



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Julii 1970

Die Zukunft im Krankenhauswesen

Neuregelung in München

Mit einem einstimmigen Beschluß des Gesundheitsausschusses, der Anfang Juli dem Münchener Stadtrat zur Genehmigung vorgelegt wurde, fanden jahrelange und intensive Bemühungen um organisatorische Änderungen im Bereiche der Städtischen Krankenanstalten in München ihren glücklichen Abschluß.

Zu diesen Strukturfragen der Krankenanstalten, wie auch zu der Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Privateinnahmen der Chefärzte, haben die Ärztekammern der Bundesrepublik und die ärztlichen Berufsverbände schon seit vielen Jahren ihre Verbesserungsvorschläge dargelegt. Auch die Ärzte Bayerns haben in langwierigen und sachlichen Diskussionen hierzu einen wesentlichen Beitrag geleistet.

Autorisierte Vertreter der Chefärzte und der Assistenzärzte, Vertreter des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte und des Verbandes der angestellten Ärzte erarbeiteten gemeinsam und einhellig ihre Vorstellungen mit Professor Dr. SEWERING über das Krankenhaus der Zukunft.

Am 15. April 1970 wurden diese Vorschläge in dem nachstehend wiedergegebenen **Brief des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer** Bürgermeister Dr. med. STEINKOHL übergeben:

Organisatorische Änderungen im Bereich der Städtischen Krankenanstalten

„Sehr geehrter Herr Bürgermeister!

Der Gesundheitsausschuß des Stadtrates berät seit einiger Zeit über organisatorische Änderungen im Bereich der Städtischen Krankenanstalten. Grundlage der Beratungen ist ein Vorschlag des Betriebs- und Krankenhausreferates der Landeshauptstadt München; außerdem hat in letzter Zeit die Fraktion der SPD im Stadtrat weitere Vorschläge bekanntgegeben. Gegenstand der Beratungen ist sowohl die Struktur der Krankenanstalten als auch die Neuregelung der Gehälter und der Privateinnahmen der Chefärzte mit

dem Ziel einer Umverteilung innerhalb der Chefärzte und einer Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an diesen Einnahmen.

Die Ärztekammern der Bundesrepublik und die ärztlichen Berufsverbände haben schon seit vielen Jahren Anregungen und Vorschläge für eine Verbesserung der Struktur der Krankenhäuser beraten und veröffentlicht. Sie haben auch unentwegt auf eine Neuordnung der innerärztlichen Verhältnisse mit dem Ziel einer Verbesserung der Beziehungen Leitender zu nachgeordneten Ärzten hingewirkt. Die Bayerische Landesärztekammer als gesetzliche Berufsvertretung der Ärzte in Bayern verfolgte deshalb die Beratungen innerhalb des Stadtrates der Landeshauptstadt München mit besonderem Interesse. Im Hinblick darauf, daß tiefgreifende Veränderungen innerhalb der Münchener Städtischen Krankenanstalten nicht ohne Auswirkungen auf die übrigen Krankenhäuser Bayerns, aber auch auf die Gesamtsituation der Ärzte bleiben werden, haben die autorisierten Vertreter der Chefärzte und der Assistenzärzte der Städtischen Krankenanstalten, des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte und des Verbandes der angestellten Ärzte (Marburger Bund) gemeinsame Beratungen mit dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer aufgenommen. Der Unterzeichnete ist ermächtigt, dem Stadtrat der Landeshauptstadt München das folgende Beratungsergebnis bekanntzugeben:

Die Neugliederung großer Krankenanstalten und Fachabteilungen im Interesse einer besseren Überschaubarkeit, vor allem aber in Berücksichtigung der Entwicklung der Medizin, wird von der deutschen Ärzteschaft seit Jahren als vordringliche Aufgabe angesehen. Wir begrüßen deshalb grundsätzlich die diesbezüglichen Vorstellungen, welche das Betriebs- und Krankenhausreferat entwickelt hat. Eine solche Umstrukturierung mit Verkleinerung von Abteilungen kann nicht schematisch erfolgen. Sie muß den Gegebenheiten des einzelnen Faches angepaßt werden. Bei manchen Fächern – wie Innere Medizin oder Chirurgie – bietet sich die Bildung von Spezialabteilungen (sogenannte „Departments“) zwanglos an. Dabei muß aber organisatorisch der Zusammenhalt des Gesamtfaches ganz besonders sorgfältig gesichert werden, weil sonst der Kranke als psychosomatische Ein-

heit Schaden leiden könnte und die Weiterbildung junger Ärzte im Gesamtfach nicht mehr möglich wäre. Mit der Bildung ‚konservativer‘ oder ‚operativer‘ Zentren allein ist es dabei nicht getan. Zu diesen Fragen wird die Ärzteschaft im Laufe der weiteren Beratungen noch eingehende Vorschläge unterbreiten.

Auch Pläne, die sogenannten Privatstationen aufzulösen, bedürfen noch eingehender Beratung. Die bisher bekanntgewordenen Argumente sind verschwommen, Behauptungen über Benachteiligung der sogenannten ‚Kassenpatienten‘ oder ‚Allgemeinpatienten‘ entbehren der Beweise. Auch das Krankenhausreferat der Stadt München spricht lediglich vom ‚Gerede‘ der Allgemeinpatienten. Ganz offensichtlich werden hier in den Diskussionen die Unterbringung und ärztliche Betreuung zu sehr miteinander vermischt.

Zu den Vorschlägen über eine Neufestsetzung der Gehälter der Chefärzte, der Pool-Bildung für alle Privateinnahmen und der Beteiligung ärztlicher Mitarbeiter an diesem Pool vertreten die Ärzte einhellig folgende Auffassung:

Das ärztliche Liquidationsrecht gegenüber selbstzahlenden Patienten im Krankenhaus muß erhalten bleiben. Es besteht weder eine echte Veranlassung, noch gibt es überzeugende sachliche Gründe für seine Beseitigung. Nachdem der Arztberuf weit überwiegend freiberuflich ausgeübt wird, soll auch der fest angestellte Leitende Krankenhausarzt die – wenn auch beschränkte – Möglichkeit haben, eine mit Liquidationsrecht verbundene Tätigkeit auszuüben.

Chefärzte und ärztliche Mitarbeiter sind sich aber ebenso darüber einig, daß die heutige Form der ärztlichen Zusammenarbeit in einer Fachabteilung eine angemessene Beteiligung qualifizierter ärztlicher Mitarbeiter an den Privateinnahmen des Chefarztes begründet und rechtfertigt.

Die Kommission zur Behandlung von Fragen des Liquidationsrechts der Landeshauptstadt München schlägt vor, daß alle Privateinnahmen der Chefärzte in einen Pool fließen sollen. Daraus sollen 40% nach einem vereinbarten Schlüssel wieder an die Chefärzte ausbezahlt werden. 50% sollen den ärztlichen Mitarbeitern und 10% der Stadt zufließen. In dem zuerst bekanntgewordenen Plan war der Anteil der Chefärzte mit nur 30%, derjenige der Stadt mit 20% vorgesehen. Im Hinblick darauf, daß die Einnahmen der Chefärzte durch die geringe Zahl der Privatbetten und das Pool-System zurückgehen werden, schlägt das Krankenhausreferat vor, als Ausgleich dafür Gehälter in Höhe von DM 6000,- bis DM 7000,- zu bezahlen.

Die an unseren Beratungen beteiligten Ärzte haben gegen diese Vorschläge in mehrfacher Hinsicht erhebliche Bedenken. Sie halten es für falsch, dem Pool die gesamten Privateinnahmen zuzuführen und den Chefärzten dann Anteile auszubezahlen, die keinerlei Bezug zu den erarbeiteten Privateinnahmen haben.

Jeder Arzt weiß, daß die Einkommensmöglichkeiten der verschiedenen Fachgebiete unterschiedlich sind. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, daß ein junger Arzt davon die Wahl eines Fachgebietes abhängig machen würde.

Der liquidationsberechtigte Chefarzt soll deshalb auch in der Zukunft selbst Empfänger seiner Privateinnahmen sein. Er stellt aber davon einen Teil – nach der Höhe gestaffelt – für ein Honorarbeteiligungsverfahren zur Verfügung. Der ihm verbleibende Teil des Honorars steht aber dann immer in einer vertretbaren Relation zu dem von ihm erarbeiteten Honorar.

Am Honorarbeteiligungsverfahren nehmen folgende ärztliche Mitarbeiter teil, deren Anteil im einzelnen durch ein Punktsystem ermittelt wird:

Chefarztstellvertreter	3 Punkte
Oberärzte und Ärzte in BAT I b	2 Punkte
Assistenzärzte mit mindestens 4jähriger klinischer Tätigkeit nach der Approbation oder vergleichbarer Tätigkeit in einem theoretischen Institut	1 Punkt

Die von uns ausgearbeitete Staffel für die Beiträge der Chefärzte zum Honorarbeteiligungsverfahren beginnt bei Privateinnahmen von jährlich DM 25 000,- mit 1% und steigt bis zu einer Abgabe von 50% bei Privateinnahmen von DM 100 000,- und mehr, wobei 15% dieser Beiträge zur Verfügung der Chefärzte zur Gewährung von Zuschüssen an Mitarbeiter in Sonderfällen verbleiben.

Der Verteilerschlüssel kann nach Sammlung von Erfahrungen durch den für die Durchführung des Honorarbeteiligungsverfahrens zu bildenden Verwaltungsausschuß geändert werden, der auch berechtigt sein soll, den Personenkreis in Einzelfällen zu erweitern. Dieser Ausschuß besteht aus vier Leitenden Ärzten und vier am Honorarbeteiligungsverfahren teilnehmenden Ärzten. Die Stadt als Krankenhausträger ist berechtigt, einen Vertreter in den Ausschuß zu entsenden. Jedes Krankenhaus hat sein eigenes Honorarbeteiligungsverfahren und dementsprechend seinen eigenen Verwaltungsausschuß.

Der dem Gesundheitsausschuß des Stadtrates vorliegende Plan sieht – wie schon ausgeführt – vor, daß die Chefärzte als Entschädigung für ihre geringeren Privateinnahmen Gehälter in Höhe von DM 6000,- bis DM 7000,- erhalten sollen und daß der Stadt 10% der Privathonorare zufließen. Beides halten wir nicht für gerechtfertigt. Den Chefärzten steht vom Krankenhausträger ein angemessenes Gehalt zu, das ihrer Vorbildung, Tätigkeit und Verantwortung Rechnung trägt. Sie sollen aber keine Gehälter beziehen, die weit aus dem Rahmen vergleichbarer akademischer Berufe im öffentlichen Dienst fallen und als ein ungerchtfertigter Griff in die aus Steuermitteln gespeiste

öffentliche Kasse empfunden werden müssen. Es ist aber nicht mehr wie recht und billig, wenn wir andererseits vom Krankenhausträger erwarten, daß er seinerseits auf einen Anteil am Privathonorar verzichtet, das dann der Gesamtheit derjenigen Ärzte zukommt, durch deren gemeinsame Leistung und Einsatzbereitschaft das Schicksal des Krankenhauses und seiner Patienten gestaltet wird.

Weder gegen diesen Vorschlag, noch gegen das von uns erarbeitete Honorarbeteiligungsverfahren im ganzen können von seiten der Stadt rechtliche oder materielle Einwände erhoben werden. Die Unkosten, welche dem Krankenhaus durch die Unterbringung und Behandlung von Selbstzahlern entstehen, werden von diesen durch den Pflegesatz samt allen Nebenkosten abgegolten. Die Einsparungen durch Verzicht auf Erhöhung der Gehälter betragen ein mehrfaches dessen, was die Stadt durch ihren Anteil an den Privathonoraren erwarten kann. Den Leitenden Ärzten bleibt es erspart, als ungerechtfertigt bevorzugte Gehaltsempfänger und dennoch als zu Unrecht Reglementierte abgestempelt zu werden. Sie beziehen ihr normales Gehalt und behalten einen angemessenen Teil der von ihnen selbst erarbeiteten Privathonorare. Zugleich können sie die Gewißheit haben, daß der Anteil am erarbeiteten Honorar, welches ihren Mitarbeitern zufließt, von diesen nicht als rein finanzielle Beteiligung, sondern auch als Ausdruck der kollegialen Verbundenheit empfunden wird. Das Honorarbeteiligungsverfahren betrachten wir so als angemessenes Mittel, die Krankenhausärzte nach dem Maß ihrer Mitwirkung und Verantwortung am Äquivalent für die ärztliche Leistung zu beteiligen. Die Bereitschaft, Last und Verantwortung gemeinsam zu tragen, wird dadurch gefördert, das Arbeitsklima erheblich verbessert. Das wird auch der Stadt als Krankenhausträger und Arbeitgeber erheblichen Nutzen bringen.

Ausdrücklich wird von uns betont, daß ein Honorarbeteiligungsverfahren, gleich welcher Art, kein Ersatz sein kann für eine angemessene Regelung der tariflichen Probleme der nachgeordneten Ärzte, wobei besonders auf deren außerordentliche zeitliche Belastung hingewiesen sei.

Wir bitten den Stadtrat der Landeshauptstadt München dringend, den von uns erarbeiteten, von den beteiligten Ärzten also getragenen Plan für die künftige Gestaltung zu übernehmen. Die Arbeiten an einer konstruktiven Neugestaltung der Städtischen Krankenanstalten werden dadurch wesentlich gefördert und von jedem Mißtrauen befreit. Für die weitere Beratung aller entstehenden Fragen bieten wir Ihnen unsere uneingeschränkte Bereitschaft zur Mitarbeit an.

Mit den besten Grüßen
Ihr
gez. Professor Dr. S e w e r i n g "

Abgabestaffel

Liquidation	Abgabe in %	Abgabe in DM	verbleibendes Honorar
bis DM 24 999,99	0 %	—,—	—,—
ab 25 000,—	1 %	250,—	24 750,—
25 500,—	2 %	510,—	24 990,—
26 000,—	3 %	780,—	25 220,—
26 500,—	4 %	1 060,—	25 440,—
27 000,—	5 %	1 350,—	25 650,—
27 500,—	6 %	1 650,—	25 850,—
28 000,—	7 %	1 960,—	26 040,—
28 500,—	8 %	2 280,—	26 220,—
29 000,—	9 %	2 610,—	26 390,—
30 000,—	10 %	3 000,—	27 000,—
31 000,—	11 %	3 410,—	27 590,—
32 000,—	12 %	3 840,—	28 160,—
33 000,—	13 %	4 290,—	28 710,—
34 000,—	14 %	4 760,—	29 240,—
35 000,—	15 %	5 250,—	29 750,—
36 000,—	16 %	5 760,—	30 240,—
37 000,—	17 %	6 290,—	30 710,—
38 000,—	18 %	6 840,—	31 160,—
39 000,—	19 %	7 410,—	31 590,—
40 000,—	20 %	8 000,—	32 000,—
42 000,—	21 %	8 820,—	33 180,—
44 000,—	22 %	9 680,—	34 320,—
46 000,—	23 %	10 580,—	35 420,—
48 000,—	24 %	11 520,—	36 480,—
50 000,—	25 %	12 500,—	37 500,—
53 000,—	26 %	13 780,—	39 220,—
56 000,—	27 %	15 120,—	40 880,—
59 000,—	28 %	16 520,—	42 480,—
62 000,—	29 %	17 980,—	44 020,—
65 000,—	30 %	19 500,—	45 500,—
66 500,—	31 %	20 615,—	45 885,—
68 000,—	32 %	21 760,—	46 240,—
69 500,—	33 %	22 935,—	46 565,—
71 000,—	34 %	24 140,—	46 860,—
72 500,—	35 %	25 375,—	47 125,—
74 000,—	36 %	26 640,—	47 360,—
75 000,—	37 %	27 935,—	47 565,—
77 000,—	38 %	29 260,—	47 740,—
78 500,—	39 %	30 615,—	47 885,—
80 000,—	40 %	32 000,—	48 000,—
82 000,—	41 %	33 620,—	48 380,—
84 000,—	42 %	35 280,—	48 720,—
86 000,—	43 %	36 980,—	49 020,—
88 000,—	44 %	38 720,—	49 280,—
90 000,—	45 %	40 500,—	49 500,—
92 000,—	46 %	42 320,—	49 680,—
94 000,—	47 %	44 180,—	49 820,—
96 000,—	48 %	46 080,—	49 920,—
98 000,—	49 %	48 020,—	49 980,—
100 000,—	50 %	50 000,—	50 000,—
über 100 000,—	50 %		

Die bayerische Ärzteschaft stellt mit Befriedigung fest, daß diese Vorstellungen in allen wesentlichen Punkten vom Gesundheitsausschuß der Stadt München gebilligt wurden.

Im Nachfolgenden wird ein Überblick über die endgültige Fassung des Krankenhaus-Reformplanes gegeben:

1. Schaffung kleinerer und überschaubarer Abteilungen und Zusammenfassung der Abteilungen in Institute zu medizinischen Zentren.

Abteilungsgrößen von ca. 60–100 Betten sind das Optimum ärztlicher Betreuung und gestatten jedem Chefarzt eine intensive Befassung mit seinen Patienten. Im Interesse einer Zusammenarbeit der einzelnen Abteilungen und um Abteilungen dieser Größenordnung wirtschaftlich führen zu können, ist es notwendig, konservative, operative und theoretische Abteilungen eines Krankenhauses zu Zentren zusammenzufassen.

2. Einführung der Selbstverwaltung im Krankenhausbereich und Erlaß einer Dienstordnung.

Zeitgemäße Medizin erfordert Zusammenarbeit. Daraus folgt zwangsläufig, von der bisherigen hierarchischen Organisationsform – repräsentiert durch den Chefarzt – abzugehen und für wesentliche Aufgaben das Prinzip einer demokratischen Selbstverwaltung einzuführen. Selbstverständlich wird von dieser Selbstverwaltung die unmittelbare Behandlung der Patienten nicht berührt, sie muß nach wie vor in der Verantwortung des Chefarztes bleiben, die ihm kein Gremlum abnehmen kann und nicht soll. Hierzu wurden detaillierte Vorstellungen entwickelt.

3. Ablösung des bisherigen Dreiklassensystems durch die Einführung des „Allgemeinpatienten“ und „Privatpatienten“ sowie Zusammenfassung aller Patienten in gemeinsame Stationen.

Auch die Allgemeinstationen sollen Ein- und Zweibettzimmer haben, die den Patienten je nach der Schwere der Erkrankung zur Verfügung stehen.

4. Einführung einer einheitlichen Verpflegung für alle Patienten. Anhebung der Qualität der gesamten Verpflegung, Ausdehnung auf drei Wahlgerichte.

Dies erfordert eine Anhebung der Ausgaben, was eine Erhöhung des Selbstkostensatzes auf DM 7,60 je Tag und Patient zur Folge hat (dadurch entstehende Mehrkosten für die Münchener Städtischen Kliniken belaufen sich auf knapp 2 Mio. DM).

5. Regelung des Angestelltenverhältnisses, der Vergütung und der Privatliquidation der Chefärzte sowie Verteilung der Arzthonorara.

Neu einzustellende Chefärzte werden ausnahmslos mit Sondervertrag angestellt unter Fortfall der Bindungen besoldungsrechtliche Vorschriften. Als Vergütung sind Beträge vorgesehen, die den Bezügen eines beamteten Chefarztes nach Besoldungsgruppe A 16 entsprechen. Die Chefärzte liquidieren für die Be-

handlung von Privatpatienten selbst, wobei die Rechnung durch die Krankenhausverwaltung dem Patienten übermittelt wird. Die Honorarbeteiligung nachgeordneter Ärzte ist wie folgt in einem Liquidations-Pool geregelt:

Nach einer Abgabestaffel (vergleiche S. 615) mit dem Höchstwert von 50 % gehen Anteile an die qualifizierten nachgeordneten Ärzte. Dabei sollen

Vertreter der Chefärzte das Dreifache, sonstige Oberärzte das Doppelte der Assistenzärzte mit mindestens 4jähriger klinischer Tätigkeit erhalten.

Aus dieser gemeinsamen Kasse sollen 15% dieser Beiträge zur Verfügung der Chefärzte zur Gewährung von Zuschüssen an Mitarbeiter in Sonderfällen verbleiben.

Die Verwaltung und Auszahlung der in jedem Krankenhaus-Pool verwendeten Mittel hat durch eine Gesellschaft des bürgerlichen Rechts zu erfolgen, die für jedes Krankenhaus gegründet werden muß.

Mitglied dieser Gesellschaft sollen sein:

- a) die innerhalb des Krankenhauses tätigen Chefärzte und Leitenden Ärzte,
- b) die gleiche Anzahl von Assistenz- und Oberärzten, die aus ihrer Mitte gewählt werden. Dabei kommen jedoch nur solche Assistenzärzte in Betracht, die Zuwendungen aus dem Pool erhalten,
- c) ein Vertreter der Stadt.

6. Übergangsregelungen klären die Verwirklichung dieser Grundzüge Zug um Zug, um auch die bestehenden großen Krankenhäuser Münchens erfassen zu können.

Stadtrat Dr. Erwin HAMM, der Vater des revolutionären sogenannten „Hamm“-Planes, hat nunmehr die Vorstellungen der Ärzteschaft aufgegriffen und sie praktisch alle realisiert. Für diese Verbesserungen in der ärztlichen Versorgung muß die Stadt jährlich insgesamt fast 10 Mio DM mehr aufbringen, denn auch die Arztstellen müssen um etwa $\frac{1}{3}$ vermehrt werden.

Professor Dr. Hellmut MEHNERT, Chefarzt am Schwabinger Krankenhaus, stellte abschließend fest: „Mit diesem Reformwerk wird in München etwas geschaffen, was noch keine andere Großstadt in ihren kommunalen Krankenhäusern erreicht hat.“

In ihren Schlußworten begrüßten die Vertreter aller Fraktionen einstimmig, daß der Reformplan in demokratischer Form ausgehandelt wurde.

