, Chefarzt des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Murnau

„Ausgewählte Kapitel aus dem Gebiet der chirurgischen Berufskrankheiten"

11.00—11.45 Uhr:

Dr. med. H. Münk, Betriebsarzt der Siemens AG, Nürnberger Zählerwerk, Nürnberger Maschinen- und Apparatewerk, Nürnberg

„Akute und lebensbedrohliche Zustände im Betrieb"

13.30 Uhr: Abfahrt

Akkumulatorenwerk F. X. Mittermaier & Söhne GmbH, Isen

Mittwoch, 25. Februar 1970

8.00 Uhr: Abfahrt

Kohlenbergwerk Peißenberg

(Für die Besichtigung vor Ort ist die Teilnehmerzahl begrenzt)

Donnerstag, 26. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

Dr. med. G. Fuchs, Werksarzt der Krauss-Maffei AG, München-Allach

„Der alternde Mensch am Arbeitsplatz"

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, München

„Wachheitsgrad, Aufmerksamkeit und Psychopharmaka"

11.00—11.45 Uhr:

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

„Sicherheitsingenieur und Werksarzt"

13.30 Uhr: Abfahrt

Siemens Aktiengesellschaft, Wernerwerk für Bauelemente, München 80, Balanstraße 73

Freitag, 27. Februar 1970

9.00—9.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. Lehnert, Oberarzt am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen

„Chemische Nachweismethoden in der Arbeitsmedizin"

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. H.-R. Lückert, Pädagogische Hochschule der Universität München, München-Pasing

„Die Beurteilung von Mitarbeitern"

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H.-R. Lückert, München

„Führungsprobleme im Betrieb"

Kursleitung: ORMR Dr. G. Bühlmeyer / RMR Dr. W. Brenner.

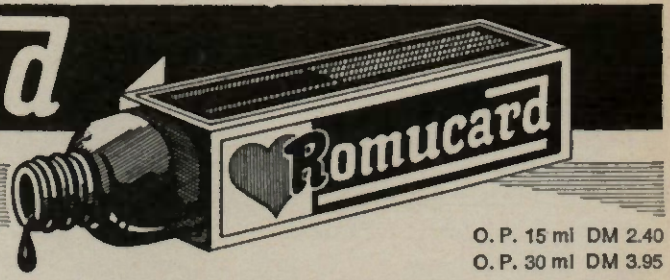
Kursgebühr wird nicht erhoben.

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 Betriebe oder der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin ausdrücklich ausgeschlossen.

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

Auskunft durch die BAYERISCHE AKADEMIE FÜR ARBEITSMEDIZIN UND SOZIALE MEDIZIN im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon 08 11 / 2 18 41 (Haus des Arbeitsschutzes)

Romucard
Das bewährte Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung


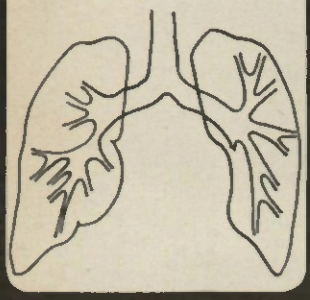
Indikationen:
Altersherz
Zirkulationsstörungen
Hypertonie
nervöse und
krampfartige
Herzbeschwerden
O. P. 15 ml DM 2.40
O. P. 30 ml DM 3.95
Zusammensetzung: Papaver. 0,3 %, Nitroglyc. 2,5 mg %, Tinct. Adonid. 7 %, Tinct. Bellad. 4 %, Tinct. Valerian. 3 %, Tinct. Castan. 6 %, Aneurin hydr. 50 mg %, Acid. ascorb. 500 mg %.
ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZEUT. FABRIK · 8031 ESTING b./MÜNCHEN

Das Chloramphenicol aus ›Göttingen‹

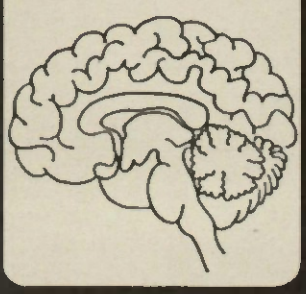
Gotimycin®

zur konsequenten Therapie bei Infektionen durch Bakterien und große Viren

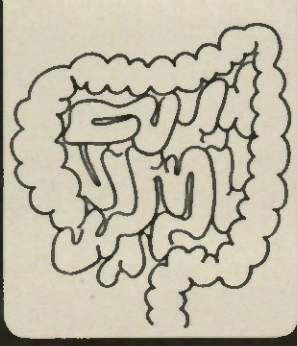
Atemwege:
Bronchitis
Pneumonie
Pleuro-Pneumonie
Bronchiektasie
Lungenabszeß