Oberbürgermeister Dr. Hans-Jochen VOGEL: „Gegen die Reform werden sich nur zwei Gruppen wehren:

1. die Erzreaktionäre, die glauben, wir leben noch im 19. Jahrhundert, und
2. diejenigen, die bedauern, daß durch Reformen gesellschaftspolitischer Konfliktstoff beseitigt wird. Das sollten wir in Kauf nehmen.“

Probleme der klinischen Immunologie unter besonderer Berücksichtigung der Immun- prophylaxe der hämolytischen Neugeborenenenerkrankung

von W. Schneider

Unter Immunbiologie versteht man die Lehre von spezifischen Reaktionen zur Erhaltung der biologischen Spezifität und Integrität eines Individuums. Diese Reaktionen stellen natürliche Schutzmechanismen dar. Die entsprechenden Funktionen werden überwacht und gesteuert von dem sogenannten Immunsystem, das aus den Organen des RHS – z. B. Thymus, Milz, Knochenmark, Lymphknoten – und den von diesen gebildeten Stoffen – Lymphozyten, Plasmazellen, Immunglobuline – besteht.

Die Abwehrreaktionen des Immunsystems richten sich sowohl gegen fremde, d. h. von außen zugeführte, als auch gegen entfremdete, d. h. eigene Stoffe. Diese die Schutzmechanismen auslösenden Stoffe werden als Antigene bezeichnet. Sie führen zur Bildung spezifischer Abwehrkörper, der sogenannten Antikörper. Die ablaufende Reaktion wird als Antigen/Antikörperreaktion bezeichnet. Die Bildung von Antikörpern ist somit als eine gesunde Abwehrleistung des Organismus und nicht als ein krankhafter Prozeß anzusehen.

Antikörper können prinzipiell gegen jedes Fremdmolekül gebildet werden. Als klassisches Beispiel allgemein bekannter natürlicher Schutzmaßnahmen des Organismus ist die Antikörperbildung gegen Krankheitserreger und deren Toxine bei Infektionskrankheiten zu nennen. Gleiche Reaktionen werden durch die aktive Schutzimpfung gezielt provoziert. Aber auch die Verhütung einer Entstehung maligner Tumoren ist Aufgabe des Immunsystems.

Offenbar werden während eines Lebens laufend pathologische Zellen synthetisiert. Diese werden jedoch im Normalfall vom Abwehrsystem als fremd erkannt und vernichtet, ehe ein unkontrolliertes Wachstum und damit letztlich die klinisch manifeste Geschwulst entstehen kann.

Aktualität in pathologischer Hinsicht bekommt das Immunsystem dann, wenn

1. die spezifische Abwehr ganz oder teilweise unterbleibt – „Immuntoleranz“
2. unkontrollierte Abwehrreaktionen auftreten, die sich gegen eigene Zellen richten – „Autoaggression“ bzw. „Autoimmunisierung“

3. Antikörper gegen Stoffe gebildet werden, die zum natürlichen Lebensbereich eines Individuums gehören

ad 1: Eine Immuntoleranz ist meist partiell, d. h., nur bestimmte Antigene können nicht abgewehrt werden. Die Art des Defektes ist maßgebend für die klinischen Konsequenzen (Infektionen). Auch die Krebsentstehung ist praktisch letztlich Folge einer Immuninsuffizienz.

ad 2: Bei unkontrollierten Abwehrreaktionen werden körpereigene Produkte (Zellen, Proteine) als fremd empfunden und zerstört. Die entsprechend auftretenden Erkrankungen werden als Autoimmunerkrankungen bezeichnet. Bei der erworbenen hämolytischen Anämie und dem Erythematodes handelt es sich mit großer Sicherheit um Autoimmunerkrankungen. Für eine Reihe anderer Krankheiten wird eine solche Ätiologie ebenfalls zur Diskussion gestellt. Zu nennen sind hier: Hashimoto-Thyreoiditis, M. Werlhoff, chronisch-aggressive Hepatitis, Myasthenia gravis, rheumatoide Erkrankungen, sowie die perniziöse Anämie und das Postmyokardinfarktsyndrom. Manche Beobachtungen deuten darauf hin, daß das Altern des Organismus ebenfalls die Folge von Autoimmunreaktionen darstellt.

ad 3: Ebenfalls Krankheitsbedeutung bekommen Abwehrvorgänge für ein Individuum, wenn Antikörper gegen Stoffe gebildet werden, die für Lebensvorgänge erforderlich (Nahrungsmittel, eventuell Medikamente – Insulin –) oder mit dem unmittelbaren Lebensraum eng gekoppelt sind (Staub, Pollen, Antigene am Arbeitsplatz).

Unerwünschte Konsequenzen natürlicher Abwehrvorgänge stellen die hämolytische Neugeborenenenerkrankung und Transplantatabstoßungen bei Isotransplantationen dar. In beiden Fällen richtet sich die Abwehr gegen Fremdgewebe. Als solches ist neben Transplantaten selbstverständlich auch die Frucht im Mutterleib anzusehen. Bei Transplantationsreaktionen ist immer der Empfänger gefährdet, während bei der hämolytischen Neugeborenenenerkrankung die Schädigung das Kind betrifft. Als klassisches Beispiel einer Transplantationskomplikation sei der hämolytische Transfusionszwischenfall erwähnt.

Die hämolytische Neugeborenenenerkrankung wird bekanntlich dadurch verursacht, daß bei Müttern, die Antikörper gegen kindliche Blutzellen gebildet haben, die Antikörper durch die Plazenta in den kindlichen Kreislauf gelangen und dort eine Hämolyse verursachen. Die Immunisierung gegen kindliche Erythrozytenantigene kommt dadurch zustande, daß während der Plazentaperiode (selten während der Schwangerschaft) Erythrozyten in den mütterlichen Kreislauf übertreten und eine Antikörperbildung auslösen.

Durch gezielte Maßnahmen ist es heute möglich, die Bildung von Antikörpern gegen rote Blutzellen des Kindes post partum zu verhindern. Die theoretischen Grundlagen dieser Immunprophylaxe basieren auf den

Beobachtungen, daß ABO-blutgruppenunverträgliche Schwangerschaften weit weniger Immunisierungen der Mütter gegen Blutfaktoren im Gefolge haben als verträgliche. Offensichtlich werden bei solchen Fällen die in den mütterlichen Kreislauf übergetretenen kindlichen Erythrozyten durch die Isoagglutinine Anti-A und Anti-B zerstört, ehe sie zu einer Immunisierung führen. Die Aufgaben einer Prophylaxe bestanden darin, einen Weg zu finden, diesen natürlichen Schutzmechanismus therapeutisch-prophylaktisch auszunutzen. Dabei sei gleich vorweggenommen, daß es bisher nicht möglich ist, bereits gegen Blutfaktoren immunisierte Personen wirkungsvoll zu behandeln, d. h., eine echte Desensibilisierung vorzunehmen. Alle Bemühungen gehen dahin, Immunisierungen zu verhindern. Da ca. 95% aller hämolytischen Neugeborenen-erkrankungen durch Immunisierungen gegen den Rh-Faktor D ausgelöst werden, bietet sich für die Praxis die therapeutisch-prophylaktische Applikation von D-Antikörpern an.

Zum besseren Verständnis dieser Problematik ist es nötig, kurz auf die Theorie der Antikörperbildung einzugehen:

Antikörper sind Eiweiße, die elektrophoretisch in der Gammafraktion des Serums zu finden sind. Sie werden als Immunglobuline (Ig) bezeichnet. Immunelektrophoretisch ist eine Unterscheidung in derzeit fünf Klassen möglich, von denen die ersten drei am längsten bekannt und offensichtlich am wichtigsten sind: IgG, IgA, IgM, IgD, IgE. Die größte Bedeutung besitzen die IgG. Sie stellen auch mengenmäßig den Hauptanteil an den Immunglobulinen.

Ein Immunglobulinmolekül besteht aus sogenannten Schwer- und Leichtketten, die durch Disulfidbrücken miteinander verbunden sind. Die einzelnen Bausteine stellen verschiedene Zucker und Aminosäuren dar, deren Art, Sequenz und sterische Anordnung für die Spezifität des Moleküls von Bedeutung sind (Abb. 1).

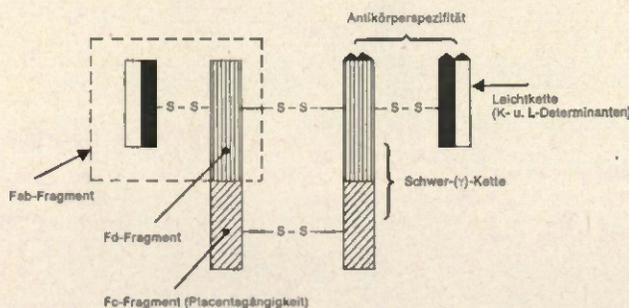


Abbildung 1
Schema eines IgG-Moleküls (nach PORTER)

Die Immunglobuline werden von sogenannten immunkompetenten Zellen „Immunozyten“ des RHS (Lymphozyten, Plasmazellen) gebildet. Der Kontakt zwischen einem Antigen und dem entsprechenden Rezeptor des Immunozyten löst die Produktion spezifischer dem Antigen entsprechenden Antikörper aus. Wie tierexperimentelle Untersuchungen zeigen, ist es

möglich, durch Variieren der Antigenendosis einmal Antikörper, zum anderen Immuntoleranz zu erzeugen.

Für die Bildung von Antikörpern ist offensichtlich eine optimale Antigenkonzentration im Individuum während eines bestimmten Zeitraumes Voraussetzung! Sehr kleine, subimmunogene und sehr große Dosen haben dagegen Immuntoleranz im Gefolge. Die Erfahrungen mit der aktiven Tetanusschutzimpfung beim Menschen bekräftigen diese These: zu häufige (Booster-) Impfungen verstärken nicht, sondern vermindern den Impfschutz.

Folgende Hypothese kann für diese Beobachtungen als Erklärung herangezogen werden: sehr kleine Mengen Antigen aktivieren zunächst die immunkompetente Zelle, bleibt die weitere Antigenezufuhr innerhalb eines optimalen Zeitraums aus, so kann eine Formation zu einem antikörperbildenden Klonus nicht mehr stattfinden und die Zelle stirbt ab (Abb. 2). Umgekehrt

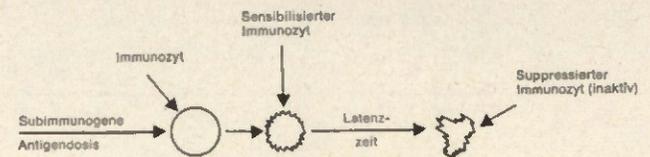


Abbildung 2
Schema einer Immunsuppression durch sehr kleine Antigenendosis

verhindern sehr große Antigenendosen innerhalb eines kurzen Zeitraums eine spezifische Differenzierung des Klonus und bewirken ebenfalls eine Immunsuffizienz des Immunozyten (Abb. 3).



Abbildung 3
Schema einer Immunsuppression durch sehr große Antigenendosis

Der Mechanismus einer regelrechten Immunisierung ist folgendermaßen vorstellbar:

Durch Kontakt des Antigenes mit dem Immunozyten kommt es zunächst als sogenannte „Primärantwort“ zur Synthese von IgM-Antikörpern. Nach einer kurzen Intervallzeit werden diese IgM-Antikörper durch IgG-Antikörper „Sekundärantwort“ von längerer Persistenz ersetzt. (Abb. 4). Offensichtlich bewirken die IgM im Sinne eines Rückkopplungsmechanismus einen fördernden Einfluß auf die IgG-Antikörpersynthese. Demnach fördert die gleichzeitige Gabe von Antigen und entsprechenden IgM-Antikörpern eine Immunisierung. Diese theoretische Vorstellung konnte in der Praxis bestätigt werden, da frühere Versuche mit sogenannten kompletten (IgM) D-Antikörpern bei der Immunprophylaxe eine Immunisierung nicht verhinderten, sondern offensichtlich zu fördern schienen. Werden dagegen Antigen und entsprechende IgG-Antikörper

Zur besseren Ernährung
durchblutungsgestörter Hirnareale

Stutgeron

Indikationen:

**Alle Symptome zerebraler
Durchblutungsstörungen**

Schwindel, vasomotorische Kopfschmerzen, Konzentrationsmangel, Schlafstörungen, involutive Verstimmungen, präsenile Verhaltensstörungen

**Postapoplektische Zustände
Postkommotionale Zustände
Hirntraumatische Folgezustände**

Stutgeron ist eine Originalsubstanz unserer Forschung. Sie antagonisiert die bei der Entstehung degenerativer Gefäßprozesse eine wichtige Rolle spielende vasopressorische Wirkung von Angiotensin, Histamin und Serotonin. Darüber hinaus wird die zerebrale Hämodynamik deutlich verbessert, wobei der Blutdruck unbeeinflusst bleibt.

Die Wirkung von Stutgeron ist experimentell und klinisch gesichert.

Stutgeron

1 Tablette enthält 25 mg Cinnarizin

Handelsformen:
Packung mit 50 Tabletten
Klinikpackungen



JANSSEN GmbH DÜSSELDORF

Bewährte Dosierung:

3 x 1 Tablette täglich

Aufgrund der vollen oralen Wirksamkeit und der guten Verträglichkeit eignet sich Stutgeron besonders zur Langzeittherapie.

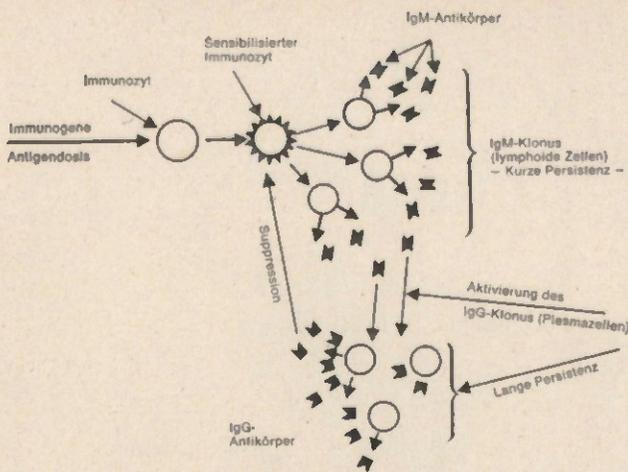


Abbildung 4
Vereinfachtes Schema regelrechter humorer Antigenkörperbildung

gleichzeitig verabreicht, so wird das Immunsystem getäuscht, indem eine Sekundärantwort simuliert wird (Abb. 5). Selbstverständlich ist eine gewisse Menge

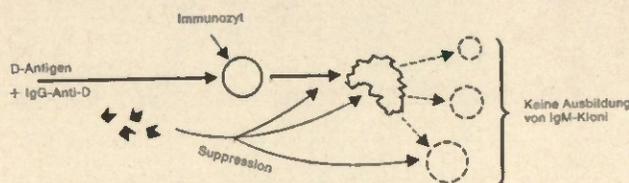


Abbildung 5
Schema der Wirkungsweise einer Immunprophylaxe mit Immunglobulin-Anti-D

(Titerhöhe) an IgG-Antikörpern nötig, um eine glaubwürdige Sekundärantwort zu simulieren. Für eine erfolgreiche Immunprophylaxe der hämolytischen Neugeborenenenerkrankung mit IgG-Anti-D brauchen jedoch diese D-Antikörper nicht in einer solchen Menge verabreicht zu werden, die erforderlich wäre, um alle kindlichen Erythrozyten im mütterlichen Kreislauf zu vernichten.

In einer Anzahl von Fällen treten nicht nur im Anschluß an die Nachgeburtsperiode, sondern bereits Monate vor der Entbindung wiederholt kindliche Erythrozyten in den mütterlichen Kreislauf über, ohne daß es zu Immunisierungen kommt. Als Erklärung bietet sich hier der Effekt der variierten Antigendosierung an, d. h.: minimale, subimmunogene Mengen kindlicher Erythrozyten blockieren das Immunsystem. Übersteigt die Einschwemmung das subimmunogene Maß, resultieren daraus selbstverständlich regelrechte Immunisierungen. Bei Erstschwangerschaften entstehen dann die sehr seltenen Frühimmunisierungen, deren Antikörpertiter meist gering und nur mit hochempfindlichen Methoden (Papain-Test) nachzuweisen ist.

Künftige Untersuchungen werden sich vor allem damit befassen müssen, wie lange eine durch die IgG-Anti-D-Prophylaxe erreichte Immunsuppression andauert. Es ist durchaus denkbar, daß durch solche Maßnahmen

23. Bayerischer Ärztetag

vom

2. mit 4. Oktober 1970

In Passau

die für die Anti-D-Immunisierung kompetenten Zellen nicht nur kurzfristig, sondern für längere Zeit funktionsunfähig bleiben. Ferner muß durch eingehende Untersuchungen bestätigt werden, daß nicht nur die Fähigkeit des Organismus (temporär?) dafür verloren geht, spezielle Antikörper gegen Blutfaktoren zu bilden. Es ist durchaus denkbar, daß durch die IgG-Anti-D-Prophylaxe andere Veränderungen am Immunsystem eingeleitet werden. Wie eigene Untersuchungen bei mit IgG-Anti-D behandelten Frauen zeigen, kommt es bei einem Teil der behandelten Personen zum Abfall der eigenen Immunglobuline im Serum. Während die IgM durchschnittlich um 45% (16–80%) abnahmen, betrug der Mittelwert der Abnahme bei den IgA nur 29% (10–64%). Über das Verhalten der (eigenen) IgG konnte keine sichere Aussage gemacht werden, da aufgrund des angewandten immunologischen Nachweisverfahrens eine Unterscheidung zwischen Fremd- und Eigenproteinen nicht möglich ist.

Diese interessante Untersuchungsserie an einem großen Zahlenmaterial mußte leider vorzeitig wegen Stellenwechsels abgebrochen werden. Die hier gewonnenen Erfahrungen decken sich mit den Angaben MICHALEKs und ARNOLDS über Versuche, durch Gabe einer Ig-Komponente die Synthese anderer zu steuern; z. B. durch Gabe von IgM-Antikörpern die IgG-Produktion zu drosseln.

Es ist schwierig, die ganze Problematik dieses Gebietes, das uns täglich neue Überraschungen beschert, auch nur annähernd ausreichend zu erörtern. Die Ausführungen sollen nicht den Sinn haben, vor der Anwendung des IgG-Anti-D bei der Prophylaxe der hämolytischen Neugeborenenenerkrankung generell zu warnen. Sie sollen aber Anregungen geben für gezielte Kontrolluntersuchungen zur sicheren Abklärung des Wirkungsmechanismus und Unschädlichkeit dieser Prophylaxe auch im Hinblick auf eventuelle Spät komplikationen. Zum anderen wird am Beispiel der Immunprophylaxe mit IgG-Anti-D deutlich, daß spezielle Behandlungsmaßnahmen auf breiter Ebene – vom Spezialisten kaum zu übersehen – den niedergelassenen Arzt bei weitem überfordern können. Die Probleme der modernen Medizin, insbesondere der Immunologie, nehmen sprunghaft zu. Für deren Bewältigung und praktische Nutzung am Patienten bedarf es einer steten Unterrichtung und Zusammenarbeit aller Fachrichtungen.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Waldemar Schneider, nunmehr Direktor des DRK-Blutspendedienstes, 5800 Hagen, Postfach 360.

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

43. Fortbildungskurs

(Fortsetzung aus Heft 5/1970)

Professor Dr. H. DIECKMANN, Hamburg-Altona:

„Differentialdiagnose und moderne Therapie der Migräne“

Unter Migräne versteht man einen anfallsartig einsetzenden, periodisch wiederkehrenden Kopfschmerz, der meist einseitig die Schläfen-Augen-Region bevorzugt, mit Übelkeit, Brechreiz oder Erbrechen einhergeht, drückend, pochend oder pulsierend ist. Wenn ihm Flimmererscheinungen oder Gesichtsfeldeinschränkungen vorausgehen, spricht man von ophthalmischer Migräne. Gehen neurologische Herdsymptome voraus (Kribbelparästhesien, Hypästhesie, transitorische Aphasien oder selten Paresen), handelt es sich um eine *Migraine accompagnée*. Die zerebrale Angiographie ist meist ohne relevante Befunde, löst aber gelegentlich eine typische Attacke aus. Bei der ophthalmopiegischen Migräne ist der Kopfschmerz von Augenmuskellähmungen (meist N III) begleitet. Hier ist stets klinische Diagnostik nötig (meist Aneurysma).

Bei 65% der Migränekranken findet man eine familiäre Belastung mit Kopfschmerzen, bei 45% mit echter Migräne (dominant vererbare Disposition). Oft besteht vor der Migräne eine *Cephalea vasomotorica*, gelegentlich treten beide Schmerzformen miteinander auf. Migräne beginnt oft schon in der Kindheit, meist mit 10 bis 15 Jahren. Dabei sind bei Kindern die Attacken kürzer, Erbrechen beendet sie, dann folgt eine erschöpfte Schlafphase.

Eine Attacke dauert meist $\frac{1}{2}$ Stunde bis 4 Tage, kehrt meist alle 2 bis 4 Wochen wieder, ohne besondere Tagesrhythmik. Nach dem Klimakterium hört sie meist auf, im Klimakterium kommen oft sehr heftige Exazerbationen vor. In der Schwangerschaft sistiert sie meist. Auslösend wirkt oft eine verlängerte Schlafdauer (Wochenendmigräne) oder Schlafverkürzung. Zusammenhänge mit dem Wasser-Elektrolythaushalt sowie mit der Allergie sind noch ungewiß.

Differentialdiagnose gegen Trigeminusneuralgie: Alterserkrankung mit Bevorzugung des zweiten und dritten Trigeminusastes, blitzartig einsetzend, durch Kauen, Sprechen, Berührung ausgelöst, kurzdauernd.

Bing-Horton-Syndrom: bei Männern im reifen Alter, oft bei Alkohol- und Nikotinabusus, streng einseitige heftigste Schmerzattacken in der Stirn-Schläfen-Region oder im Oberkieferbereich, meist 10 Minuten bis 1 Stunde dauernd, nachts oder nach der Mittagsruhe,

Begleitsymptome: einseitiger Tränenfluß, Verstopfung und Sekretion der Nase auf der Schmerzseite. Einer Schmerzphase von 3 bis 8 Wochen folgt ein Intervall von Monaten bis Jahren. Berufliche Unrast oft auslösend. Durch Serotoninantagonisten schlagartig zu coupieren (3 Tage lang früh und abends $\frac{1}{2}$, dann 1 Tablette Deseril ret.).

Arteriitis cranialis als Ursache eines Schläfenschmerzes bei älteren Patienten, verdickte, geschlängelte, druckdolente Temporalarterien, maximal beschleunigte BKS. Bei Befall der Augengefäße droht Erblindung! Therapie: Arterienresektion, Kortikosteroide. Auch intrakranielle Tumoren, Gefäßmißbildungen, Ventrikelverschlüsse oder Gefäßleues können zu halbseitigen Kopfschmerzattacken führen. Erweiterte Diagnostik ist daher bei allen Kranken, bei denen migräneartige Schmerzen erst in vorgerücktem Alter auftreten, angezeigt.

Behandlung:

Akute Attacke: $\frac{1}{2}$ Amp. Gynergen i.m. oder 1 mg Dihydroergotamin i.v. coupiert den Anfall. Cafergot PB Suppositorien, Migrexa 2 Dragées oder 1 Suppositorium zu Beginn der Attacke.

Intervall: Kur mit Mutterkornalkaloiden: 8 Wochen lang 3×20 Tropfen oder 3×2 Tabletten Dihydroergot. Nach einem behandlungsfreien Intervall von 6 Wochen eventuell wiederholen.

Bei sehr häufigen Attacken: Deseril (größere Nebenwirkungen). 5 Tage $2 \times \frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ Tablette Deseril ret., dann 2×1 Tablette.

Wenn nach 2 Monaten keine Anfälle mehr: $2 \times \frac{1}{2}$, nach weiteren 2 Monaten: Pause.

Bei jugendlichen Kranken, die gleichzeitig auch eine *Cephalea vasomotorica* haben, kann Barbitursäure erfolgreich sein: Axee-Hommel.

Professor Dr. F. ERBSLÖH, Gießen:

„Aktuelle Probleme der Erkennung, Behandlung und Prognose der Polyneuritiden“

Polyneuritis ist eine polytope Erkrankung des peripheren Nervensystems. In den letzten Jahren kam es zu einer Vermehrung der toxischen und metabolischen Erkrankungen des peripheren NS – Polyneuropathien bei einer Abnahme der entzündlichen Erkrankungen – Polyneuritiden. Gleichzeitig trat ein symmetrischer, vorwiegend sensibler Typ in den Vordergrund: sensible Reizerscheinungen an den Füßen, aufsteigend, geringe motorische Schwäche, schmerzhaft Unruhe der Füße. Die Polyneuritis dagegen ist schwer sensibel und motorisch beeinträchtigend.

Die entzündlichen Formen sind akut, die vaskulären akut-chronisch, die toxisch-metabolischen meist chronisch.

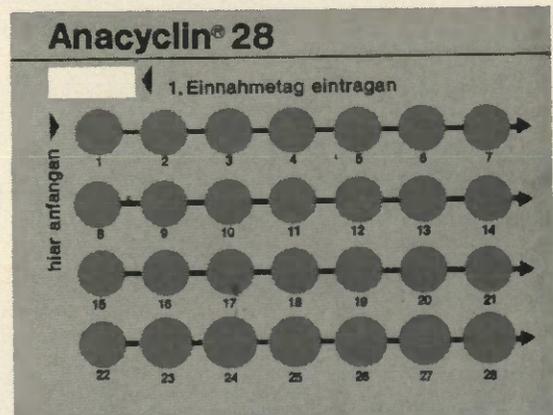
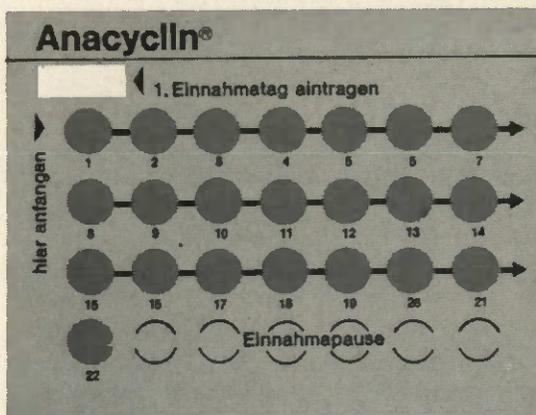
Die Ursachen der toxisch-metabolischen Polyneuropathien sind: alimentär-dystroph (Schlaf- und Schmerz-

neu

Anacyclin[®] Anacyclin[®] 28

Hormonales Antikonzipiens
einfache, neuartige Packungsform

trotz minimaler Hormongaben absolut sicher
wegen minimaler Hormongaben optimal verträglich



1,0 mg 19-Nor-17 α -pregn-4-en-20-in-17-ol (Lyneatrenol)
0,1 mg 3-Methoxy-19-nor-17 α -pregna-1,3,5 (10)-trien-20-in-17-ol (Mestranol)

Sicherheitspeckungen

Anacyclin
Anacyclin 28

22 und 3 x 22 Tabletten
28 und 3 x 28 Tabletten

C I B A

mittel), Diabetes, Alkohol. Bei der Contergan-Polyneuropathie steht ein hyperästhetisch-kausalgisches Bild im Vordergrund. Man kann drei Schweregrade unterscheiden:

1. rein sensible Ausfälle,
2. sensible Ausfälle und Reflexstörungen,
3. sensible Störungen, Reflexausfälle und geringe motorische Ausfälle.



Prof. Dr. H. Oieckmann
Hamburg-Altona



Prof. Dr. F. Erbelöh
Gießen

Ähnliche Symptome finden sich auch bei INH, PAS (100 mg Vit. B₆!), Nitrofurane, Sulfonamide (auch alle Diabetesmittel!), metallhaltige Mittel (Salvarsan, Gold), Zytostatika, Antibiotika.

Polyneuritis: entzündlich, vaskulär, infektiös, allergisch. Es handelt sich um peripher-nervöse Reizerscheinungen, sie sind funktionell.

Die Reizerscheinungen können in organische Störungen übergehen; wir haben es dann mit der Polyneuropathie zu tun.

Bei den entzündlichen Polyneuritiden kann man unterscheiden: symmetrische, paretische, vorwiegend sensible Typen und asymmetrische Multiplex Typen (Schwerpunktstypen).

Wenn im Liquor Lymphozyten sind (ca. 500 Z.), handelt es sich meist um Virusinfektionen.

Zeckenbiß: Nach einem Erythem kommt es zu aufsteigenden Lähmungen.

Bei der Prognose der Polyneuritis gilt, daß die akuten Formen eine gute Prognose, die chronischen eine schlechte Prognose haben.

Professor D. A. BISCHOFF, Zürich:

„Die Erkrankungen des peripheren Nervensystems bei Diabetes mellitus und beim Alkoholismus“

Das klinische Bild der diabetischen Neuropathie ist gekennzeichnet durch bilateral distal an den unteren Extremitäten auftretende Reiz- und Ausfallserscheinungen des peripheren Nervensystems, die sich vornehmlich in subjektiven Beschwerden, wie neuralgischen Schmerzen nachts, brennende Füße im Liegen, Parästhesien, Muskelkrämpfe und gelegentlich Schwä-

che der Fuß- und Zehen-Extensoren äußern. Nur selten sind die oberen Extremitäten betroffen. Objektive Funktionsmängel sind Abschwächung der Eigenreflexe, Herabsetzung der Vibrationsempfindung und Verlangsamung der Erregungsleitung in peripheren Nerven.

Selten tritt im höheren Lebensalter eine asymmetrische, proximale, motorische Form, unter dem Namen der diabetischen Amyotrophie beschrieben, auf.

Störungen des vegetativ-autonomen NS (viszerale Neuropathie) in Form von Blasen-Darm-Sexualstörungen, Störungen der Hauttrophik („mal perforant“), Anomalien der Schweißsekretion oder Störungen der Vasoregulation.

Hirnnervenausfälle (Augenmuskellähmungen, isolierte Pupillen-anomalien).

Die Symptomatik der alkoholischen Polyneuropathie ist weitgehend gleich. Ein spezifisches Merkmal der einen oder anderen Polyneuropathie gibt es nicht, nur verschiedene Symptome können in die eine oder andere Richtung weisen. So spricht der neuralgische Schmerz und nächtliches Brennen der Füße eher für Diabetes, die symmetrischen, distalen Parästhesien und noch mehr die deutliche Störung der Tiefensensibilität mit dem Symptom der Gehunsicherheit lassen dagegen nach chronischem Alkoholismus fahnden. Massive Atrophien der rumpfnahen Muskelgruppen in asymmetrischer Anordnung kennzeichnen die diabetische Amyotrophie, während den Alkoholiker die dünnen Unterschenkel mit bilateralen distalen Fußheberlähmungen charakterisieren. Schließlich weist der Diabetiker den erwähnten reichhaltigen Katalog vegetativ-neurotropher Störungen auf, die beim Alkoholiker doch eher die Ausnahme bilden.

Der Häufigkeitstypus der alkoholischen Polyneuropathie liegt früher als der der diabetischen, außerdem ist vornehmlich das männliche Geschlecht betroffen. Der Verlauf der alkoholischen Polyneuropathie ist über wenige Wochen stetig progredient, Remissionen sind unter Abstinenz zu erwarten. Beim Diabetes ist der Verlauf über Monate und Jahre wellenförmig in Abhängigkeit von der Stoffwechsellage. Es ist aber auch ein subakutes Auftreten von proximalen, einseitigen Lähmungen mit heftigsten neuralgischen Schmerzen möglich (z. B. diabetische Ophthalmoplegie). Auch die Messung der Nervenleitungsgeschwindigkeit und der histopathologische Befund lassen keine spezifischen, sondern nur graduelle Unterschiede der beiden Formen erkennen.

Für die Therapie gilt der Grundsatz, daß sie um so erfolgreicher ist, je eher sie einsetzt (bevor die Markscheide betroffen ist). Erstes Gebot bei der diabetischen Polyneuropathie ist die optimale Einstellung der Stoffwechsellage. Bei der alkoholischen Polyneuropathie wird man Vitamin B₁ zusammen mit anderen Vitaminen des B-Komplexes und Thioctsäure (100 bis 300 mg/Tag) geben.

Privatdozent Dr. K. KUNZE, Gießen:

„Akute lebensbedrohende Krankheiten der neuromuskulären Peripherie“

Die Muskulatur ist als Organsystem integrierender Bestandteil des peripheren Kreislaufes. Die funktionelle Betrachtung dieses Organsystems muß vom Begriff der motorischen Einheit ausgehen: motorische Vorderhornzelle und die von ihr innervierten Muskelfasern. Der periphere Nerv dient der Vermittlung von Signalen von der motorischen Vorderhornzelle her. Die neuromuskuläre Übertragung solcher Impulse findet unter Vermittlung des Acetylcholins in der neuromuskulären Endplatte statt. Ein Ausfall oder eine Störung der einzelnen Glieder dieser motorischen Einheit machen die Systematik der Erkrankungen der neuromuskulären Peripherie aus.



Prof. Dr. A. Bischoff
Zürich



Priv.-Doz. Dr. K. Kunze
Gießen

Erkrankungen der motorischen Vorderhornzellen bedingen die spinalen oder nukleären Atrophien bis zur myatrophischen Lateralsklerose. Die Poliomyelitis hat an Bedeutung verloren. An den peripheren Nerven spielen sich die verschiedenen Formen der Polyneuritiden ab. Im Bereich der neuromuskulären Übertragung haben wir es in erster Linie mit der Myasthenie und den myasthenischen Syndromen bei verschiedenen Grundkrankheiten zu tun. Die Muskelfasern selbst sind bei den verschiedenen Formen der Myopathien betroffen: hereditäre, entzündliche und begleitende Myopathien.

Unter den lebensbedrohenden Erkrankungen der neuromuskulären Peripherie steht die Myasthenia gravis pseudoparalytica an erster Stelle. Eine Ateminsuffizienz kann sich bei ihr in kürzester Zeit entwickeln, oft als Komplikation einer Narkose oder bei bestimmter Medikamentengabe. Deswegen ist eine Frühdiagnose so wichtig! Es kommt dabei zu einer Blockierung der neuromuskulären Endplatte für die motorischen Impulse. Diese kann durch Cholinesterasehemmer (z. B. Tensilon) schlagartig aufgehoben werden. Weitere diagnostische Sicherung ist durch Reizelektromyographie zu erreichen. Wichtig ist, daß die Ansprechbarkeit der Myasthenie auf Cholinesterasehemmer sich ändern kann, wobei es zu Überdosierungserscheinungen kommen kann, die sich in zunehmenden

den Paresen, Schwitzen und anderen vegetativen Symptomen, Magenkrämpfen und Diarrhoen zeigen. Sofortige Beatmung und Reduzierung der Medikamente ist erforderlich! – Außerdem kann es unter Umständen bei der Myasthenie zur Entwicklung einer latenten Hypoxydase kommen.

Auch bei den nukleären oder spinalen Atrophien und den akuten aufsteigenden Polyneuritiden ist die Ateminsuffizienz die wichtigste akute Komplikation. Ebenso ist die Ateminsuffizienz bei Erkrankungen der peripheren Nerven, bei der Porphyrie und der Periarteriitis nodosa zu fürchten.

Bei den nukleär-neurogenen Erkrankungen entwickelt sich die Ateminsuffizienz nicht so akut wie bei obigen Erkrankungen. Hier haben wir es mit chronisch degenerativen Prozessen der motorischen Vorderhornzellen zu tun. Auch hier ist eine Hypoxydase häufig. Bulbäre Form der myatrophischen Lateralsklerose haben Ateminsuffizienz oft als Todesursache.

Im Kindesalter verlaufen Ateminsuffizienzen mit besonderer Foudroyanz, z. B. beim Werdnig-Hoffmann.

Erkrankungen der Muskelfasern selbst zeigen Störungen des Gewebegasaustausches, z. B. die akuten und chronischen Polymyositiden. Leitsymptom ist hier das myalgisch-paretische Syndrom, allgemeine Entzündungszeichen: Temperaturerhöhungen, Senkungsbeschleunigung, Ödem und eine zur Akuität des Prozesses parallel erhöhte CPK. Ätiologisch kommt ein breites Spektrum in Frage. Die Sicherung der Diagnose geschieht mit dem EMG, das einen myopathischen Befund zeigt und wird durch die Muskelbiopsie bewiesen, die entzündliche Veränderungen ergibt. Nicht selten führt hierbei ein myo-renales Schocksyndrom zum Tode.

Dr. G. LAUSBERG, Gießen:

„Dringliche Diagnostik und Therapie bei spinalen Querschnittslähmungen“

Alle eine Rückenmarkskompression verursachenden Erkrankungen sind eine absolute Indikation für frühe operativ entlastende Maßnahmen. Auch akute vaskuläre Störungen bei spinalen Angiomen, die eine Querschnittslähmung hervorrufen, müssen operiert werden.

Die akuten bis perakuten Verlaufsformen spinaler Querschnittsercheinungen sind unter dem Begriff „spinale Apoplexie“ zusammengefaßt. Von den Traumen abgesehen, haben Tumoren (meist extradurale Sekundärtumoren, Retikulo-Endotheliome und Leukosen) die größte Bedeutung, dann folgen spinale Angiome und mit ca. 10 % die entzündlichen Prozesse.

Die Symptomatik des akuten Kompressionssyndroms bei malignen extraduralen Tumoren ist gekennzeichnet durch anamnestisch schon Monate vorher auftretende Lokalschmerzen der Wirbelsäule und radikuläre Beschwerden. Die neurologischen Symptome begin-

nen — je nachdem, ob die Kompression von ventral oder dorsal erfolgt — mit progredienten Paresen oder Sensibilitätsstörungen, später folgen Blasenstörungen und schließlich bildet sich innerhalb von Stunden oder Tagen die komplette Querschnittslähmung aus.

Epidurale Abszesse zeigen die gleichen Symptome, aber in kürzerem anamnestischen Zeitraum. Neben allgemein entzündlichen Erscheinungen erstreckt sich der Lokalbefund der Wirbelsäule mit radikulären Prodrömen über mehrere Segmenthöhen.

Spinale Angiome zeigen ein rasch progredientes Querschnittssyndrom, das innerhalb von Minuten komplett werden kann. Die intra- oder epiduralen Angiome führen infolge der Gefäßkurzschlüsse zu einer lokalen Mangel durchblutung des Rückenmarks, die Markerweichungen zur Folge haben. Epidurale kavernöse Angiome führen zu Kompressionssyndromen.

Die akute und chronische Rückenmarks- und Kaudakompression ist der wichtigste Ursachenfaktor der neurologischen Querschnittssymptomatik. Dabei ist die Restitutionsfähigkeit des Rückenmarks von der Dauer und Stärke der Kompression abhängig. Grundsätzlich gilt, daß, je langsamer sich eine Rückenmarkskompression entwickelt, desto besser die funktionelle Restitutionsfähigkeit ist. Außerdem ist ein tumorbedingter vaskulärer Faktor zusätzlich zur Kompression anzunehmen, wobei besonders die ventral beginnenden Querschnittssyndrome eine schlechtere Prognose haben.

Die Diagnose der akuten spinalen Erkrankungen wird mit Hilfe des Liquors, des Queckenstedtschen Versuches, der Röntgenuntersuchung der WS, Myelographie und Wirbelangiographie zu stellen sein. Die Therapie der Rückenmark- oder Kaudakompression ist durch die Notwendigkeit der Entlastung gekennzeichnet. Die Laminektomie mit Resektion der Wirbelbögen über mehreren Segmenten steht im Vordergrund. Schwierigkeiten ergeben sich bei Wirbelzusammenbrüchen mit Kyphosierung, weil das Rückenmark über die Abknickung angespannt wird und die dorsale Entlastung nicht ausreichend wirksam werden kann. Hier muß durch postoperative Lagerungsbehandlung versucht werden, die Dislokation zu beseitigen.

Spinale Angiome indizieren eine Entlastungslaminektomie, wenn der Wirbel durch Sinterung komprimiert ist. Bei vertebral-epiduralen oder isoliert epiduralen Angiomen ist die Laminektomie mit Entfernung des Angioms die Methode der Wahl.

Intradurale Angiome ergeben die besten Ergebnisse bei Totalresektion.

Grundsätzlich gilt, daß die Entlastungslaminektomie so früh wie möglich durchzuführen ist.

Bei multiplen WS-Tumoren oder enderen Organmetastasen und bei länger als 24 Stunden bestehendem komplettem Querschnitt wird die Operation abgelehnt. Dagegen wird bei kurz bestehendem komplettem oder

länger bestehendem inkomplettem Querschnitt bei Solitär-tumoren operiert.

Die Operationsindikation epiduraler Abszesse wird ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Kompression betrachtet.

Spinale Angiome sind eine absolute Operationsindikation.

Privatdozent Dr. K. HELD, Kiel:

„Moderne Therapie und Prophylaxe des Schlaganfalles“

Der Tod am Schlaganfall steht hinter den Erkrankungen des Herzens und malignen Tumoren an dritter Stelle. Die Mortalität in den ersten zwei Monaten nach dem Schlaganfall liegt bei 35 %, sie steigt im Verlauf von zwei Jahren auf 50 % an. Von den Überlebenden bleibt die Hälfte arbeitsunfähig.



Dr. O. Lausberg
Gießen



Priv.-Doz. Dr. K. Held
Kiel

Die wichtigsten Risikofaktoren sind neben dem Alter der Hochdruck, die Arteriosklerose, sowie Herz-Kreislaufkrankungen. Meist müssen zwei Faktoren zusammentreffen, um eine zerebrale Zirkulationsstörung auszulösen: ein vaskulärer und ein hämodynamischer.

Die Entwicklung der Arteriosklerose wird durch Diabetes, Adipositas und Hypercholesterinämie gefördert. Wir kennen zwei Erscheinungstypen der Arteriosklerose: degenerative Veränderungen der peripheren kleinen Gefäße („Widerstandsgefäße“), die die sogenannte Autoregulation der Hirndurchblutung bewirken: sie kontrahieren sich bei Blutdruckanstieg, erweitern sich bei RR-Abfall. Erst wenn der arterielle Mitteldruck unter 70 mm Hg abfällt, versagt die Autoregulation und die Hirndurchblutung fällt ab. Bei Elastizitätsverlust der Gefäße wird die Hirndurchblutung zunehmend passiv vom Perfusionsdruck abhängig, die kritische Blutdruckschwelle steigt also an. Eine wirksame Behandlung einmal eingetretener morphologischer Veränderungen gibt es nicht. Da die periphere Hirngefäßsklerose aber vorzugsweise bei der Hypertonie vorkommt, ergibt sich die Notwendigkeit der Prophylaxe. Der zweite Typ der Arteriosklerose ist die Form, die durch atheromatöse Beete zu Stenosen und Verschlüssen der zentralen größeren Arterien führt. Ob eine solche Gefäßläsion für den Hirnkreislauf hämo-

dynamisch bedeutsam wird, hängt von der Qualität der Kollateralen ab und von der reaktiven Änderung des zerebralen Gefäßwiderstandes, dessen Abnahme erst zu einer kompensatorischen Mehrdurchblutung führen kann.

Hämodynamische Komponente: Schon ein kurzfristiger Blutdruckabfall kann zu einer gefährlichen Verminderung der Hirndurchblutung führen. Häufige Ursachen dieser akuten Blutdruckabfälle sind: Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern, gehäufte Extrasystolen.

Therapeutische Konsequenzen: sorgfältige kardiale Behandlung, Vermeidung plötzlicher Blutdruckabfälle.

Die sogenannten intermittierenden zerebralen Ischämien, die die Vorboten des drohenden Schlaganfalls sind, können z. T. operativ mit Erfolg angegangen werden, andernfalls ist eine Antikoagulantientherapie zu empfehlen, um zusätzliche thrombotische Ablagerungen zu vermeiden.