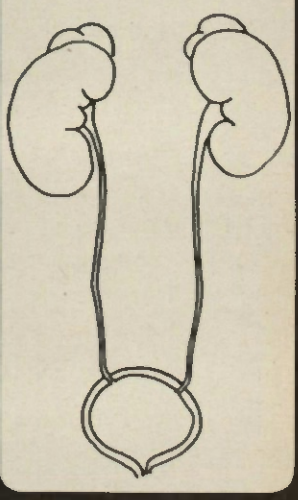
ZNS:
Meningitis



Darmtrakt:
Typhus abdominalis
Salmonelleninfekte
Cholecystitis
Cholangitis



Urogenitalsystem:
Bakteriurie
Pyelonephritis
Pyelitis
Prostatitis



DAUELSBERG + CO
GÖTTINGEN
Penicillin-Gesellschaft

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

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

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

Internationales Sportärzte-Symposion

vom 14. bis 19. Februar 1970 in der Hohen Tatra

Die Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. Ev. Purkyne und die Tschechoslowakische Sportärztegesellschaft veranstalten in der Zeit vom 14.—19. 2. 1970 in der Hohen Tatra ein Sportärzte-Symposion.

Auskunft: Slowakische Medizinische Gesellschaft, Generalsekretariat Dr. med. Horniak, Bratislava/CSSR, Mickiewiczowa 13

Seminar über „Präventiv-Kardiologie"

vom 18. bis 24. Januar 1970 in Höhenried

Das Seminar unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. M. J. Halhuber wird vom Bayerischen Sportärzte-Verband e.V. und der Landesversicherungsanstalt Oberbayern veranstaltet. Es soll eine möglichst praxisnahe Einführung in Grundlagen, Möglichkeiten und Probleme der präventiven und poliklinischen Kardiologie bieten, weshalb es wünschenswert ist, daß die Kollegen am Gesamttagesplan der Klinik aktiv teilnehmen. Deshalb wird empfohlen, entsprechende Sportausrüstung (Trainings-, Bade-, Wanderbekleidung) mitzubringen.

Gelegenheit zur „Fitness"-Untersuchung der Teilnehmer ist gegeben.

Teilnehmerzahl: 25.

Unterbringung: Im Schloß „Höhenried" innerhalb des Klinikbereiches in Ein- und Zweibettzimmern.

Wohnungs- und Verpflegungskosten pro Tag DM 25,—. Zusätzliche Gebühren werden nicht eingehoben.

Ankunft im Laufe des Sonntagnachmittags erwünscht.

Auskunft und Anmeldung: Bayerischer Sportärzte-Verband, 8000 München 2, Brienner Straße 50, „Haus des Sports", Tel. 08 11 / 52 15 55

3. Fortbildungskurs in Ösophago- und Bronchoskopie

am 27./28. Februar 1970 in Erlangen

Am 27./28. Februar 1970 findet an der Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke in Erlangen der 3. Fortbildungskurs in Ösophago- und Bronchoskopie unter der Leitung von Professor Dr. Birnmeyer statt.

Begrenzte Teilnehmerzahl.

Anmeldeschluß: **31. Januar 1970.**

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat der Universitäts-HNO-Klinik, 8520 Erlangen, Waldstraße 1.

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** (Kongreßsaal) 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

„Fortschritte in der Diagnostik chirurgischer Krankheitsbilder"

in bezug auf

a) anatomische und funktionelle Differentialdiagnosen

b) topographische Besonderheiten des Operationsplanes

c) Beurteilung spezieller Fragen der Operabilität

Donnerstag, 2. April 1970

„Mögliche und vermeidbare Fehler bei chirurgischen Indikationen"

1. **Chirurgische Behandlung des Ulcus ventriculi et duodeni**
2. **Gutartige und bösartige Mamma-Tumoren**
3. **Intra- und extrahepatischer Verschlußikterus**

Freitag, 3. April 1970

„Der Noteingriff in der Chirurgie"

a) Besonderheiten des Operationsplanes

b) Einflüsse begleitender Organerkrankungen und Stoffwechselstörungen auf die Indikation, die intra- und postoperative Therapie

c) Entscheidungen bei Zufallsbefunden (z. B. bei gutartigen und bösartigen Geschwülsten, Anomalien usw.)