Wenn der Schlaganfall eingetreten ist, empfiehlt sich in den ersten zwei Tagen: Behandlung des ischämiebedingten Hirnödems (i.v. hyperosmolare Lösungen und Diuretika i.v.), Steigerung der Hirndurchblutung über Verminderung der Blutviskosität (i.v. niedermolekulare Dextrose: Rheomacrodex), kardiale Behandlung (Digitalisierung und Behebung von Rhythmusstörungen).

Privatdozent Dr. W. KRÄMER, Gießen:

„Basilläre Durchblutungsstörungen, ein häufiges, gefährliches und meist verkanntes Krankheitsbild“

Basilläre Durchblutungsstörungen sind häufiger als sie diagnostiziert werden. Meist wird beim Schlaganfall nur gefragt: Blutung oder Erweichung oder: Gefäßverschluß oder hämodynamischer Insult? Die Ergänzung dieser Artdiagnose durch eine Ortsdiagnose ist aber notwendig, weil ortsspezifische therapeutische Maßnahmen die Prognose des Schlaganfalls entscheidend beeinflussen können. Die Prognose der basillären Durchblutungsstörungen ist nicht schlechter als die anderer Hirnregionen. Unter 1000 Patienten mit zerebralen Durchblutungsstörungen waren 850 mit Schlaganfall eingeliefert worden, darunter 129 = 15 % im Basilarisstrombahngebiet.

Wir können zwei Formen der Durchblutungsstörung unterscheiden:

1. intermittierende, flüchtige Ischämieattacken,
2. basillärer Schlaganfall.

Die intermittierenden Attacken sind häufiger als der Schlaganfall, bei mehr als der Hälfte der Patienten mit Schlaganfall gingen flüchtige Attacken voraus, so daß sich die Anamnese oft über Jahre erstreckt.

Die Diagnose ermöglichen verschiedene Symptomen-
gruppen, die — je nach genauer Lokalisation — im Vordergrund stehen:

1. Symptome, die für den Ausfall des 3. bis 12. Hirnnervs sprechen,
2. zerebelläre Symptome,
3. Hemiplegie alternans,
4. bulbäre Symptome.

Die Arteria basilaris gibt drei Arten von Ästen ab: die paramedianen (Durchblutungsstörungen selten, gekennzeichnet durch den Ausfall des 3., 7. und 6. Hirnnervs und spastischer Tetraparesen), die kurzen lateralen und die langen lateralen.

Das Syndrom des vollständigen Basilarisverschlusses ist selten. Es besteht in einem Querschnittssyndrom des Hirnstammes mit doppelseitigen Hirnnervenstörungen, Tetraparesen und Sensibilitätsstörungen an allen vier Extremitäten.

Die Höhenlokalisation des Prozesses im Hirnstamm wird durch folgende Hirnnervenstörungen möglich sein: Mittelhirnsymptome: 3. und 4. Hirnnerv (13 %); Pons: 6., 7. und 8. Hirnnerv (37 %); Oblongata: distale Hirnnerven (20 %).

Beim basillären Schlaganfall sind diese Symptome zu diagnostizieren, bei den intermittierenden Attacken sind sie so flüchtig (oft nur Minuten!), daß man auf die Schilderung des Patienten angewiesen ist. Trotzdem müssen Störungen von gleichartigem Charakter, die wiederholt flüchtige Beschwerden machen, den Verdacht auf ein intermittierendes Gefäßsyndrom lenken.

Bei der Erstuntersuchung klagen 70 % über Schwindel und Gleichgewichtsstörungen, die Hälfte der Patienten nennt dies als einzige Beschwerden! Oft wird über Sehstörungen geklagt, die teils uncharakteristisch, selten als Doppelbilder beschrieben werden. Sprachstörungen sind nicht immer als artikulatorisch zu eruieren. Oft bestehen gleichzeitig akute Nackenschmerzen, die im Vordergrund des Interesses stehen.

Bei der Untersuchung findet man dann oft eine Ataxie (eine Hemiataxie wird oft als Hemiparese verkannt!), oft eine Fallneigung, seltener einen Horner, eine homonyme Hemianopsie, eine dissoziierte Sensibilitätsstörung im Trigeminiusbereich, Schluckstörungen, ein Fehlen des Würgreflexes.

Die Diagnose wird durch die Liquoruntersuchung und die Vertebralisangiographie gestützt.

Prognose: 15 % starben (davon 6 komplette Verschlüsse); 67 % fast vollständige Rückbildung der Symptome; 18 % schwere Defektzustände.

Viele Komplikationsmöglichkeiten sind durch die bulbären Symptome gegeben.

HWS-Symptome sind oft vorhanden, aber nicht allein verursachend. Wichtig sind hämodynamische Faktoren (60 % Hochdruck und kardiale Symptome).

In der Therapie steht deshalb die Herz-Kreislaufbehandlung im Vordergrund. Bei nachgewiesenen Stenosen ist eine Dauerbehandlung mit Antikoagulantien angezeigt.

Effortil®

stabilisiert den Kreislauf nach physiologischem Vorbild
durch Zusammenspiel von Herz- und Gefäßwirkung

Effortil®

immer dann, wenn die Kreislaufregulation zu versagen droht oder bereits versagt hat

Effortil®-Saft

zur Kreislauftherapie bei empfindlichen Patienten und Kindern

Depot-Effortil®

sichert Kreislauffunktion und Wohlbefinden über 9 Stunden ohne Nebenwirkungen



Boehringer
Ingelheim



Privatdozent Dr. H. DIETZ, Mainz:

„Differentialtherapie des Hirnödems“

Die Entstehung des Hirnödems kommt durch eine Schädigung der Blut-Hirnschranke zustande, die ein Einströmen von Flüssigkeit ins Gewebe und damit eine relative Verminderung der Trockensubstanz bewirkt. Dies hat beim Gehirn wegen der Vorrangstellung des Organs und wegen der Lage innerhalb der knöchernen Schädelkapsel eine besondere Bedeutung. Außerdem läßt die Kapselung des Schädelinnern eine Massenverschiebung des Gehirns kaum zu. Als Ursache des Hirnödems kommen einmal Permeabilitätsstörungen der Blut-Hirn-Schranke, zum andern hämodynamische Faktoren in Frage. Hirnödem ist nicht gleich Hirndrucksteigerung! Hirndrucksteigerung kann durch Liquordruckerhöhung durch gegenregulatorische Vorgänge eine erhaltene Sauerstoffaufnahme und Hirndurchblutung haben, beim Hirnödem aber ist die Hirndurchblutung vermindert. Die Wassereinlagerung im Gewebe kann Druckkräfte entwickeln, die den intravasalen Raum in dem Maße reduzieren, als der Druck den Blutdruck übersteigt.



Priv.-Ooz. Dr. W. Krämer
Gießen



Priv.-Ooz. Dr. H. Dietz
Mainz

Pathogenese des Hirnödems: In der Hirnrinde kommt es zu intrazellulären Flüssigkeitseinlagerungen. In der weißen Substanz sind neben einer Schwellung der Gliazellen und Veränderungen an den Markscheiden vor allem extrazelluläre Flüssigkeitsansammlungen zu sehen. Die Ödemflüssigkeit ist in der Hirnrinde und im Mark verschieden zusammengesetzt. Im Mark entspricht sie etwa der Serumzusammensetzung, in der Rinde ist eine deutliche Differenz des Natriumgehaltes festzustellen. Das extrazelluläre Marködem ist eiweißhaltig, ebenso das Ödem der Rinde in der Umgebung von Tumoren und Traumen.

Im Verlaufe der Ödementstehung werden erhöhte renale Aldosteronaktivitäten entwickelt. Aldosteronantagonisten ergeben eine signifikante Ödemausschwemmung.

Bei der Therapie des Hirnödems stehen entwässernde Maßnahmen im Vordergrund. Während man früher Glukose und Lävulose, deren Wirkung gering und kurzdauernd – unter einer Stunde – und deren Reboundeffekt sehr groß war, verwendete, wurde 1954

der Harnstoff in die Therapie des Hirnödems eingeführt. Er wird in einer Dosierung von 1–2 g/kg in 30 %iger Lösung gegeben, die Wirkung hält 5 bis 6 Stunden an, der Reboundeffekt ist mäßig, aber es besteht die Gefahr der Nierenschädigung durch Rest-N-Erhöhung und histotoxische Schädigung.

Mannit und Sorbit wirken weniger abrupt, die Wirkungsdauer ist länger, der Reboundeffekt geringer. Sorbit hat dabei noch den Vorteil, daß es in hoher Konzentration bei Zimmertemperatur fast unbegrenzt haltbar ist.

Die Wirkung dieser Therapie beruht auf einer Erhöhung der Serumosmolarität. Die reduzierte Hirndurchblutung und Sauerstoffaufnahme wird angehoben und normalisiert durch Verminderung des Schädelinnendruckes, geringe Blutdruckerhöhung und Vergrößerung des Herzzeitvolumens.

Das mit örtlicher Schädigung der Blut-Hirn-Schranke einhergehende extrazelluläre Ödem in der Umgebung von Hirnverletzungen ist durch Osmotherapie kaum zu beeinflussen, weil sich kein Osmogradient auszubilden vermag.

Eine Dauertherapie ist mit Osmotherapeutika nicht möglich. Um eine kontinuierliche Wirkung zu erreichen, wurde eine protrahierte Osmotherapie eingeführt: Sorbit in 6stündigem Rhythmus in 100 g = 250 ml 40 %ige Lösung (1,5–2 g/kg) innerhalb 30 Minuten i.v., je nach Fall bis zu 6 Tage lang.

Es besteht die Gefahr einer osmotischen Diurese mit vermehrtem Urinvolumen bei verminderter Natriumkonzentration und erhöhtem Natriumgesamtverlust. Deshalb ist tägliche Kontrolle der Serum- und Urinelektrolyte, Hämatokrit und zentralen Venendruckes nötig. Die günstige Wirkung von Rheomacrodex auf die Hirndurchblutung empfiehlt eine Kombination von Sorbit und Rheomacrodex. Kontraindikation für die Osmotherapie ist die intrakranielle Blutung wegen der Gefahr der Nachblutung!

Diuretika können über eine renale Eliminierung von Natrium und Wasser den pathologischen Flüssigkeitsgehalt des Gehirns herabsetzen, z. B. 20–40 mg Lasix senken den Liquordruck für 2 bis 4 Stunden!

Hydromedin 4 Tage lang 75 mg per os vor der Operation: geringeres Ödem in Rinde und Mark als bei Unbehandelten.

Aldosteronantagonisten 600 mg/kg i.v.: ähnliche Abnahme des Ödems in der grauen und weißen Substanz bei Hirnoperationen sichtbar.

Privatdozent Dr. W. SEEGER, Gießen:

„Ursachen, Folgen und neurochirurgische Therapie der akuten intrakraniellen Drucksteigerung“

Alle raumfordernden Prozesse der Schädelhöhle verlagern durch Volumenzunahme mit Begleitödem und

venösen Stauungen auch fernab liegende Hirnstrukturen. Dabei entstehen:

1. Lokalwirkungen des raumfordernden Prozesses,
2. allgemeine Hirndruckerscheinungen als Beteiligung des Gesamtorgans,
3. selektive Fernschädigung am Hirnstamm: Kompression durch vorquellende Hernien an den physiologischen Engen der Schädelhöhle: Mittelhirneinklemmung im Tentoriumschlitz und bulbäre Einklemmung im Foramen occipitale magnum.

Supratentorielle, besonders temporel gelegene Prozesse führen überwiegend zu Mittelhirn- und nachfolgenden bulbären Einklemmungen, je nach Intensität des axialen Schubes. Die Kompression des Mittelhirns führt über eine Schädigung der *Formatio reticularis* zu Bewußtseinsstörungen bis zum Koma. Der Okulomotorius wird an der Klivuskante und an der angespannten *Arteria communicans post.* abgeknickt, woraus die einseitige Pupillenerweiterung resultiert. Die Pyramidenbahn kann homolateral durch die Hernie komprimiert oder kontralateral gegen den freien Tentoriumrand gepreßt werden. Dadurch sind ein- oder doppel-seitige oder homolaterale Pyramidenbahnzeichen erklärlich. Blutdrucksteigerungen, Hyperventilation, Hyperthermie sind durch Schädigung vegetativer Substrate zu erwarten.

Infratentorielle Prozesse führen zu Verschlusshydrozephalus durch Kompression von Aquädukt und vier-tem Ventrikel. Axialer Schub bewirkt dann bulbäre Einklemmung, die sich in akuter Atemlähmung mit sofort nachfolgender Bewußtlosigkeit und Blutdruckschwankungen (meist Bradykardie) zeigt.

Das klinische Erscheinungsbild vor der Einklemmung ist abhängig von der Art und dem Sitz des raumfordernden Prozesses: supratentorielle Tumoren haben meist Hirndruckzeichen, auch Herzzeichen, besonders fokale Anfälle. Stauungspapillen sind in 50–70% zu finden. Bei infratentoriellen Tumoren sind Stauungspapillen noch häufiger.

Hinweise auf eine bevorstehende Einklemmung: supratentorielle Prozesse: Abduzensparese, konjugierte Blickparesen, homolaterale oder beidseitige Pyramidenbahnzeichen, Nackensteife, Bewußtseinsveränderungen; infratentorielle Prozesse: subokzipitale Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in den Rücken oder die Arme, gelegentlich Parästhesien der Hände, Nackensteife, Zwangsschiefhaltung des Kopfes. Bewußtseinsveränderungen werden oft vermißt!

Auslösende Ursachen der Dekompensation: Blutungen in den Tumor, Erweichungen in der Umgebung des Prozesses, mechanische Einwirkungen (nach Lumbalpunktion, chiropraktische Behandlung).

Beim Transport von Bewußtlosen und von Schädelhirnverletzten ist die insuffiziente Atmung das Hauptproblem. Deswegen ist die Freihaltung der Atemwege durch Intubation oder, wo diese nicht möglich

ist, durch Seitenlagerung des Patienten, dem der Kiefer durch eine Hilfsperson gehalten werden muß, nötig.

Entwässernde Maßnahmen sind nur einmal kurzfristig sinnvoll, weil sie innerhalb von wenigen Stunden einen gegenteiligen Effekt bewirken.

Die Früherkennung der drohenden Einklemmung ist entscheidend wichtig, weil z. B. Prozesse der hinteren Schädelgrube mit Verschlusshydrozephalus zu akuter Atemlähmung führen können und dann ein Transport in die Klinik nicht mehr möglich ist. Das Echo-Enzephalogramm kann in der frühen Diagnostik wertvolle Hilfe leisten.

(Schluß folgt)

Förderung der Niederlassung von Ärzten auf dem Lande

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Professor Dr. H.-J. SEWERING, richtete am 20. April 1970 einen Brief an den Ministerpräsidenten des Freistaates Bayern, Herrn Dr. A. GOPPEL, in dem es u. a. heißt:

„Die ärztliche Versorgung auf dem Lande ist ein immer wiederkehrendes Thema in den Publikationsorganen geworden und auch an die Staatsregierung sind schon wiederholt Anfragen aus der Mitte des Parlamentes gerichtet worden. Erfreulicherweise konnten wir immer wieder feststellen, daß ein echter Notstand innerhalb Bayerns bisher nicht besteht, jedoch läßt sich nicht übersehen, daß die Zahl der Ärzte auf dem Lande sich verringerte und neuer Nachwuchs für die landärztliche Tätigkeit gewonnen werden müßte. Eine Reglementierung junger Ärzte im Sinne einer Bestimmung ihres Niederlassungsortes scheidet aus Rechtsgründen aus und wäre auch sicher kein guter Weg. Ich glaube aber, daß wir manchen jungen Arzt in eine Landpraxis bringen könnten, wenn ihm für die Niederlassung, Einrichtung der Praxis und den vielfach unumgänglich notwendigen Hausbau finanzielle Hilfe gegeben würde.

Ich denke dabei nicht an eine Art von verlorenen Zuschüssen. Es müßte aber möglich sein, solchen Ärzten Kredite zu besonders günstigen Bedingungen anzubieten, sofern der Ort ihrer Niederlassung in einem Bereich liegt, den wir als besonders vordringlich für die ärztliche Besetzung kennzeichnen. Ich möchte mir deshalb die Anregung erlauben, zu prüfen, ob die Bayerische Staatsregierung eine Möglichkeit sieht, eine solche Kreditaktion ins Leben zu rufen. Ich könnte mir vorstellen, daß Mittel der Bayerischen Landesanstalt für Aufbaufinanzierung – soweit es sich um Praxiseinrichtung handelt – und Kredite der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt für den Bau von Arzthäusern zu einem besonders niedrigen Zinssatz zur Verfügung gestellt werden könnten.“

Tagesordnung für den 23. Bayerischen Ärztetag 1970

1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
2. Beitragsordnung
3. Rechnungsabschluss 1969 und Voranschlag 1971
4. Änderung der Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer
5. Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns
6. Entwurf einer Prüfungsordnung für Arzthelferin-Lehrlinge

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bed Windshelm, Lkr. Uffenheim: 1 Augenarzt

Die bisherige einzige Augenarztpraxis am Ort ist durch Tod des bisherigen Praxisinhabers nicht mehr besetzt. Belegmöglichkeit im Krankenhaus der Stadt Windshelm ist gegeben.

Bechhofen, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemeinarzt

Die Allgemeinpraxis wird zum 1. Juli 1970 durch Verzicht frei. Für Bechhofen mit ca. 3000 Einwohnern und einem Einzugsgebiet von ca. weiteren 5000 Einwohnern stehen eb diesem Zeitpunkt nur noch 2 Allgemeinärzte zur Verfügung.

Hersbruck: 1 Augenarzt

Durch Verzicht frei gewordener, alter Kassenarztsitz. Belegmöglichkeit im Kreis Krankenhaus Hersbruck ist gegeben.

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemeinarzt

Es handelt sich um eine durch Tod frei gewordene Allgemeinpraxis. Für Langenzenn und Einzugsgebiet mit insgesamt ca. 9 – 10000 Einwohnern stehen derzeit noch 3 Allgemeinärzte zur Verfügung, die allein durch ihren seitherigen Praxisumfang voll ausgelastet sind. Für einen eventuell interessierten Kollegen ist Belegmöglichkeit im Stadt Krankenhaus Langenzenn zur Durchführung der mittleren Chirurgie gegeben.

Wendelstein, Lkr. Schwabach: 1 Allgemeinarzt

Es handelt sich um die Errichtung einer zusätzlichen Kassenarztstelle für einen Allgemeinarzt. Wendelstein mit Einzugsgebiet hat ca. 6500 Einwohner. Zur ärztlichen Versorgung der Bevölkerung stehen derzeit zwei Allgemeinärzte zur Verfügung.

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

Niederbayern

Freyung v. W., Lkr. Wolfstein: 1 Augenarzt

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein mit Belegmöglichkeit am Krankenhaus Freyung.

Hauzenberg, Lkr. Wegscheid (Bayer. Wald):

1 Allgemeinarzt

Hauzenberg, nehe bei Passau gelegen, umfaßt ein Einzugsgebiet von rund 9000 Einwohnern. Für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung stehen derzeit nur 3 Kassenärzte zur Verfügung, von denen zwei aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihre Praxis in vollem Umfang auszuüben. Die Gemeinde ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich. Hauzenberg besitzt eine neue Realschule.

Neureichenau, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald): 1 Allgemeinarzt

Zum 1. Oktober 1970 durch Wegzug des einzigen Allgemeinarztes frei werdende Kassenarztstelle.

Neuschönau, Lkr. Grafenau (Bayer. Wald): 1 Allgemeinarzt

Durch Verzicht und Wegzug frei werdende einzige Kassenarztstelle.

Niederviehbach, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemeinarzt

Zum 1. Juli 1970 frei gewordene Kassenarztstelle (bisher Gemeinschaftspraxis) frei. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Passeu: 1 Nervenerzt

Durch Tod verwaiste zweite Nervenarztpraxis.

Wurmansquick, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinarzt

Durch Wegzug des einzigen Praktikers frei gewordene Kassenarztstelle. Wurmansquick umfaßt ein Einzugsgebiet von etwa 3500 Einwohnern.

Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Hals-, Nasen-Ohrenarzt

Durch Wegzug des einzigen HNO-Arztes frei gewordene Kassenarztstelle. Es besteht die Möglichkeit, Belegbetten am Krankenhaus zu erhalten.

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

Oberbayern

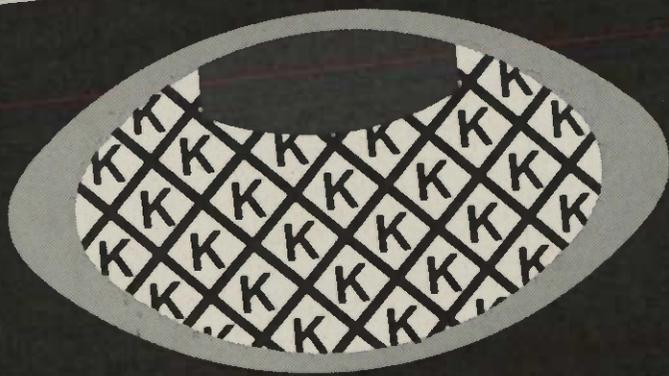
Erding: 1 Allgemeinarzt

Garching, Lkr. Altötting: 1 Allgemeinarzt

Inchenhofen, Lkr. Aichach: 1 Allgemeinarzt

Elfanex[®]

modernes Antihypertonikum
als neuartiges Punkt-Dragee



Punkt-Dragee bedeutet:
erhöhte Sicherheit bei der Dauer-
behandlung der Hypertonie
protrahierte Kaliumabgabe
ungestörte Herzfunktion auch bei
Digitalisierung

Handelsformen: 20 und 50 Dragees

1 Dragee enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin
+ 10 mg Hydrochlorothiazid + 300 mg Kaliumchlorid retard

senkt
den
Blutdruck

C I B A

Köschling, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinarzt
Langengelsing, Lkr. Erding: 1 Allgemeinarzt
Waldkraiburg, Lkr. Mühldorf: 1 Augenarzt

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

Oberfranken

Bad Steben, Lkr. Nalla: 1 Allgemeinarzt
Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt
Eventuell auch im direkt angrenzenden Neuenmarkt.
Hiltpoltstein, Lkr. Forchheim: 1 Allgemeinarzt
Hot/Saale: 1 Kinderarzt
Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Rehau: 1 Allgemeinarzt
Kulmbach: 3 Allgemeinärzte
Leupoldgrün, Lkr. Hot: 1 Allgemeinarzt
Selb: 1 Allgemeinarzt
Scherneck, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinarzt
Thurnau, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

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

Oberpfalz

Altmannstein: 1 Allgemeinarzt
Erbendorf: 1 Allgemeinarzt
Eschenbach: 1 Allgemeinarzt
Hahnbach: 1 Allgemeinarzt
Mitterteich: 1 Allgemeinarzt
Neumarkt: 1 Augenarzt
Roding: 1 Allgemeinarzt
Speichersdorf: 1 Allgemeinarzt
Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinarzt
1 Augenarzt
Vohenstrauß: 1 Allgemeinarzt
Weiden (Ortsteil Nord): 1 Allgemeinarzt
Weiden: 1 Nervenarzt

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

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

Schwaben

Altenstadt a. d. Iller, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinarzt
Augsburg (Ortsteil 4): 1 Augenarzt

Spezialkliniken zur internen Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken

in
8203 Oberaudorf/Bad Trißl
und
8974 Oberstaufen/Allgäu

für Kassen- und Privatpatienten.