Samstag, 4. April 1970

„Gewebe-Transplantation und Gewebe-Ersatz"

Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1000 Berlin 15, Kurfürstendamm 179

5. Tagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft

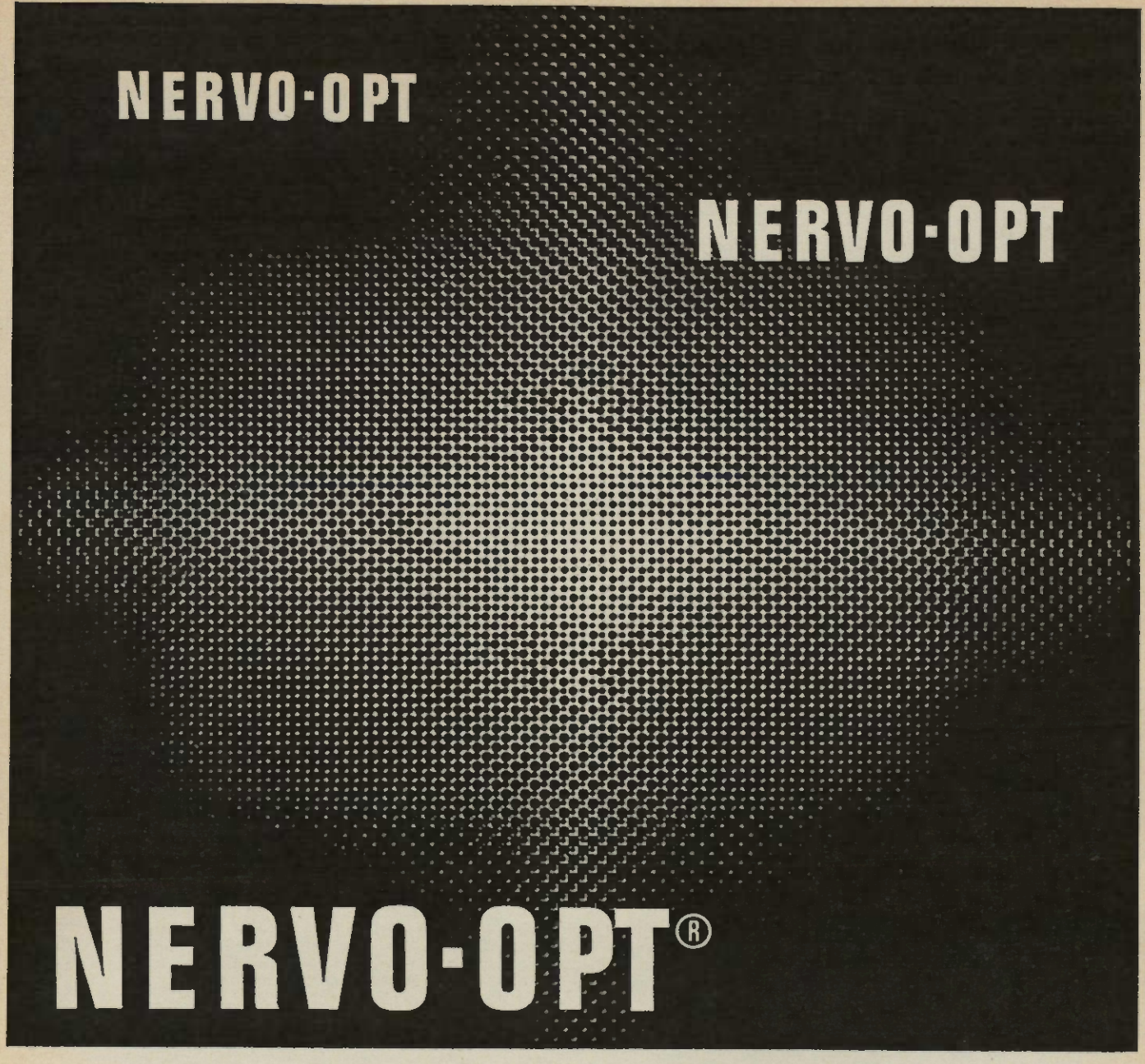
am 8./9. Mai 1970 in Bonn

Die 5. Tagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft findet unter der Leitung von Professor Dr. H. Hungerland 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. Hungerland, 5300 Bonn, Universitäts-Kinderklinik, Adenauerallee 119

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



Verschreibungspflichtig!

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

NERVO · OPT - Saft
NERVO · OPT - Dragees

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Dragees

beruhigt die Nerven und bringt erquickenden Schlaf

DR. BRAUN & HERBERG · BAD SCHWARTAU

KONGRESSKALENDER

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

Januar 1970:

9.—10. 1. in Wiesbaden: Fortbildungskurs des Verbandes Deutscher Badeärzte. Auskunft: Verband Deutscher Badeärzte e. V., 4970 Bad Oeynhausen, Westkorso 7.

12. 1. bis 0. 2. in Berlin: Arbeitsmedizinischer Grundlagenlehrgang (Stoffplan III). Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

16.—18. 1. in Bad Orb: Tagung der Evangelischen Akademie Hofgeismar „Medizinischer Fortschritt und Evolution unserer Gesellschaft." Auskunft: Evangelische Akademie, 3520 Hofgeismar, Postfach 1205.

29.—31. 1. in Hamburg: 74. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. A. Weiß, 2000 Hamburg 20, Beim Andreasbrunnen 5.

Februar 1970:

1.—14. 2. in Sydney: 29. Internationaler Kongreß über Alkoholismus und Drogenabhängigkeit. Auskunft: Mr. P. Diehm, Foundation for Research and Treatment of Alcoholism, P. O. Box 3284 Sydney 2001.

9.—13. 2. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

9.—27. 2. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

14.—19. 2. in der Hohen Tatra: Symposion über Sportmedizin (mit internationaler Beteiligung). Auskunft: Dr. E. Horniak, Abteilung für Sportmedizin, Bratislava, Mickiewiczova 13

14.—20. 2. in Melbourne: 12. Kongreß des Internationalen Ärztinnenbundes. Auskunft: Australian Federation of Medical Women (Vict. Branch), 426, Albert Street, Melbourne 3002.

16.—20. 2. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

23. 2. bis 13. 3. in Berlin: Strahlenschutzkurs für Ärzte (einschließlich Praktikum). Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

26.—28. 2. in Ulm: 16. Symposion der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Prof. Dr. J. Kracht, 6300 Gießen, Klinikstraße 32 g.

März 1970:

8.—8. 3. in Bad Dürkheim: 14. Wissenschaftlicher Kongreß der Saarländisch-Pfälzischen Internistengesellschaft. Auskunft: Dr. P. Bockel, Innere Abteilung des Evangelischen Krankenhauses, 6660 Zweibrücken.

9.—14. 3. in Mexico City: 21. Internationaler Kongreß für Ophthalmologie. Auskunft: Dr. A. Zertuche, Hospital General S. S. A., Mexico 7, D. F.

8.—21. 3. in Badgastein: XV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Die Medizin 1980"). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

9.—21. 3. in Davos: XVIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Die Medizin 1980"). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

16.—20. 3. in Berlin: Lehrgang über theoretische und praktische Grundlagen des Strahlenschutzes für den Lungenfacharzt. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

16.—20. 3. in Neuherberg: Röntgen-Strahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

20.—22. 3. in Bad Nauheim: EKG-Kurs, Teil I (Fortbildung der LÄK Hessen). Auskunft: OMDir. Dr. A. H. Lemmerz, Klinik Grand Hotel, 6350 Bad Nauheim, Ernst-Ludwig-Ring 2.

23. 3. bis 4. 4. in Meran: II. Internationaler Oster-Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer (Thema: „Kindheit und Alter, die beiden Pole des Lebens"). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

„Bayerisches Ärzteblatt". 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. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt"). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard 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.

optopan®-sedativ

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

Optopan SEDATIV

Apotheker Th. Lang Nachf. · München 82 Flasche zu 100 g, 150 g und 250 g