Anmeldung und Aufnahme ausschließlich über die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, 8000 München 23, Königinstraße 85/IV. Von dort können auch die für den ärztlichen Befundbericht benötigten Formulare angefordert werden.

Augsburg-Herrenbach (Ortsteil 7): 1 Allgemeinarzt
Wegzug des bisherigen Praxisinhabers. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Babenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinarzt

Delningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinarzt
Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.
Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

Friedberg bei Augsburg: 1 Allgemeinarzt

Illertissen: 1 Allgemeinarzt

Kautbeuren: 1 Augenarzt
Möglichkeit zu belegärztlicher Tätigkeit im Städtischen Krankenhaus Kaufbeuren.

Oberostendorf, Lkr. Kaufbeuren: 1 Allgemeinarzt

Neuburg/Do.: 1 Allgemeinarzt

Wallerstein, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinarzt

Wittislingen, Lkr. Dillingen/Do.: 1 Allgemeinarzt

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

Unterfranken

Aldhausen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemeinarzt

Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinarzt

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

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

Personalia

Bayerischer Verdienstorden für Ärzte

Der Bayerische Ministerpräsident, Herr Dr. Alfons GOPPEL, hat am 8. Juni 1970 u. a. mit dem Bayerischen Verdienstorden ausgezeichnet:

Dr. med. Hellmuth KUNSTMANN, Nürnberg;

Dr. med. Heinz SCHAUWECKER, Altpräsident des Nordgautages, Berching;

Universitätsprofessor Dr. phil. Dr. med. Emil WEINIG, Direktor des Instituts für Gerichtliche Medizin und Kriminalistik, Erlangen.

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

o. Professor Dr. med. Hans Heinz NAUMANN, bisher an der Freien Universität Berlin, wurde zum „ordentlichen Professor für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. Klemens STEHR, Oberassistent an der Kinderpoliklinik, wurde in den Bereich der Technischen Hochschule München (Krankenhaus Schwabing) versetzt.

Privatdozent Dr. med. Walter TRUMMERT, Schriftleiter der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“, wurde zum „Honorarprofessor für Innere Medizin“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Konrad BÜHLMAYER für „Kinderheilkunde“;

Privatdozent Dr. med. Hans EHRHART für „Innere Medizin“;

Privatdozent Dr. med. Erwin KÖNIG für „Innere Medizin“;

Privatdozent Dr. med. Helmut SCHIEVELBEIN für „Klinische Chemie“.

Privatdozent Dr. phil. nat. Gerhard HAUCK wurde zum „Universitätsdozenten für Forensische Chemie“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Rudolf BEDACHT für „Chirurgie“;

Dr. med. Alois GRABIGER für „Chirurgie“;

Dr. rer. nat. Hans Walther HELDT für „Physiologische Chemie“;

Dr. med. Peter HLAVICA für „Pharmakologie und Toxikologie“;

Dr. med. Jan-Diether MURKEN für „Kinderheilkunde“;

Dr. med. Nikolaus WEGER für „Pharmakologie und Toxikologie“.

Zum „Abteilungsvorsteher“ wurden ernannt:

apl. Professor Dr. med. Helmuth GASTPAR (Hals-, Nasen-Ohrenklinik);

apl. Professor Dr. med. Johann JUNGWIRTH (Institut für Gerichtliche- und Versicherungsmedizin).

Privatdozent Dr. rer. nat. Horst FELDMANN wurde zum „Oberkonservator“ am Institut für Physiologische Chemie ernannt.

Privatdozent Dr. med. Wolfgang SEIDEL (Chirurgie) wurde an die Universität Marburg/L. umhabilitiert.

Privatdozent Dr. med. D. TÖNNIS wurde zum Chefarzt der Orthopädischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Dortmund ernannt.

Zum „Konservator“ wurden ernannt:

Dr. rer. nat. Hanns-Peter HÖRHAMMER (Institut für Pharmazeutische Arzneimittellehre);

Dr. med. Helmut WOLFF (Dermatologische Klinik und Poliklinik).

Medizinische Fakultät der Technischen Hochschule München

apl. Professor Dr. med. Dr. med. dent. Franz BRACHMANN, bisher Leitender Oberarzt der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München, wurde zum „ordentlichen Professor“ ernannt unter gleichzeitiger Übertragung der Direktion der künftigen Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im Klinikum rechts der Isar.

apl. Professor Dr. med. Max KAESS, bisher Leitender Oberarzt der Nervenklinik der Universität München, wurde zum „ordentlichen Professor für Psychiatrie“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Wolfgang MAUERMAYER, Chefarzt der Urologischen Klinik im Klinikum rechts der Isar, wurde zum „ordentlichen Professor“ ernannt.

Professor Dr. med. H. KOEPPE, Schriftleiter der „Medizinischen Klinik“ und der „Therapie der Gegenwart“ (früher Universität Halle/S.) wurde an die Medizinische Fakultät der Technischen Hochschule München für das Fach „Innere Medizin“ umhabilitiert.

Dr. med. Rudolf THURMAYR, bisher Konservator an der Chirurgischen Klinik der Universität München, wurde an das Institut für Medizinische Statistik, Dokumentation und Datenverarbeitung im Klinikum rechts der Isar versetzt.

XXIX. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Berlin, 20. April 1900

Der dritte Sitzungstag des Kongresses bietet ein getreues Bild der staunenswerthen Fortschritte der modernen Magen-Darm-Chirurgie. Nicht weniger als 18 für den heutigen Tag angemeldete Vorträge beschäftigen sich mit den Operationen am Magen und Darm und eine große Zahl von Krankenvorstellungen liefern einen *sit venia verbo* lebendigen Beweis von dem gegenwärtigen Stande unsers Könnens auf dem erst in den letzten Dezennien der Chirurgie erschlossenen Gebiete. Noch ist die Disziplin zu jung, als daß die Anschauungen in Bezug auf die Indication zum Eingriffe schon hinreichend geklärt sein könnten. Dies zeigte sich gleich beim ersten Thema, das die chirurgische Behandlung der Unterleibsquetschungen betrifft. Während eine große Anzahl von Chirurgen bei Bauchverletzungen durch stumpfe Gewalt so lange ein zuwartendes Verhalten beobachtet, bis bedrohliche Symptome auf eine innere Blutung oder Darmverletzung hindeuten, vertritt v. Angerer, München, den Standpunkt, daß der chirurgische Eingriff, d. h. die Eröffnung der Bauchhöhle, die Blutstillung, der Verschluss der verletzten Darmabschnitte durch die Naht frühzeitig vor Eintreten entzündlicher Erscheinungen seitens des Bauchfells erfolgen müsse, wofern er nicht zu spät kommen solle.

Auch die Ausführungen des folgenden Redners A. v. Bergmann, Riga, laufen auf eine Empfehlung der Frühoperation bei den gefährlichen Achsendrehungen des Dickdarms hinaus. Fast jeder Kongreß der letzten Jahre bot mir Anlaß, über die Methoden zu berichten, die eine Unwegsamkeit des Darmes infolge von Geschwürsnarben etc. dadurch zu beseitigen suchen, daß sie die verengte Stelle zwar nicht ausschneiden, aber aus der Darmcirculation ausschalten. So wird z. B. bei den so häufigen Verengerungen des Magenausganges (Pylorusstenose), bei dem die Ausschneidung der Narbe oder Geschwulst infolge ausgedehnter Verwachsungen nicht mehr thunlich erscheint, die Passage durch Anlegung einer direkten Verbindung zwischen Magen und Darm wiederhergestellt (Gastroenterostomie).

Ebenso läßt sich jede Darmveränderung durch Schaffung einer künstlichen Verbindung umgehen. Diese überaus segensreiche Methode ist geeignet, bei gutartigen Verengerungen dauernde Heilung zu bringen, während sie bei bösartigen Geschwülsten wenigstens die entsetzlichen Qualen des Kranken lindert und eine Ernährung auf normalem Wege ermöglicht.

Zahlreich sind die Methoden, die es ermöglichen, die Operation so rasch und sicher auszuführen, wie es der meist sehr elende Zustand der Kranken erfordert. Ob die von Crede, Dresden, heute empfohlene Modifikation des Verfahrens einen Fortschritt bedeutet, muß nach dem Ergebnisse der Diskussion zweifelhaft erscheinen.

Ueberaus angeregt verlief die Diskussion über den Hugererschen Vortrag. Hahn, Berlin, Stolper, Breslau, Lauenstein, Hamburg, Berthes, Leipzig, König, Berlin, Samter, Königsberg, Körte, Berlin u. A. theilten Erfahrungen mit, die vorwiegend zu Gunsten der Frühoperation bei schweren Bauchkontusionen sprechen. Besonders überzeugend illustrieren die Gefahr des Zustandes mehrere mitgetheilte Beobachtungen, bei denen bereits wenige Stunden nach der Verletzung eine beginnende Bauchfellentzündung bei der Operation vorgefunden wurde. Kehr, Halberstadt, hat die Methode der Gastroenterostomie auch bei kleinen Kindern, die an gutartigen Verengerungen des Magenspförtners mit gefährdendem Erbrechen litten, mit Erfolg ausgeführt. Krönlein, Zürich, und Lindner, Berlin, ziehen zur Ausführung dieser Operation die direkte Darmnaht jeder künstlichen Verbindung durch Murphy-Knöpfe vor.

Von rein fachlichem Interesse waren die Vorträge von Sprengel, Braunschweig, über eine Darmverschlingung — Invagination — infolge einer angeborenen Darmgeschwulst, von Steinthal, Stuttgart, über einen Fall von Resection wegen Achsendrehung des Dickdarms, von v. Eiselsberg, Königsberg, über die Behandlung gutartiger Magenverengerungen, besonders infolge von Verätzung durch scharfe Säuren oder Laugen, die in selbstmörderischer Absicht oder versehentlich verschluckt wurden.

Martens, Berlin, berichtete über schwere Darmverengerungen im Gefolge von Bauchfellentzündungen; Körte, Berlin, und Steinthal, Stuttgart, haben wegen Magengeschwüre die Magendarmverbindung angelegt und nachher die Beobachtung machen müssen, daß auch im Dünndarm Geschwüre sich entwickelten. Petersen, Heidelberg, erörterte an der Hand instruktiver Abbildungen die vom Operateur zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln, um nach Anlegung einer Magendarmverbindung dem Entstehen nachträglicher Darmverschlingung sicher vorzubeugen. v. Hacker, Innsbruck, dessen Methode heute wohl die Mehrzahl der Chirurgen bei der Herstellung einer Magendarmverbindung befolgen, beschreibt gleichfalls alle Vorsichtsmaßregeln, die die Technik dieser Operation erheischt. Auch v. Hacker verwirft grundsätzlich den Murphy-Knopf, der, wie auch Petersen, Heidelberg, darlegte, keineswegs eine größere Sicherheit der Naht gewährleistet und in technischer Hinsicht zum Mindesten dieselben Schwierigkeiten bietet wie die direkte Naht. Ueber die relativ seltenen chirurgischen Erkrankungen des Netzes und des Gekröses brachten die Vorträge von Braun, Göttingen, und Friedrich, Leipzig, interessante Mittheilungen.

Krause, Altona, hat zur Beseitigung des nach brandigen Brüchen meist zurückbleibenden künstlichen Afters die alte Dupuytren'sche Darmklemme in modifizierter Form wieder angewandt. Er empfiehlt, durch eine tiefe Einführung dieser Klemme in den künstlichen After zunächst eine genügende Kommunikation zwischen beiden Darmschenkeln herzustellen. Dabei wird der sogenannte Sporn, auf dessen Durchtrennung man nach Dupuytren gerade hauptsächlich Werth legte, geschont und zur exakten Darmaht nach Zustandekommen der Kommunikation durch die Klemme benutzt. Aehnlich verfährt v. Mikulicz, Breslau, bei brandigen Brüchen. Auch die noch folgenden Vorträge bezogen sich auf die chirurgische Bruchbehandlung. Steinthal, Stuttgart, empfahl eine Darmplastik zum Verschlusse des künstlichen Afters.

Göpel, Leipzig, empfiehlt die Einheilung geflochtener Silberdrahtnetze zum Verschlusse großer Bruchpforten. Bessel, Hagen, besprach die Technik der Operation von Nabel- und Bauchbrüchen. Körte, Berlin, zeigte das Präparat einer seltenen Bruchform – sogenannte hernia obturatoria.

Damit war die Tagesordnung des dritten Sitzungstages erledigt. In der heute abgehaltenen ordentlichen Generalversammlung der Gesellschaft wurde Czerny, Heidelberg, zum Vorsitzenden des nächsten Kongresses mit großer Majorität gewählt.

(Aus „Frankfurter Zeitung“ vom Samstag, 21. April 1900, Nr. 109, S. 1)

Brief aus Bonn

Sozialdemokraten und Freie Demokraten waren mit dem Ziel in die Wahlen zu den drei Landtagen in Düsseldorf, Hannover und Saarbrücken gegangen, das schmale Fundament dieser Koalition möglichst zu verbreitern, zumindest aber zu erhalten. Das ist nicht gelungen; im Gegenteil, die Regierungskoalition ist geschwächt aus den drei Landtagswahlen hervorgegangen. Das wird Rückwirkungen auf die Bonner Politik haben müssen, wenngleich das Wahlergebnis nicht so ausgefallen ist, daß in Bonn nun schon bald dramatische Entwicklungen zu erwarten sind. Bei einem für die Koalition günstigen Wahlergebnis hätte man aber wohl mit einiger Sicherheit vorhersagen können, daß die Koalition Brandt-Scheel die vier Jahre dieser Legislaturperiode überstehen werde. Das erscheint nun doch recht ungewiß. Jedenfalls scheint der FDP ein Verschleißprozeß bevorzustehen. Scheel ist wohl nicht der Mann, ihn bremsen zu können.

In den Tagen nach der Wahl hat es viel Interpretationskunststücke gegeben, um dem schlechten Abschneiden der Koalition freundliche Seiten abzugewinnen. Als besondere Meister erwiesen sich darin die Sozialdemokraten. Sowohl Ministerpräsident Kühn wie

Kanzler Brandt versuchten der FDP immer wieder einzureden, daß sich für die FDP das Bündnis mit der SPD lohne. Nur in Nordrhein-Westfalen, wo die FDP mit der SPD koalitiere, habe sie sich behaupten können. An der Saar, wo die Freien Demokraten mit der Union regierten, und in Niedersachsen, wo sie opponierten, hätten sie weit schlechter abgeschnitten. Das ist zwar nicht zu bestreiten, dennoch dürfte die Tatsache, daß sich die FDP in Düsseldorf noch einmal knapp über die Fünf-Prozent-Hürde gerettet hat, wohl nur auf die Persönlichkeit des Landesvorsitzenden zurückzuführen sein. Willi Weyer ist eben ein Mann, der auch von den Stammwählern der FDP akzeptiert wird und den man für stark genug hält, dem Linksdruck aus den unteren Parteirängen standzuhalten. Weyer hat die FDP knapp vor der politischen Katastrophe bewahrt. Ob sie ihr langfristig entgegen wird, bleibt abzuwarten. Für die Existenz der Partei wird möglicherweise der Parteitag in Bonn von noch größerer Bedeutung sein als die letzten Wahlen. Hier könnte sich eine für die FDP und die Koalition tödliche Spaltung in zwei Flügeln anbahnen. Professor Ralph Dahrendorf, vor wenigen Monaten noch als hoffnungsvoller „Senkrechtstarter“ gefeiert, hat sich schon vorher nach Brüssel abgesetzt, um wenigstens in der EWG Karriere zu machen, wenn dies in Bonn schon nicht möglich ist.

Einen Dämpfer haben auch die Sozialdemokraten erhalten; sie können sich allenfalls mit dem Wahlergebnis in Niedersachsen trösten, das ihnen die absolute Mehrheit der Sitze brachte. Ob aber dort Alfred Kubel mit einer Stimme Mehrheit wirkungsvoll zu regieren vermag, bleibt abzuwarten. Deprimierend muß für die SPD das Wahlergebnis in Nordrhein-Westfalen sein. Hier zeigt sich, daß die Sozialdemokraten in dem größten Bundesland an die Grenzen ihres Wählerreservoirs stoßen. Gegenüber den letzten Landtagswahlen mußten Einbußen von mehr als drei Prozent hingenommen werden, und auch gegenüber der Bundestagswahl hat es einen Rückschlag gegeben. Genosse Trend marschierte nicht mehr mit.

Für die Union hat sich die Oppositionsrolle ohne Zweifel ausgezahlt. Wer im Herbst 1969 meinte, daß der Union die Opposition nicht bekommen würde, der sieht sich getäuscht. Sie hat neuen Auftrieb erhalten. In allen drei Ländern hat sie bemerkenswert gut abgeschnitten, was nicht zuletzt auch darauf zurückzuführen sein wird, daß sie den Wählern neue und unverbrauchte Politiker präsentierte. „Köppler kommt“, hieß ihr Wahlslogan in Nordrhein-Westfalen. Und Köppler kommt wirklich; er führt nunmehr in Düsseldorf die stärkste Landtagsfraktion und wird sicherlich auch in der Bundespartei weiter an Einfluß gewinnen. Jedenfalls dürfte die Union ihr angeknackstes Selbstbewußtsein wiederfinden.

Die Konsequenzen des Wahlergebnisses für die Bundespolitik sind noch nicht zu übersehen. Die bislang, von einigen Pannen abgesehen, gute Zusammenarbeit der Koalitionspartner wird leiden. Bei den Freien De-

mokraten wird davon gesprochen, daß die Rolle der FDP deutlicher gemacht werden müsse. Das kann doch nur heißen, daß die Freien Demokraten gegenüber ihrem Koalitionspartner an Profil gewinnen wollen. Brandt wird dem gewiß Rechnung tragen wollen. Doch wie weit kann er gehen, ohne das Profil der eigenen Partei zu beeinträchtigen?

In der Ostpolitik hat die FDP unter dem Druck Genschers und der konservativen Kräfte ein vorsichtiges Absetzmanöver begonnen. Das wird es Brandt und Scheel eber nur noch schwerer machen, mit den Russen ins politische Geschäft zu kommen. Die Sowjets haben erkennen lassen, daß ihnen an Verträgen, die im Bundestag keine oder nur eine ganz schwache Mehrheit finden, kaum gelegen ist. Aber hat Scheel wirklich die Chance, in Moskau mehr herauszuholen als Bahr?

In der Gesellschaftspolitik wird die FDP-Fraktion nun erst recht nicht bereit sein, den radikalen Strömungen in der SPD Tribut zu zollen. Das wird es Möller unmöglich machen, eine Steuerreform durchzuziehen, die auch die eigenen Genossen zufriedenstellen könnte. Er wird kaum noch an die Vermögenssteuer und die Erbschaftssteuer rühren können. Die Neigung der FDP, vielleicht doch über die Mitbestimmung zu diskutieren, wird weiter sinken. Viel spricht dafür, daß in der FDP die Kräfte an Boden gewinnen, die deutlich machen wollen, daß die politische Funktion der FDP darin besteht, die großen Parteien daran zu hindern, sich allzu robust über einzelne Gruppen hinwegzusetzen, denen sich die FDP traditionell verbunden fühlt. Dazu zählen gewiß die Ärzte, die freien Berufe und die Selbständigen. Das ist zum Beispiel in der Vermögenspolitik deutlich geworden. Die CDU/CSU wollte die Selbständigen in das neue 624-Mark-Vermögensbildungsgesetz einbeziehen. Das hat die Koalition zwar abgelehnt. Auf Druck der FDP kam jedoch eine Entschließung zustande, die die Bundesregierung verpflichtet, bis Mitte nächsten Jahres einen Gesetzentwurf „zum Sparen im Betrieb“ vorzulegen. Das Thema ist also nicht vom Tisch. Die Beratungen des Gesetzentwurfs zur Erhöhung und Dynamisierung der Einkommensgrenzen in der Krankenversicherung dürften von den politischen Vorgängen nicht berührt werden. Allenfalls wird man damit rechnen können, daß die Einkommensgrenzen über die jetzigen Vorschläge hinaus noch angehoben werden.

In Bonn, das hat der 14. Juni jedenfalls deutlich gemacht, bleibt es spannend. bonn-mot

Das Inhaltsverzeichnis für 1969 des „Bayerischen Ärzteblattes“ kann über die Schriftleitung, 8000 München 23, Königinstraße 85, angefordert werden.

Amtliches

Sichergestellte Opiate mit Ampullenetui

Die Kriminalpolizei der Landeshauptstadt München teilt folgendes mit:

Bei der Wohnungsdurchsuchung eines Straftäters sind Opiate mit einem Ampullenetui gefunden worden, die nicht untergebracht werden können, da hier keine Anzeigen aufliegen.

Beschreibung:

1 hellbraunes Lederetui, Steckverschluß, kupferfarbig, Größe 14 cm breit, 12 cm hoch, 4 cm tief. Inhalt: verchromtes Ampullenetui – Marke Fiobox, eingestanztes Markenzeichen – K/S – mit zehn Ampullen:

- a) Amphiole, 2 ccm, Oleum cemphor, 20%
- b) Antistin, 2 ccm – Fa. Bayer
- c) Inpletol, 2 ccm – Fa. Bayer
- d) Progynon, 1 ccm – 1 mg – Fa. Bayer
- e) Kombetin, 0,25 mg in 1 ml, Fa. Boehringer
- f) Amphiole-Morph/hydrochl., 0,02
- g) Cardiazol-Ephedrin, 0,1 g + 0,015 g
- h) Depot-Novadral, 10 mg
- i) Lobelin „Sympatol“, Lobesym
- j) Cardiazol, 1,1 ccm

Spritzbehälter, verchromt, 10 cm lang, 3 cm ϕ , eingestanztes Warenzeichen – K/S –, Inhalt: 1 Spritze mit 5 Nadeln.

Hinweise sind zu richten an das Polizeipräsidium München, Krim.-Komm. II A 2 – Müller – KOM, Telefon (0811) 214/7325 (Durchwahl).

Bekanntmachung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 8. Juni 1970 – Nr. III 2 – 5126/1 – 6/70 –

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 1. Oktober 1970 bis 26. Februar 1971 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung abhalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Zulassung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, ihr Gesuch bis spätestens **15. August 1970** bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern (8000 München 22, Odeonsplatz 3) einzureichen. Bereits im amtsärztlichen oder landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewer-

bungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich abgeordnet.

Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizugeben:

1. Die Approbation als Arzt in Urschrift;
2. Das Doktordiplom in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift;
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit.

Die Höhe der Lehrgangsgebühr wird bei der Zulassung zum Lehrgang bekanntgegeben und ist dann zu entrichten.

Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg

Herr Dr. med. Otto MOEGEN, Facharzt für Augenkrankheiten, 8700 Würzburg, Herrnstraße 5, wurde mit Wirkung vom 11. Juni 1970 auf die Dauer von weiteren fünf Jahren zum nichtrichterlichen Beisitzer des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg ernannt.

Wichtiger Hinweis!

Werbetafeln

Die in Oberstdorf ansässige Firma Tourist-Information, Inhaber Adolf Fischer, bietet niedergelassenen Ärzten „als modernste und vor allem preisgünstigste Möglichkeit, für ihre Praxis zu werben“, an, ihren Namen und ihre Anschrift in eine mit „Tourist-Information“ bezeichnete Anlage aufnehmen zu lassen, die die Firma an verschiedenen Orten mit geeignetem Standplatz zu errichten beabsichtigt. Es handelt sich um eine elektrische Werbetafel, die es Ortsfremden ermöglichen soll, mit Hilfe von Drucktasten auch die Praxen von Ärzten auf einem beleuchteten Stadtplan zu finden.

Auch dieses elektronisch arbeitende Orientierungsschild ist als Sonderverzeichnis werbenden Charakters anzusehen, in das sich aufnehmen zu lassen dem Arzt nach der Vorschrift des § 22 Abs. 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. April 1958 verboten ist.

Die Kammer sieht sich zu diesem aufklärenden Hinweis im Interesse der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen veranlaßt.

Äskulap und Pegasus

Dr. med. Heinz Schauwecker Ehrenmitglied der Regensburger Schriftstellergruppe

Die Ehrenmitgliedschaft der Regensburger Schriftstellergruppe wird selten verliehen — zum dritten Male in 57 Jahren —; sie ist damit eine hohe Auszeichnung. Daß sie mit Heinz Schauwecker nun einem Kollegen verliehen wurde, darauf können wir Ärzte stolz sein. Die Verleihung fand in einer würdigen Feier am 13. April dieses Jahres um 10.30 Uhr in der Staatlichen Bibliothek in Regensburg statt. Zugleich wurde in den Bibliotheksräumen die Ausstellung „Heinz Schauwecker — Dichter und Arzt“ eröffnet. Nach der Begrüßung durch die Leiterin der Bibliothek, Fräulein Dr. G. URBANEK, würdigte der Vorsitzende der Regensburger Schriftstellergruppe, Erich L. BIBERGER, die Persönlichkeit und das dichterische Werk unseres Kollegen Heinz Schauwecker in einer hervorragenden Laudatio, die wir anschließend im Wortlaut bringen. Die Feier war musikalisch umrahmt von Sabine Pfeiffer, Cello, und Iris Becher, Cembalo, mit Sätzen aus einer Sonate von Giovanni Battista Sammartini. Die Bedeutung der Feier wurde unterstrichen durch die Anwesenheit des Regierungspräsidenten der Oberpfalz, Herrn Dr. Ernst EMMERIG, und des Präsidenten des Oberpfälzer Kulturbundes, Herrn Ministerialdirektor Dr. Ludwig GILLITZER. Heinz Schauwecker las dann aus seinen Werken, worauf die Teilnehmer der Feier, noch beeindruckt von der Persönlichkeit des Dichters, die organisatorisch sehr geschickt aufgebauten Ausstellung besichtigten, die noch einmal den Dichter und Arzt Heinz Schauwecker in seinem umfangreichen und bleibenden Lebenswerk zeigte.

In der Zwischenzeit wurde unserem Kollegen Heinz Schauwecker eine weitere hohe Ehre zuteil. Am 8. Juni 1970 empfing er aus der Hand des Bayerischen Ministerpräsidenten, Herrn Dr. A. GOPPEL, den Bayerischen Verdienstorden, die höchste Auszeichnung, die das Land Bayern zu vergeben hat. Dazu möchten wir ihm alle unsere herzlichsten Glückwünsche übermitteln.

Daß Heinz Schauwecker aber nicht auf seinen Lorbeeren ausruhen will, zeigt uns, daß er im Anschluß an die Verleihung in München sich sofort ins Auto setzte, um in Abano auf dem Kongreß der UMEM am Präsidententisch die deutschen Schriftstellerärzte zu vertreten. Wir können nur hoffen und wünschen, daß diese ungeheure Vitalität unserem Kollegen Heinz Schauwecker weiterhin recht lange erhalten bleiben möge.

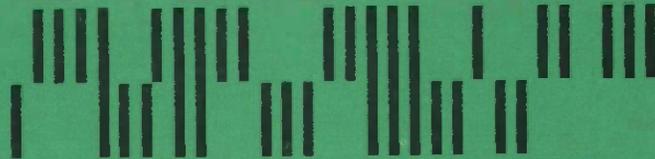
Dr. med. Robert Paschka, 8535 Emskirchan

Neu

Neuprogrammierung
des Herzens

Das neue β -Adrenolytikum
mit eigenem Profil

Doberol®



Schützt
Herz und Kreislauf
vor Überlastung

erhält die
Leistungsfähigkeit

Doberol®
bietet selektiven Schutz von
Herz und Kreislauf vor
Überlastung ohne zentrale
Sedierung bei voller Erhaltung
der Leistungsfähigkeit

Doberol®
= 1-(Isopropylamino)-3-
(m-tolyloxy)-2-propanol-hydro-
chlorid

Doberol®
gibt es in 2 verschiedenen starken
Dosierungen:

Doberol® 10 mg
Packung:
50 Tabletten 4,85 DM

Doberol® 50 mg

Packungen:
20 Tabletten 5,80 DM
50 Tabletten 13,45 DM

**Boehringer
Ingelheim**



Heinz Schauwecker – Dichter und Arzt

Ansprache zur Verleihung der Ehrenmitgliedschaft
der Regensburger Schriftstellergruppe am
13. April 1970 in der Staatlichen Bibliothek Regensburg

Erich Ludwig Biberger*)

Sehr verehrte hohe Gäste!
Sehr verehrte Damen und Herren!
Lieber Freund Schauwecker!

„Du suchst, was Du lieben kannst? – So liebe doch das Leben wieder, was Dich durchdringt, was ewig mächtig Dich an sich zieht, aus dem allein alle Seligkeit Dir zuströmt; warum muß es doch gerade dies oder jenes sein, an das Du Dich hingibst? Nimm doch alles Geliebte hin als eine Zärtlichkeit, eine Schmeichelei vom Leben selbst, häng mit Begeisterung am Leben selbst, dessen Liebe dich geistig macht: – denn daß Du lebst, das ist die heiße Liebe des Lebens zu Dir.“

Diese Worte stammen nicht von der Persönlichkeit, die wir heute ehren wollen, sondern von Bettina von ARNIM. Sie stammen also aus der Zeit der Romantik. Doch: Sie sind wie zum Trost für unsere Gegenwart geschrieben. Und sie haben in dieser unserer Zeit geradezu ein Pendant gefunden: in einem Leben, in einer Persönlichkeit. Sie sind darin Realität geworden: in einem Wirken als Arzt, Sanitäter, Schriftsteller und Dichter, als Mensch, als Freund der Heimat und der Welt.

Heinz Schauwecker, so heißt diese Realität! Eine Wirklichkeit, die nicht nur für sich selbst, sondern auch für andere im besten Sinne des Wortes da ist. Sein Da-Sein, das nun schon die stattliche Spanne von drei Vierteljahrhunderten umfaßt, dieses Da-Sein, das stets Aktivität war und ist, verdient nicht nur Beachtung wegen dieser oder jener Leistung, so hoch wir einzelnes davon auch bewerten mögen. Es ist in seiner Gesamtheit Ereignis geworden – auch als große Gegenliebe zum Leben selbst und zu allen Lebenden. Das spricht aus den Gedichten, Novellen, Glossen, Kurzgeschichten, Essays, Bühnenspielen und Romanen. Es spricht auch aus der stets hilfsbereiten Art, nicht weniger aus der Fähigkeit, Freundschaft zu halten, aber auch aus dem Mut, sich für Belange der Mitmenschen einzusetzen.

„Ja, a guata Dokta is' er scho, wenn er aa a bissl spinnt und ollawei Versln schreibt und so a Zeigs!“ Diese eigenartige Würdigung erfuhr Dr. Heinz Schauwecker vor vielen Jahren. Er erfuhr sie aus dem Mund eines sicher nicht gerade übermäßig poetischen Zeitgenossen, der schon einiges von eben diesem Dr. Schauwecker gehört und sich vorgenommen hatte, ihn aufzusuchen – und der gerne über den ihm empfohlenen „Doktor“ redete, ohne zu wissen, daß er ihn ohnehin schon vor sich hatte. Man ersieht daraus, wohin man kommen kann, wenn man nur einen Faktor

des Wirkens solch einer Persönlichkeit herausgreift. Und wir dürfen nicht in die Umkehrung jener Formel verfallen. Wir dürfen nicht sagen: Gut schreiben kann er schon, wenn er auch von Beruf zunächst Arzt war. Wer vermöchte seine Verse zu trennen von seinem Sorgen und Bangen am Krankenbett von Menschen, deren Leben seiner ärztlichen Betreuung anvertraut war. Wer vermöchte seine Begeisterung für die Landschaft und Kultur seiner oberpfälzischen Heimat zu trennen von der Sorge um sie und von dem Bangen um die Menschheit wie um den Erdball, den sie bewohnt.

„Heimat! Das ist der sichere Grund, von dem aus man eine Brücke in die Welt bauen kann!“ So schrieb Dr. Heinz Schauwecker. So schrieb er, obwohl oder gerade weil er die Welt kennt. So schrieb er, obwohl er weiß, daß in dieser unserer Welt binnen Sekunden ganze Städte und Landstriche in Wüsten verwandelt werden können. So schrieb er, trotz des schrecklichen Bewußtseins, daß einst in Hiroshima der Blitz der ersten Atombombe einen Schatten ohne Herrn – die Konturen eines Menschen, den dieser Blitz ausraderte – an der Steinfassade eines Bankhauses hinterließ. In seinem Buch „Das unabdingbare Vermächtnis“ stellt er sachlich dazu fest:

„Das Bild läßt mich nicht mehr los. Im Geist stehe ich im fernen Japan vor dem tragischen Schattenriß an der Marmorwand und starre auf seine stumme Mahnung – mene tekel –, geisterhaftes Symbol unseres Menschenschicksals? Macht uns die Zielsetzung heute immer mehr um sich greifender Gleichmachung, sozialer und politischer Ausrichtung immer mehr zu Schatten ohne Herrn, zu Schatten, vor denen keine lebendige Persönlichkeit, kein eigener schöpferischer Wille mehr steht? Oder wird am Ende unserer überspitzten Unrast und Gier nicht einmal ein Schatten mehr zeugen von der Selbstvernichtung der Menschen, welche die Grenze des Menschlichen übersahen?“

Heinz Schauwecker verklärt diese Welt nicht. Er kennt sie. Er kennt nicht nur die Leiden der Kranken, nicht nur die große Bedrohung, die in verborgenen Arsenalen lauert, er kennt auch die Wandlungen in den menschlichen Gesinnungen, die Änderungen der Gesellschaftsordnungen, die Veränderungen in den Staatsformen, er war selbst zuweilen Leidender unter all diesen Geschicken, sein Idealismus und seine Begeisterungsfähigkeit haben ihn mit harten Tatsachen konfrontiert, und er mußte erkennen, daß in Begeisterung die Gefahr des Mißbrauchs und in Ehrlichkeit und menschlicher Hilfsbereitschaft die Gefahr des Boykotts durch kleine und kleinliche Geister oder selbst die Bedrohung der eigenen Existenz liegen kann. Auch wer sich von Jugend an der Idee eines Henry DUNANT, der Menschlichkeit unter dem Zeichen des Roten Kreuzes verschrieben hatte, und auch wer nach dem ersten Weltkrieg als Freikorpskämpfer für die Aufrechterhaltung eines Staatswesens eingetreten war, mußte in einer Zeit des Rassenwahnes damit rechnen, in Mißkredit zu kommen, wenn er Kranke behandelte, die keinen sogenannten arischen Stammbaum vorwiesen,

*) 8400 Regensburg, Reichestraße 5

um so mehr noch mußte es verdächtig erscheinen, wenn er solchen Leuten, weil sie arm waren oder ermüdet gemacht worden waren, seine ärztliche Hilfe kostenlos gab. Daß der gebürtige Regensburger, der sich nach seinen Studienjahren in Nürnberg niedergelassen hatte, daraufhin nach Berching übersiedelte, wo er sich eine neue Praxis aufbaute, bedeutete für diese idyllische Stadt wohl die Rettung vor der Zerstörung. Mit Diplomatie und persönlichem Mut verstand es Schauwecker, am Ende des zweiten Weltkrieges die sinnlose Verteidigung und damit den Beschuß dieser Stadt zu verhindern.

Den „Turmwächter von Berching“ nannte den Dichter Heinz Schauwecker einmal ein Kritiker, der ihn, wie aus den Zellen zu entnehmen war, offensichtlich nicht kannte und ihn zudem mißverstand. Doch wie wahr ist jene Wortprägung, wenn man sie positiv auslegt. So wie er die Zerstörung Berchings durch rechtzeitiges Erkennen der Gefahr und durch seine entsprechende Initiative abwendete, so übt Heinz Schauwecker gewissermaßen noch heute ein ihm nicht offiziell auferlegtes Wächteramt aus. Er blickt von der Stille und Idylle dieses historisch besonders interessanten Ortes übers Lend, auf das, was in unserer Zeit weitum sich abspielt. Er betrachtet es ebgeklärt, mit dem Abstand des Türmers, und er gibt zuweilen Alarm, wenn ihm in dem weiten Gelände, das unsere Kulturlandschaft ist, etwas allzu verdächtig erscheint.

Wenngleich er der Welt nicht immer freundliche Lieder singen kann, überwiegen bei ihm der Drang und das Bemühen, auch ihre sonnigen Seiten zu sehen. Kontraste irgendwie wieder in Einklang zu bringen, dazu befähigen ihn sein Blick für das Schöne, seine Intuition des Hintergründigen und im besonderen sein geradezu unerschütterlicher Humor. Das zeigt sich nicht zuletzt in seinem literarischen Wirken. Wohl am treffendsten formulierte Dr. Ernst EMMERIG, der sehr verehrte Herr Regierungspräsident der Oberpfalz, in der Laudatio, die er anlässlich des 70. Geburtstages von Heinz Schauwecker bei der literarischen Begegnung der Regensburger Schriftstellergruppe im Haus Heuport hielt, eine Aussage über dieses Merkmal Schauweckerschen Dichtens: „Daß das Gesamtbild richtig werde“, so sagte Dr. EMMERIG, „bedarf es neben der Literatur der Erschütterung, der Kritik, des Zerfalls und der Bannung des Bösen auch der Dichter, die das Gute verkünden, die Kraft des Herzens, den Adel des Menschseins, das Ganze des Lebens und

das jenseitige Licht. Als Arzt, der zum Heilen berufen ist, widmet er euch sein dichterisches Schaffen dem Heilenden, der heilen Welt.“

Ist dieser Dichter nun ein konservativer oder ein moderner? Solcherlei letzthin doch recht einfältige Fragen zerbrechen an seiner Persönlichkeit. Doch da solch eine Fregerei zeitgemäß, in unserer Zeit üblich ist, sei hierauf eine Antwort zu geben versucht: Er ist beides zugleich! Und er ist beides um so mehr, je deutlicher man ihn, wie es heutzutage viele tun, aus dem Blickwinkel einer modernistischen und dabei oft gar nicht so modernen Kunstauffassung betrachtet. Wenn man nur jenes als „modern“ gelten läßt, was sich primär mit den drei großgeschriebenen S einer recht gängig gewordenen Literatur befaßt, nämlich mit Sex, Schlamm, Schmutz, dann ist Dr. Heinz Schauwecker, obwohl er als Arzt gewiß nicht ein Prüdität leidet, ein literarischer Reaktionsär. Wenn es aber als Merkmal konservativen Künstlertums gilt, sich in hergebrachten Formen und Themen zu erschöpfen, dann ist Schauwecker mit Sicherheit ein Avantgardist. Falls es wirklich unmodern ist, überkommene Kulturwerte zu pflegen, ja wenn es rückständig ist, an dem jetzt nur noch mit Herablassung zitierten „alten Goethe“ etwas für uns noch Aktuelles zu finden, und wenn es mit unserem Fortschritt nicht mehr vereinbar ist, ein originelles Mundartgedicht als ein Stück echter Kultur anzusehen, dann ist unser Dr. Schauwecker sogar ein Stockkonservativer. Und wenn es modern ist, Probleme der Zeit anzupacken, sie zu durchleuchten, auch zu glossieren, dann ist der Dichter namens Schauwecker geradezu wieder ein Modernist.

Alles das zusammen — das erst macht Heinz Schauwecker als Schriftsteller, als Lyriker, als Dichter so liebenswert wie man ihn weithin schätzt. Ebenso großzügig geht er mit den dichterischen Formen um. Er baut das eine Mal streng auf sie auf, das andere Mal setzt er sich in flotten Sprüngen darüber hinweg, ohne sich darum zu kümmern, was Kritiker und Literaturprofessoren dazu sagen werden. Und die gleiche Vielseitigkeit zieht sich durch sein ganzes literarisches Metier. Er vermag zu unterhalten, aber auch Ansprüche zu stellen — Ansprüche künstlerischer, ethischer, weltanschaulicher und selbst religiös-meditativer Art. Er vermag gewissermaßen mit Mister Blaibergs Herz tausend menschliche Hoffährigkeiten und Illusionen den Lebensimpuls herauszureißen, wie eines seiner Gedichte beweist, und er vermag dafür — um es mit dem

Tonsilgon® bei Lymphatismus

**BIONORICA KG
NÜRNBERG**

Titel eines seiner Lyrikbändchen zu sagen — „Worte an dein Herz“ zu schenken, den Hohlraum in unseren herzlosen Tagen also wieder mit Herz zu füllen.

Wann Heinz Schauwecker seine Gedichte, Novellen und Romane schreibt, darüber zerbrachen sich schon manche seiner Freunde und Bekannten den Kopf. Daß man von Palästina bis San Franzisko, von Abano Terme bis Lappland und erst recht von Regensburg bis Berching nirgendwo bestimmt behaupten könnte, hier würde man Dr. Schauwecker nicht persönlich begegnen, ist zunächst nur Bestätigung dafür, daß eines seiner Hobbys wirklich den Namen Reisen führt. Daß er in vielen Städten, auch im Ausland, nicht zuletzt in Amerika, Lesungen aus eigenen Büchern gab und daß weitere Lesungen bevorstehen, ließe noch keine Rückschlüsse auf seine Zeitdispositionen notwendig erscheinen. Doch wer es weiß, wie prompt er auf jeden Brief antwortet, und wer es schon flüstern hörte, daß Heinz Schauwecker allmonatlich mehr Geld für Porti als für seinen Lebensunterhalt ausgibt, der muß sich wahrhaftig fragen, wann er denn eigentlich schriftstellt und dichtet. Daß er es tut, das beweist das Vorhandene. Und schlägt man bei dem bekannten Genieforscher August KUHN-FOELIX nach, so findet man Grundsätze, die Heinz Schauwecker in recht berühmte Nachbarschaft zu rücken imstande sind. Denn nach dieses Forschers Meinung gehören Mitteilbarkeit und Begeisterung fürs Briefeschreiben zu den Merkmalen des genialen Menschen.

Heinz Schauweckers Elan ist ansteckend. Wer Trägheit als Inbegriff der Gesundheit verehrt, nehme sich vor dem Virus Schauweckerensis in acht. Wer aber Tatkraft schätzt, weiß auch zu schätzen, daß dieser Elan sogar auf den organisatorischen Bereich übergriffen hat. Als Dr. Schauwecker noch nicht halb so viele Jahre zählte wie jetzt, begründete er das noch heute gefeierte kulturelle Fest des Nordgautages. Man schrieb damals die Jahre 1928 und 1930. Und jetzt, genauer gesagt vor einem Jahr, gründete er den Deutschen Bundesverband der Schriftsteller-Ärzte. Und er ist Präsident dieses neuen Verbandes, der einer die ganze freie Welt umfassenden Organisation angehört. Er ist daran gewöhnt, Würden und Bürden zu über-

nehmen. Und es erwies sich immer wieder, daß viele ihm beides gönnen; die Arbeit ohnehin, aber auch die Ehrungen — so das Bundesverdienstkreuz, die Albertus-Magnus-Medaille als höchste Auszeichnung seiner Heimatstadt Regensburg für Kunst und Wissenschaft, die Albrecht-Dürer-Medaille der Stadt Nürnberg, die Max-Reger-Plakette der Stadt Weiden, den Nordgau-preis für Dichtung, den Kulturpreis Ostbayern, die Ehrenbürgerschaften der Städte Parsberg und Berching, die Ehrenmitgliedschaft im Präsidium des Oberpfälzer Kulturbundes — dessen sehr geehrter Herr-Präsident, Herr Ministerialdirektor Dr. Ludwig GILLITZER, heute ebenfalls unter uns weilt —, die Ehrenmitgliedschaften des Bayerischen Roten Kreuzes und einer amerikanischen Rotkreuz-Organisation — wer zählt alle die Ehrungen, die ihm zuteilgeworden sind, vollständig auf! Selbst einen Heinz-Schauwecker-Platz gibt es: in einem Neubauviertel der Stadt Parsberg. Und auch einen Heinz-Schauwecker-Steig: in der Landschaft bei Berching. Die Regensburger Schriftstellergruppe freut sich, eine von ihr sehr selten vergebene Ehrung hinzufügen zu können. Sie freut sich, ihren Heinz Schauwecker — als dritten in ihrem nunmehr schon 57jährigen Bestehen — hiermit zu ihrem Ehrenmitglied ernennen zu dürfen. Und sie freut sich auch, daß dies in dem schönen Rahmen geschehen kann, für den sie der Staatlichen Bibliothek Regensburg und ihrer Leiterin, Fräulein Dr. Gisela URBANEK, sowie den beiden jungen Künstlerinnen der Musik und Ihnen eilen herzlich dankt.

Die schriftliche Beurkundung dieser Ehrung, die von der RSG-Vorstandschafft in ihrer Sitzung vom 11. März 1970 einstimmig beschlossen worden ist, überreichen wir, wie es sich für eine Autorengemeinschaft gehört, in einem Buche. Es handelt sich also um eine Ehrung, „Wie sie im Buche steht!“

Rund 130000 Bücher befinden sich in der Staatlichen Bibliothek Regensburg, weit über eine halbe Million in der Universitätsbibliothek, viele weitere Millionen in Hausbibliotheken und Großbibliotheken der Welt! Dennoch möge dieses Buch Ausdruck dafür sein, daß es nicht genug ist, was es schon an Schätzen in Buchform gibt, Ausdruck dafür, daß es notwendig ist, stets



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

Dismenol

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

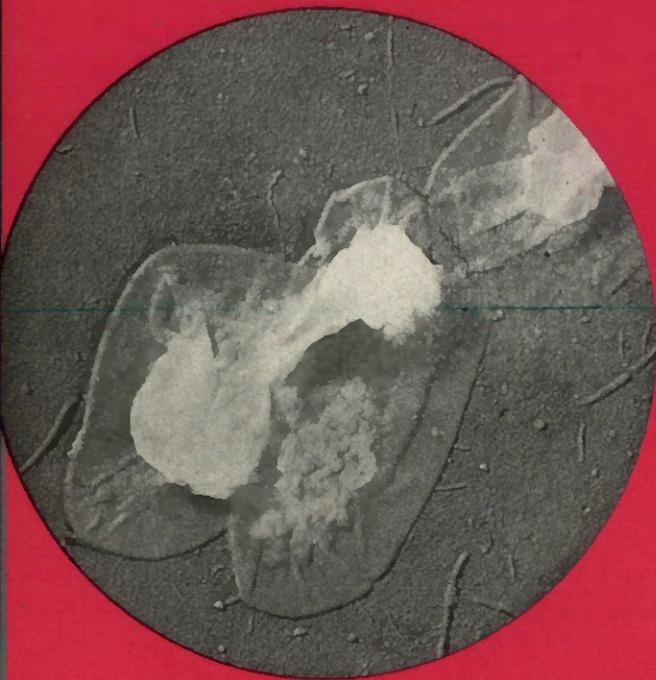
AGPHARM LUZERN — Hersteller für Deutschland SIMONS CHEMISCHE FABRIK, Gauting bei München



Binotal[®]

wirkt bakterizid

Das ist wichtig bei:



Atemwegsinfekten

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

Harnwegsinfekten

wie Pyelonephritis, Pyelitis, Prostatitis

Gallenwegsinfekten

wie Cholezystitis, Cholangitis

Sepsis

Endokarditis

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

Rationelle Breitspektrum-Penicillin-Therapie mit Binotal (D- α -Amino-benzylpenicillin).

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

Kontraindikation: Penicillin-Überempfindlichkeit.

Zur Beachtung: Bei oraler Applikation kommen gelegentlich leichte gastrointestinale Störungen vor, die meist auch unter Fortsetzung der Medikation wieder verschwinden. Wie bei allen Penicillinen können Hautreaktionen auftreten. Bei Patienten mit allergischer Diathese ist Vorsicht bei der parenteralen Anwendung geboten. Zur Behandlung des extrem seltenen anaphylaktischen Schocks siehe Ärztesprospekt.

Weitere Informationen über Binotal geben wir Ihnen gern.

Die Weiterbildung in „Allgemeinmedizin“

In Bayern ist die neue Weiterbildungsordnung seit dem 1. 7. 1969 in Kraft. In ihr ist erstmals die Weiterbildung zum Allgemeinarzt enthalten, die 4 Jahre beträgt. Davon müssen 1½ Jahre in der Inneren Medizin, 1 Jahr in der Chirurgie oder Gynäkologie und Geburtshilfe und mindestens 3 Monate in einer Allgemeinpraxis abgeleistet werden. Die weiteren 15 Monate können in der Allgemeinpraxis oder nach freier Wahl abgeleistet werden.

Die Weiterbildung in den angegebenen Fachgebieten erfolgt in Assistentenstellen bei dazu ermächtigten Ärzten. Dabei sei darauf hingewiesen, daß es an kleineren Krankenhäusern zahlreiche Assistentenstellen gibt, die sich für diese Weiterbildung ganz besonders gut eignen. **Wir suchen aber dringend Allgemeinärzte, welche sich für die Weiterbildung junger Kollegen interessieren und bereit sind, für diesen Zweck Assistentenstellen in Ihrer Praxis einzurichten. Nur wenn wir genügend Weiterbildungsmöglichkeiten in der Allgemeinpraxis bereitstellen, können wir bei unserem Nachwuchs für den „Allgemein-arzt“ werben.**

Die Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung zum Allgemeinarzt wurden im Januarheft veröffentlicht. An ihrer weiteren Differenzierung wird gearbeitet. Die Forderungen, die an Allgemeinärzte gestellt werden müssen, die eine Weiterbildungsgenehmigung anstreben, und in einem Fragebogen enthalten, der interessierten Kollegen zugesandt wird.

Wir bitten, Anfragen und Anträge auf Ermächtigung zur Weiterbildung in Allgemeinmedizin an die Bayerische Landesärztekammer zu richten.

aufs neue das Abenteuer des Schreibens zu unternehmen, immerwährende und neue Erkenntnisse und Erlebnisse unserer Welt auszusprechen, niederzuschreiben – in alten und in neuen Worten. Sie auszusprechen in Freiheit, aber auch in der Achtung, die wir unserer Welt schuldig sind: diesem komplizierten, problematischen und doch schönen, gerade auch von der modernen Wissenschaft als immer geheimnisvoller und großartiger erkannten Wunderwerk aus Sichtbarem und Unsichtbarem.

Heinz Schauwecker ist einer von denen, die sich immer wieder an dieses Experiment wagen. Unseren – und meinen – Glückwunsch, lieber Heinz!

B-Kurs für Arbeitsmedizin

vom 14. September bis 9. Oktober 1970

für die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“, gemeinsam veranstaltet mit der Bayerischen Landesärztekammer

Montag, 14. September 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

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

„Allgemeine Betriebshygiene“

10.00 – 10.45 Uhr:

Dr. J. Reinhardt, Gewerbemedizinoberrätin im Niedersächsischen Landesverwaltungsamt – Arbeitsmedizin und Gewerbehygiene – Hannover

„Ärztliche Forderungen bei der Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes“

11.00 – 11.45 Uhr:

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

„Ermüdung in arbeitsphysiologischer Sicht“

14.00 Uhr:

Filmvorführung:

Der Elektronfall – Pathophysiologie und Sofortmaßnahmen

Dienstag, 15. September 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

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

„Diabetes-Probleme am Arbeitsplatz“

10.00 – 10.45 Uhr:

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

„Rehabilitation nach Herzinfarkt“

11.00 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Valentin, Erlangen

„Herzinfarkt und Beruf“

13.30 Uhr Abfahrt:

R. F. & P. F. Reemtsma, München 25, Fallstraße 40

Mittwoch, 16. September 1970

8.30 Uhr Abfahrt:

Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe, Fürstenfeldbruck

„Arbeitsmedizinische Probleme der Luft- und Raumfahrt“

Begrüßung und Einführung

9.30 – 10.10 Uhr:

Dr. J. G a r b e , Oberfeldarzt
„Probleme des Fliegens aus luftfahrtmedizinischer Sicht“

10.10 – 10.25 Uhr:

Filmvorführung:
Das Flugmedizinische Institut der Luftwaffe

10.25 – 10.40 Uhr:

P a u s e

10.40 – 11.10 Uhr:

K. von J a n , Oberleutnant, Fachlehrer für Flugphysiologie

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

11.10 – 11.55 Uhr:

Dr. J. G a r b e , Oberfeldarzt
„Vibration und Ihre Wirkung auf den Menschen“

11.55 – 13.30 Uhr:

Mittagspause

13.30 – 14.10 Uhr:

Dr. J. von D a a c k e , Oberfeldarzt
„Arbeitsmedizinische Aufgaben auf Fliegerhorsten“

14.15 – 17.00 Uhr:

Besichtigung des Flugmedizinischen Instituts mit Demonstrationen

Donnerstag, 17. September 1970

9.00 – 9.45 Uhr

10.00 – 10.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. G. W e n z e l , Max-Planck-Institut für Arbeitsphysiologie, Dortmund
„Klima und Leistung“

11.00 – 11.45 Uhr:

Dr. H. P e t r y , Werksarzt der Städtischen Werke Nürnberg

„Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchungen in der werksärztlichen Praxis“

13.15 Uhr Abfahrt:

Süddeutsche Asbest- und Packungsfabrik W. E. Huth, Percha bei Starnberg am See/Obb.

Freitag, 18. September 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

Dr. habil. E. L e d e r e r , Ministerialrat I.R., München
„Rückblick auf überwundene und gewandelte Berufskrankheiten“

10.00 – 10.45 Uhr:

Dr. G. H a l l , Oberregierungsmedizinalrat, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München
„Gesundheitsschäden durch Benzol und seine Homologe“

11.00 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. Dr. S. B o r e l l i , Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Hochschule München

„Akzentverschleibungen dermatologischer Beru-
noxen“

Montag, 21. September 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. L ü c k e r t , Pädagogische Hochschule München-Pasing

„Intelligenz und Kreativität im Wirtschaftsleben“

10.00 – 10.45 Uhr:

Dr. H. W e h r h e i m , Leitender Werksarzt der DEGUSSA, Frankfurt/Main

„Erkrankungen durch Fluor und Beryllium sowie deren Verblindungen“

11.00 – 11.45 Uhr:

Dr. G. B ü h l m e y e r , Medizinaldirektor, Leiter der Zweigstelle Nürnberg des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin

„Erkrankungen der Caissonarbeiter und Taucher durch Drucktaill“

12.30 Uhr Abfahrt:

ESSO A. G., Raffinerie Ingolstadt

Dienstag, 22. September 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

Prof. Dr. A. K i r n , Werksärztlicher Dienst und arbeitsphysiologische Forschungsstelle der Bosch-Gruppe, Stuttgart

„Arbeitsplatz und Konstitution“

10.00 – 10.45 Uhr:

Prof. Dr. A. K i r n , Stuttgart

„Haltung und Fehihaltung aus arbeitsphysiologischer und -psychologischer Sicht“

11.00 – 11.45 Uhr:

Dr. A. K l e e m a n n , Flottillenarzt, Bundesministerium der Verteidigung, Bonn

„Arbeitsmedizinische Aufgaben der Truppenärzte in der Bundeswehr“

Thyreovalun®

antithyreoidal, beruhigend
psychisch ausgleichend

keine strumigene Nebenwirkung

Tropfflasche mit 15 ml und 30 ml
Muster und Literatur auf Anforderung

Passiflora Inc. + Avena sat. + Crataegus oxyac. + Prunus spin.

rein pflanzlich gut verträglich unschädlich

- Oberfunktion der Schilddrüse leichten bis mittleren Grades
- Dysregulationen im Sinne einer symptomatischen Hyperthyreose in der Pubertät und im Klimakterium
- Allgemeine vegetative Störungen mit gesteigerter Erregbarkeit, Angst- und Spannungszuständen, Schlaflosigkeit, Herz- und Kreislaufbeschwerden, Hyperhydrosis

Dr. Auf dem Kampe · Hamburg 52

14.00 – 15.00 Uhr:

Dr. L. Winter, Chemiker, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München

„Chemische Nachweismethoden der Arbeitsmedizin in der täglichen Praxis“

Mittwoch, 23. September 1970

8.00 Uhr Abfahrt:

Klinik für Berufskrankheiten der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie, Bad Reichenhall

(Chefarzt: Dr. J. Kenn, Medizinaldirektor)

10.00 Uhr:

Dr. W. Mohrmann, Oberarzt

„Therapie berufsbedingter Bronchial- und Lungenerkrankungen“

Anschließend Besichtigung der Klinik

Donnerstag, 24. September 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. A. M. Thiess, Leitender Werksarzt der Badischen Anilin- & Soda-Fabrik AG, Ludwigshafen

„Reizgase in der chemischen Industrie“

10.00 – 10.45 Uhr:

Dr. H. Wittgens, Arbeitsschutzarzt der Deutschen Bundesbahn, Bundesbahnsozialamt, Frankfurt/Main

„Des erbeitsmedizinische Berufsbild des Schweißers“

11.00 – 11.45 Uhr:

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

„Die erbeitsmedizinische Bedeutung von Genußmitteln und Medikamenten“

13.30 Uhr Abfahrt:

Louisoder AG, Münchener Spezial-Mantel-Fabrik, München 90, Delsenhofener Straße 29

Freitag, 25. September 1970

9.00 – 9.45 Uhr:

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

„Die Wendung typischer Berufsbilder und ihre erbeitsmedizinische Bedeutung“

10.00 – 10.45 Uhr:

Dr. J. F. Scholz, Stuttgart

„Arbeitsmedizinische Gesichtspunkte bei Betriebsbegehungen und Arbeitsplatzanalysen“

11.00 – 11.45 Uhr:

Prof. Dr. K. G. Specht, Vorstand des Seminars für Soziologie der Universität Erlangen-Nürnberg

„Betriebssoziologische Fragen“

Montag, 28. September 1970

9.00 – 9.45 Uhr

10.00 – 10.45 Uhr:

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

„Arbeitsbewertung“

Bayerisches Ärzteblatt 7/70

neu

VON

cascan

Wiesbaden

Digitoxin*
+ Heparin

Ditaven®
Comp.-Creme

Indikationen:

Thrombophlebitis, entzündl. Infiltrate, Hämatome, Distorsionen, variköser Symptomenkomplex

Zusammensetzung:

100 g Ditaven comp.-Creme enthalten:
Digitoxin 30 mg
Heparin-Na 5000 I. E.

Handelsformen und Preise n. A. T.

Tube mit 25 g DM 4,90
Tube mit 100 g DM 16,15

*

Das neue Prinzip der lokalen Digitoxin-Therapie bei venösen Durchblutungsstörungen wurde erstmals mit der Einführung von Ditaven®-Lotion erfolgreich verwirklicht.

11.00 – 11.45 Uhr:
Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, München
„Lärm und Leistung“

12.30 Uhr Abfahrt:
Industriewerke Lemm & Co GmbH - Schuhfabrik Wessels - Augsburg, August-Wessels-Straße 5

Dienstag, 29. September 1970

9.00 – 9.45 Uhr:
Dipl.-Chem. Dr. O. Lang, Gewerbedirektor, Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsschutz, München

„Lüftung und Absaugung in Industriebetrieben“

10.00 – 10.45 Uhr:
Dipl.-Ing. J. Gebelmann, Konservator, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsschutz, München

„Grundprinzipien der Lärmmessung am Arbeitsplatz (mit Demonstrationen)“

11.00 – 11.45 Uhr:
Dipl.-Phys. Dr. Ing. R. Prochazka, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsschutz, München

„Grundprinzipien der Staubmessung am Arbeitsplatz (mit Demonstrationen)“

13.30 Uhr Abfahrt:
Druckgußwerk A. Mößner, Leicht- und Schwermetall, München 83, Unterbibberger Straße 37

Mittwoch, 30. September 1970

7.30 Uhr Abfahrt:
Vereinigte Aluminiumwerke Aktiengesellschaft, Werk Töging/Inn

13.30 Uhr Weiterfahrt:
Süddeutsche Kalkstickstoffwerke Aktiengesellschaft, Trostberg/Obb.

Donnerstag, 1. Oktober 1970

9.00 – 9.45 Uhr:
Dr. H. Schneider, Medizinaldirektor, Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin, München

„Ungewöhnliche Staublungerkrankungen“

10.00 – 10.45 Uhr:
Dr. W. Reinl, Regierungsgewerbemedizinaldirektor, Der Staatliche Gewerbearzt für den Aufsichtsbezirk Nordrhein, Düsseldorf

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

11.00 – 11.45 Uhr:
Prof. Dr. D. Janz, Neurologische Klinik der Universität Heidelberg

„Anfall-Leiden und Berufsarbeit“

13.30 Uhr Abfahrt:
Alkor-Werk Karl Lissmann KG, München 71, Morgensternstraße 9

Freitag, 2. Oktober 1970

9.00 – 9.45 Uhr
10.00 – 10.45 Uhr:
Dr. W. Brenner, Medizinalrat, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München

„Arbeitsmedizinische Probleme in der Kunststofftechnik“

11.00 – 11.45 Uhr:
Dr. M. Acker, Oberregierungsmedizinalrat, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München

„Berufsdermatosen: Physikalische Schäden“

Montag, 5. Oktober 1970

9.00 – 9.45 Uhr
10.00 – 10.45 Uhr:
Prof. Dr. Dr. H. Schöber, Vorstand des Instituts für medizinische Optik der Universität München

„Beleuchtungsfragen am Arbeitsplatz“

11.00 – 11.45 Uhr:
Dr. H. Frieling, Institut für Farbenpsychologie, Marquartstein

„Ferbgebung am Arbeitsplatz“

14.00 – 16.00 Uhr:
Arbeitsmedizinisches Seminar

Dienstag, 6. Oktober 1970

9.00 – 9.45 Uhr:
Dr. G. Scheld, Medizinaldirektor, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, München

„Der ärztliche Sachverständige im Rentenverfahren“

10.00 – 10.45 Uhr:
Dr. M. Hirschberger, Oberregierungsmedizinalrätin, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München

„Schwierigkeiten bei der Begutachtung der Hepatitis als Berufskrankheit“

11.00 – 11.45 Uhr:
Dipl.-Ing. L. Kreher, Gewerbedirektor, Leiter des Gewerbeaufsichtsamtes Augsburg

„Aus der Praxis der Gewerbeaufsicht“

13.30 Uhr Abfahrt:
Linde AG, Technische Gase – Schweißtechnik, Lohhof/Obb., Carl-von-Linde-Straße

Mittwoch, 7. Oktober 1970

8.00 Uhr Abfahrt:
Kaufbeuren-Neugablonz

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

SOLU- HEPAR®

Tassenfertiger
Wirkstoffextrakt

Hepatotropes Cholagogum

erhöht die Cholerese,
beseitigt Dyskinesien

Erfolgreich

durch eine günstige therapeutische Komplex-
wirkung auf alle am enterohepatischen Gallen-
kreislauf beteiligten Organe und Funktionen

beseitigt Gallenstörungen
löst lokale Stauungszustände
erhöht die Gallenproduktion
erschwert die Konkrementbildung
steigert die Fettverträglichkeit
behebt Beschwerden nach Diätfehlern
entlastet die Leber



bel Gallenwegserkrankungen
mit starken Begleitspasmen

SOLU-HEPAR® FORTE Kapseln

Klinische Fortbildung in Bayern

Kurseinteilung

1. INNERE KRANKHEITEN

21. bis 26. September 1970

München, I. Med. Klinik r. d. Isar
der Technischen Hochschule
Direktor: Prof. Dr. Blömer

28. September bis 2. Oktober 1970

München, II. Med. Klinik r. d. Isar
der Technischen Hochschule
Direktor: Prof. Dr. Ley

5. bis 9. Oktober 1970

München, I. Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Schwegk

voraussichtlich Herbst 1970

Würzburg, Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Kühn

2. KINDERKRANKHEITEN

19. bis 21. Oktober 1970

München, Städt. Krankenhaus München-Schwabing
1. und 2. Kinderabteilung in Verbindung mit der
Kinderchirurgischen Abteilung
Direktor: Prof. Dr. Hilber, Chefarzt Dr. Schweizer,
Priv.-Doz. Dr. Singer

3. CHIRURGIE

12. bis 16. Oktober 1970

München, Chir. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Zenger

19. bis 24. Oktober 1970

Erlangen, Chir. Klinik mit Poliklinik der
Univ. Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. Hegemann

26. bis 30. Oktober 1970

Würzburg, Chir. Univ.-Klinik und -Poliklinik
Direktor: Prof. Dr. Kern

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

5. bis 9. Oktober 1970

München, I. Frauenklinik und Hebammenschule in
Verbindung mit der II. Frauenklinik, der Kinderklinik
und Kinderpoliklinik der Universität München
Direktoren: Prof. Dr. Zender,
Prof. Dr. Fikentscher, Prof. Dr. Betke,
Prof. Dr. Spiess

voraussichtlich Herbst 1970

Würzburg, Univ.-Frauenklinik und Hebammenschule
Direktor: Prof. Dr. Schwelm

5. PHONOKARDIDGRAPHIE (Anfängerkurs)

23./24. Oktober 1970

München, Stiftsklinik Augustinum
Chefarzt: Prof. Dr. Michel

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische
Landesärztekammer, 8000 München 23, Königin-
straße 85, Telefon (08 11) 33 20 21

Südbayerische Sudetengleshütten GmbH

Johann Schöffel & Sohn — Schmucksteinfabrikation

Mittagspause

14.00 Uhr:

Gustav Eistner — Lüsterbehang, Glas- und Schmuck-
waren

Rudolf Müller — Feuerpoliererei

Donnerstag, 8. Oktober 1970

9.00 — 9.45 Uhr:

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

„Laser und Arbeitsmedizin“

10.00 Uhr:

Filmvorführung:

Materialbearbeitung mit Laser

10.30 — 11.15 Uhr:

Dr. J. F. Kurz, Medizinloberrat, Arbeitsamt München
„Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Men-
schen im Rahmen der Berufs- und Arbeitsberatung“

13.00 Uhr Abfahrt:

Eisenwerk Gebr. Frisch KG, Kissing bei Augsburg

Freitag, 9. Oktober 1970

9.00 — 9.45 Uhr:

Doz. Dr. habil. A. von der Heydt, Kassel

„Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff und
Schwefelwasserstoff“

10.00 — 10.45 Uhr:

Dr. H.-J. Florian, München

„Werksärztliche Gesichtspunkte bei der Entsendung
von Mitarbeitern ins Ausland“

11.00 — 11.45 Uhr:

Dr. G. Hall, München

„Erkrankungen durch Helogenkohlenwasserstoffe“

Kursleitung:

Dr. W. Brenner, Medizinalrat

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 Teil-
nehmer am Gesamtprogramm zugelassen werden. Bei
den Veranstaltungen wird eine Heftung der besichtig-
ten Betriebe oder der Bayerischen Akademie für Ar-
beitsmedizin und soziale Medizin ausdrücklich aus-
geschlossen.

Zimmerbestellungen durch die Bayerische Akademie
können nicht vorgenommen werden. Es empfiehlt sich
daher, frühzeitige Quartierbestellung beim Fremden-
verkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000
München 2, Bahnhofplatz 2, Telefon (08 11) 55 58 81,
vorzunehmen.

Auskunft durch die BAYERISCHE AKADEMIE FÜR
ARBEITSMEDIZIN UND SOZIALE MEDIZIN im Baye-
rischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 Mün-
chen 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84/259 — 260
(Haus des Arbeitsschutzes)

46. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 25. bis 27. September 1970

Thema: „Volkskrankheiten“

Kongreßleiter: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Kongreßort: Rathaus der Stadt Augsburg, Maximilianstraße 1

Freitag, 25. September 1970

16.00 – 18.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen auf den Stationen des Westkrankenhauses, Langemarckstraße, Straßenbahnlinie 2, Haltestelle Heimgarten

18.00 – 20.00 Uhr:

Seminar: „Das Praxislabor“

20.00 Uhr:

Filmabend im oberen Rathausfletz

Samstag, 26. September 1970

9.00 – 9.15 Uhr und

9.15 – 10.00 Uhr:

Einführung: Prof. Dr. H. H. Jansen, Darmstadt:
„Der Wandel in der Pathologie der Krankheiten“

10.00 – 10.30 Uhr:

Dr. J. Schmidt-Voigt, Bad Soden:

„Die Hypertonie“

10.30 – 11.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Koller, Basel:

„Fettsucht und Gicht, therapeutische und präventive Aufgaben der Praxis“

11.30 – 12.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Mehnert, München:

„Diabetes mellitus, neue pathogenetische, therapeutische und präventivmedizinische Aspekte“

12.00 – 12.30 Uhr:

Prof. Dr. A. Moll, Rüsselsheim:

„Der Herzinfarkt, Therapie der ersten Stunden und Tage“

14.00 – 15.15 Uhr:

Podiumsgespräch I:

„Gesundheitsführung, Prävention und Rehabilitation als Aufgabe der ärztlichen Praxis“

Eineleitende Kurzreferate:

a) Priv.-Doz. Dr. B. Luban-Plözza, Locarno:

„Nikotin und Gesundheitsführung“

b) Dr. E. Gossner, Zusmarshausen:

„Sport und Gesundheitsführung“

c) Dr. W. Tuxhorn, Brackwede:

„Kampf der Volkskrankheit Grippe“

Gesprächspartner: Prof. Dr. H. Mehnert, Prof. Dr. A. Moll, Prof. Dr. F. Koller, Dr. J. Schmidt-Voigt

Hydracillin forte Biprestule

Bakterizidie
Therapie

direkte
Vernichtung
der
Erreger

Zwei-Medien-
Sofortspritze

Zusammensetzung

In der ersten Kammer:

3.500.000 I. E. Penicillin-G-Natrium

500.000 I. E. Procain-Penicillin-G

40 mg Lidocain-hydrochlorid

In der zweiten Kammer:

5ml Aqua pro injectione

als Lösungsmittel

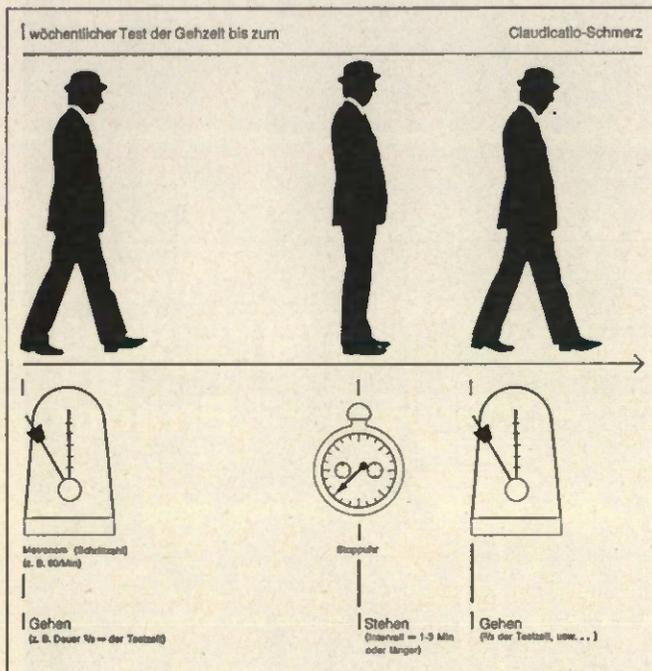


DAUELSBERG + CO
GÖTTINGEN
Penicillin-Gesellschaft

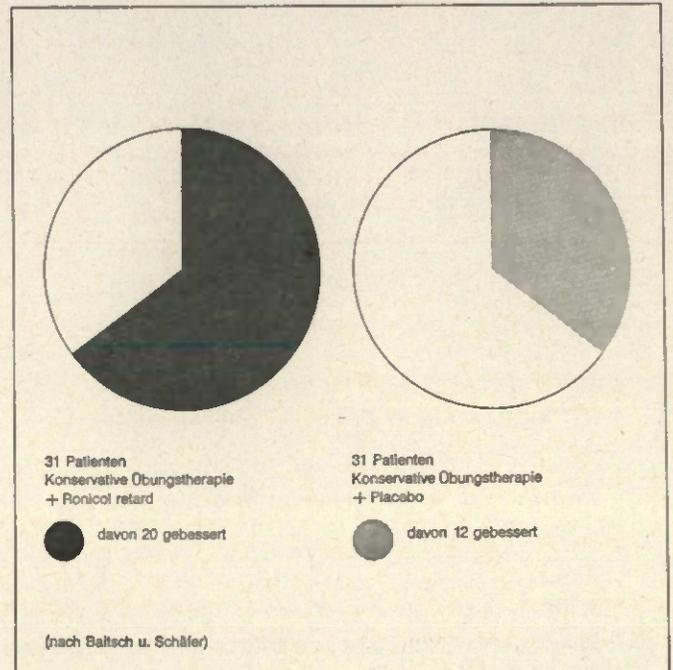
Ronicol[®] retard

Neuere Untersuchungen haben die große Bedeutung des Gehtrainings im Intervall für die Therapie peripherer arterieller Durchblutungsstörungen ergeben. Für die Ausbildung und Funktion leistungsfähiger Kollateralen ist die Muskelarbeit der beste Reiz. Im Intervall wird die energetische Ausgangssituation im Muskel wieder hergestellt.

Plethysmographische Messungen im Doppelblindversuch von Baisch und Schäfer (1969) haben gezeigt, daß Ronicol retard den Effekt einer konservativen Übungstherapie weiter deutlich zu steigern vermag. **Trainingspläne zur Durchführung der Gehübungen im Intervall stehen Ihnen für Ihre Patienten auf Abruf zur Verfügung.**



Gehtraining im Intervall modifiziert nach Schlüssel, Med. Welt 1965, 145-147



Gebessert = Mehrdurchblutung im Venenverschlußplethysmogramm von mindestens 1,5 ml pro 100 ml Gew./min.

Ronicol[®] retard und Intervalltraining
Optimale konservative Therapie arterieller Durchblutungsstörungen der unteren Extremitäten.

Ronicol retard (β -Pyridyl-carbinol)
OP zu 20, 50 und 100 Dragées



Hoffmann-La Roche AG
7887 Grenzach

15.30 – 17.00 Uhr:

Erfahrungsaustausch in Gruppen (Balintgruppen)

1. Balintgruppe: Sitzungszimmer, Oberer Fletz
Priv.-Doz. Dr. W. Pöldinger, Basel
2. Balintgruppe: Sitzungszimmer, 1. Stock
Priv.-Doz. Dr. B. Luban-Plozza, Locarno

Sonntag, 27. September 1970

9.00 – 9.30 Uhr:

Prof. DDr. Dr. F. Singer, Meran:

„Prophylaxe und Ästhetik festsitzenden Zahnersatzes durch systematische Mundpflege“

9.30 – 10.00 Uhr:

Prof. DDr. W. Ketterl, Mainz:

„Das Anwachsen der Parodontopathien zur sogenannten Volkskrankheit“

10.00 – 10.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Birkmayer, Wien:

„Urbane Anthropologie“

11.00 – 11.30 Uhr:

Dr. D. Ladewig, Basel:

„Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen“

11.30 – 12.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Pöldinger, Basel:

„Die Angst des modernen Menschen“

12.00 – 12.30 Uhr:

Dr. J. Klemm, München:

„Diagnostisch therapeutische Ergebnisse bei arteriellen Verschlusskrankheiten“

14.00 – 15.00 Uhr:

Podiumsgespräch II:

„Volkskrankheiten bei Kindern“

Prof. Dr. H. Harbauer, Frankfurt:

„Verhaltensstörungen“

Prof. Dr. H. Cotta, und Priv.-Doz. Dr. J. Dreyer, Heidelberg:

„Haltungsschäden“

Prof. DDr. W. Ketterl, Mainz:

„Zahnschäden“

Parallellaufende Veranstaltungen

Bayerisches Rotes Kreuz, Bezirksstelle Schwaben:

„Erste ärztliche Hilfe am Unfallort“

Dr. Muschiatti, Hygiene-Institut Gelsenkirchen:

„Gerinnungskurs mit praktischen Übungen“

Fa. Boehringer Mannheim:

„Laborkurs“

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat der Augsburger Fortbildungskongresse für praktische Medizin, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 2 27 77

Kurs und Praktikum über Blutgruppenserologie, Transfusionskunde und Erythroblastosediagnostik

vom 21. bis 25. September 1970 in Augsburg

In der Zeit vom 21. bis 25. 9. 1970, jeweils 9.00 bis 12.00 Uhr und 14.00 bis 17.00 Uhr, findet unter der Leitung von Dr. S. Spranger, Ingolstadt, im Institut des BSD/BRK Augsburg, Auf dem Kreuz 23, ein Kurs und Praktikum über Blutgruppenserologie, Transfusionskunde und Erythroblastosediagnostik statt.

Kursgebühr wird nicht erhoben.

Anmeldungen sind zu richten an den Chefarzt des Blutspendedienstes des Bayerischen Roten Kreuzes, 8714 Wiesentheid, Telefon (09383) 273–275

1. Ärztetagung in der präklinischen Geriatrie

vom 18. bis 20. September 1970 in Erlangen

Die Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg veranstaltet in der Zeit vom 18. bis 20. 9. 1970 in Erlangen die 1. Ärztetagung in der präklinischen Geriatrie.

Thema: „Das Herz des alternden Menschen“

Auskunft: Dr. E. Lang, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29

ROWACHOL®

Cholagogum Choleretikum

**Tropfen
Kapseln
Suppos.
Comp.**

**Rationell
und gezielt
therapieren**

**Bei
Leber- und
Gallenleiden
Gallensteinen**

ROWA-WAGNER K.G. ARZNEIMITTELFABRIK 506 BENSBERG

4. Internatslehrgang für Arztfrauen und Arzthelferinnen

vom 28. September bis 2. Oktober 1970 in Augsburg

Tagungsort: Augsburg, Perkhotei „Weißes Lemm“, Ludwigstraße 36

Arbeitsgebiete und -themen:

1. Grundlagen der Labortechnik, Lebereinrichtung, Materielgewinnung, Verarbeitung und Einsendung, Meßtechnik und Qualitätskontrolle
2. Arbeit am Photometer: Blutzucker, GOT-GPT, Fettstoffwechsel, Leberdiagnostik. Weitere Themen sind: Abrechnungswesen, Rationalisierung und Automatisierung im Prexisbüro (z. B. „Der ärztliche Schreibtisch“)
3. Besichtigungsprogramm: Augsburger Kliniken, Laboratorien, Nuklearmedizinischer Wagen der Fa. Siemens

Auskunft und Anmeldungen: „Institut für ärztliche Fortbildung“, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (0821) 22777

1. Tagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen

vom 27. bis 29. September 1970 in München

Die 1. Tagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen unter Beteiligung der Österreichischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie findet in der Zeit vom 27. bis 29.9.1970 in München statt.

Auskunft: Dr. Dr. Z e l i n e r, 6700 Ludwigshafen-Oggersheim, Pfennigsweg 13

Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer für Perinatologie in Praxis und Klinik

vom 5. bis 9. Oktober 1970 in München

In der Zeit vom 5. bis 9.10.1970 findet in München ein Fortbildungskurs der Bayerischen Landesärztekammer für Perinatologie in Praxis und Klinik mit praktischen Übungen statt. Beteiligt sind außer der I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München die II. Frauenklinik, die Kinderklinik und die Kinderpoliklinik der Universität München.

Tagungsort:

Hörsaal der I. Frauenklinik, München 15, Meistraße 11

Tagungsthemen:

„Die Risikogeburt“ (Leitung: Prof. Dr. J. Z a n d e r)

„Das Neugeborene post partum“ (Leitung: Prof. Dr. K. B e t k e)

„Das Risikokind in der Neugeborenenperiode“ (Leitung: Prof. Dr. H. S p l e ß)

„Die Risikoschwangerschaft“ (Leitung: Prof. Dr. R. F i k e n t s c h e r)

Diskussion nach den einzelnen Vorträgen.

Demonstrationen in den beteiligten Kliniken täglich ab 15.00 Uhr.

Auskunft und Anmeldung: Privatdozent Dr. E. J. H i c k l, 8000 München 15, Maistraße 11, Telefon (0811) 5397261



Wenn Sie ein eigenes
Schwimmbad bauen, dann
sollte vorher „alles klar sein“

Wir beraten, planen,
liefern und bauen für Sie

SCHWIMMHALLEN
SCHWIMMBECKEN
SAUNA-ANLAGEN

Alles aus einer Hand von:

helios



8500 Nürnberg
Hochwaldstraße 11
Telefon 48 24 40, 48 70 04

8000 München 25
Meidstraße 25
Telefon 77 10 21 / 2

Kongreßreisen

Gruppenflug für Ärzte der Bayerischen Landesärztekammer nach Amerika

Es besteht für Ärzte in Bayern die Möglichkeit, im Oktober 1970 verbilligt nach Amerika mit der Jumbo-Jet zu fliegen.

Abflug München, 17. 10. 1970, 9.30 Uhr, Rückflug New York, 31. 10. 1970, 22.15 Uhr.

Preis für Hin- und Rückflug bei einer Mindestbeteiligung von 80 Personen pro Person DM 751,-, von 100 Personen pro Person DM 697,-.

Anschlußflüge sowie touristische und fachliche Rundreisen kann das Amtliche Bayerische Reisebüro ausarbeiten.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königinstraße 85

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

Reise zum Studium der Psychiatrie nach Leningrad und Moskau

vom 18. bis 25. September 1970

Die Kurzreise soll den Teilnehmern einen Überblick und wertvolle Einblicke in die Belange des sowjetischen Arztes, seine Arbeitsweisen, seine Aus- und Fortbildung und über die Forschungsmethoden und -aufgaben des sowjetischen Gesundheitswesens geben. Die Reise wird so gestaltet, daß das Schwergewicht der Fachgespräche mit Vertretern der sowjetischen Gesundheitsbehörden auf allgemein-medizinischen Fragen liegt und zusätzliche Kliniken und Institute, entsprechend der Fachrichtung, ergänzt werden.

Wegen des großen Interesses für diese Reise ist eine baldige Anmeldung empfehlenswert.

Der Tourpreis pro Person beträgt: DM 952,-.

Der Tourpreis beinhaltet folgende Leistungen: Flug mit Maschinen internationaler Fluggesellschaften; Unterkunft in Doppelzimmern mit Bad oder Dusche in Moskau und Leningrad (Einbettzimmerzuschlag pro Nacht DM 25,-); volle Verpflegung

(3 Mahlzeiten täglich); Besichtigungen in Moskau und Leningrad fachlicher Art mit Bus und Reiseleiter.

Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Studienreise nach Schottland vom 3. bis 10. Oktober 1970

Studienprogramm:

1. Nationaler Gesundheitsdienst
2. Studium von Gruppenpraxen, Lehrpraxen für Allgemeinmedizin usw.
3. Zusammenkunft mit Vertretern der schottischen Ärztekammer (Aussprache über das Arztrecht in England und die Entwicklung moderner Medizin)
4. Im Rahmen-Programm Stadt- und Schloßbesichtigung von Edinburgh, Ausflüge, kunsthistorische Führungen, Exkursionen usw.

Linienflug direkt ab München und Stuttgart mit PAN AM.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 33 20 21

Anmeldungen: Deutsches Reisebüro (DER), Abteilung „Ärztliche Kongreßreisen“, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25-27

Zolghadar

Inh. Humbert Saemmer



TEPPICHE
aus PERSIEN
und CHINA

München Maximilianstr. 33 u. 34
Ingolstadt Theresienstr. 28

100 Flügel 500 Pianos

Cembell, Heim-Organen
neu und gespielt
alle Größen, alle Preislagen
Bis zu 40 Monatsraten
Lieferung frei - Kundendienst

Piano-Lang

München, Kaufingerstr. 28/1
und Landsberger Straße 336
(hier eigener Parkplatz)
Augsburg, Behnhofstr. 15/1
Frankfurt/Main, Stiftstr. 32
Regensburg, Neuhausstr. 4
Würzburg, Theaterstraße 18



Kleintresor
feuersicher
DM 710,-

Einbe-
tresore
ab DM 102,-

W. Dreisörner
6000 Frankfurt/M. 50
Postfach 50 10 49
Katalog „EY“ freil

Anzeigenschluß für
die August-Ausgabe:
25. 7. 1970

Neue Vorteile durch das
624-Mark-Gesetz!
werden Sie Mitglied im
Club 624 = Club der Klugen



Wenn's um Geld geht

SPARKASSE



Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Mai 1970*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Scharlachfälle ging wie im April, so auch im Mai etwas zurück. Auf 100 000 Einwohner trafen im April 53, im Mai 48 Fälle (umgerechnet auf ein Jahr). Bei übertragbarer Hirnhautentzündung trat die durch Meningokokken erregte Form in etwa gleicher Zahl der Fälle wie im Vormonat, die übrigen Formen etwas seltener auf.

Weiterhin nur in vereinzelten Fällen wurde Typhus, Paratyphus und Ruhr bekannt. Die Erkrankungsziffer an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündungen) stieg von 11 Fällen im April auf 20 im Mai, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen. Im gleichen Zeitraum sank die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) von 29 auf 25 Fälle je 100 000 der Bevölkerung.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Mai 1970 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare																	
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung		Typhus abdominale		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritide Infectiose			
					der. parat. 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	—	—	182	—	—	—	7	—	8	—	—	—	1	—	1	—	2	—	62	—	—	—
Niederbayern	1	—	11	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	15	—	1	—
Oberpfalz	—	—	27	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	—	—	—
Oberfranken	—	—	36	—	—	—	3	1	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	—	3	—
Mittelfranken	—	—	59	—	—	—	7	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—
Unterfranken	—	—	12	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	1	—	—
Schwaben	—	—	61	—	—	—	2	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	19	—	2	—
Bayern	1	—	388	—	—	—	23	1	28	1	2	1	2	—	1	—	3	—	161	1	6	—
München	—	—	88	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	31	—	—	—
Nürnberg	—	—	26	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Altbayern	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
Regensburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20	
	Bollusämie		Nepentitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Toxoplasmosis		Trachom		Trichinose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Sterbefälle an Grippe	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	83	—	—	—	2	—	—	—	12	—	1	1	3	—	3	—
Niederbayern	—	—	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	—	—	—
Oberpfalz	1	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—
Oberfranken	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
Mittelfranken	—	—	21	—	1	—	3	2	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—
Unterfranken	—	—	18	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	15	—	—	—
Schwaben	—	—	30	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	21	—	—	—
Bayern	1	—	206	1	1	—	5	2	1	—	12	—	5	3	67	—	3	—
München	—	—	43	—	—	—	2	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Altbayern	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

²⁾ „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

³⁾ „ST“ = Sterbefälle.

⁴⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtigtes Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.