



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Oktober 1970

23. Bayerischer Ärztetag in Passau

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 2./3./4. Oktober 1970

- Tagungsort:** *Nibelungenhalle in Passau*
- Eröffnung des Ärztetages:** *Freitag, den 2. Oktober 1970, 19.00 Uhr, im Großen Saal des Passauer Rathauses*
- Beginn der Arbeitstagen:** *Samstag, den 3. Oktober 1970, und Sonntag, den 4. Oktober 1970, jeweils um 9.00 Uhr s. t. in der Nibelungenhalle*
Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt, zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.
Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.
- Tagesordnung:**
1. *Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer*
 2. *Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer*
 - e) *Rechnungsabschluß 1969*
 - b) *Beitragsordnung*
 - c) *Vorenschlag 1971*
 3. *Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer*
 4. *Berufsordnung für die Ärzte Bayerns*
 - a) *Allgemeiner Teil*
 - b) *Weiterbildungsordnung*
 5. *Prüfungsordnung für Arzthelferin-Lehrlinge*

**Niederbayern begrüßt
die Teilnehmer des
23. Bayerischen Ärztetages**



23. Bayerischer Ärzteteg in Passau: ein erfreuliches Ereignis. Ich danke allen Verantwortlichen dafür, daß sie Passau als Tagungsort gewählt haben. Herzliches Willkommen allen Teilnehmern an den Veranstaltungen.

Sie kommen in ein Gebiet, das unter einem unertreulichen Mangel an Ärzten leidet. Möge Ihre An- und Abreise durch Niederbayern, durch die anziehende Hügellandschaft südlich der Donau mit ihren reichen kulturellen Schätzen oder durch die herrliche Mittelgebirgslandschaft Sie alle überzeugen, daß Niederbayern eine ansprechende Kulturlandschaft ist, die erhalten werden muß, und in der zu arbeiten persönlich viel Belriedigung und reichen Lohn bringt.

Ihrer Veranstaltung wünsche ich einen guten Verlauf mit vielen Anregungen, Ihnen allen wünsche ich neben der Arbeit erholsame Tage und uns Niederbayern wünsche ich, daß Sie dieses Land mit allen seinen Reizen und seine wertvollen Menschen kennen und schätzen lernen, damit Sie nach Ihrer Rückkehr in Ihre Heimat meinen schönen Regierungsbezirk in guter Erinnerung behalten.

Johann Riederer

Johann Riederer
Regierungspräsident

**Willkommen
in Passau**



Die Dreiflüssestadt Passau als Tagungsort des 23. Bayerischen Ärztetages heißt die bayerische Ärzteschaft herzlich willkommen.

Ich hoffe, daß unsere Gäste über ihre beruflichen Probleme hinaus Zeit und Muße für erholsame Stunden in unserer schönen Stadt und ihrer reizvollen Umgebung finden und Passau in guter Erinnerung behalten werden.

In diesem Sinne wünsche ich allen Kongreßteilnehmern einen angenehmen Aufenthalt in unserer schönen Stadt und der Tagung einen vollen Erfolg.

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

Dr. Emil Brichta
Oberbürgermeister

Grußwort zum 23. Bayerischen Ärztetag



Zum dritten Mal nach dem Wiedererstehen der Bayerischen Landesärztekammer haben die niederbayerischen Ärzte den Bayerischen Ärztetag in die Drei-Flüsse-Stadt Passau eingeladen. Darüber freuen sich nicht nur diejenigen, welche Passau nur von Bildern und aus der Geschichte kennen, sondern auch alle, die bei früheren Gelegenheiten diese wunderschöne Stadt besuchen konnten. Passau ist ein Stück Geschichte im österreichisch-bayerischen Raum und fast jedes Gebäude seiner Altstadt und der herrliche Dom sind Zeugen einer stolzen Vergangenheit. Aber auch heute ist Passau noch ein wesentliches Bindeglied zwischen den beiden benachbarten Ländern Bayern und Österreich. Deshalb unser aller aufrichtiger Dank an die Gastgeber.

Die Tagesordnung des bevorstehenden 23. Bayerischen Ärztetages ist umfangreich, schwierige Entscheidungen werden von den Delegierten erwartet. Ich bin sicher, daß die Diskussionen und Beschlüsse wie in all den vergangenen Jahren von Sachkunde und Begeisterung für die Sache, aber auch von hohem Verantwortungsbewußtsein getragen sein werden. Es wird jedem von uns dabei mehr denn je bewußt werden, daß die Verantwortung, welche den gewählten Vertretern der Ärzte unseres Landes zukommt, immer schwerer auf unseren Schultern lastet. Die Beratungen werden uns also voll in Anspruch nehmen. Dennoch glaube ich, daß einige Stunden zur Pflege der Kollegialität und Geselligkeit bleiben.

Allen Delegierten, den Arztfreuen, die sie begleiten werden, und unseren Gästen entbiete ich einen herzlichen Willkommensgruß.

Professor Dr. Hans J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

**An den
23. Bayerischen Ärztetag**



Zum drittenmal seit Kriegsende findet der Bayerische Ärztetag in Passau statt.

Es ist für mich eine außerordentliche Ehre und eine große Freude zugleich, den Herrn Präsidenten und die Herren Delegierten des Bayerischen Ärztetages in unserer elterwürdigen niederbayerischen Grenzstadt begrüßen zu dürfen.

Passau, von einem begeisterten Freund der Stadt einstmals das „Satzburg Bayerns“ genannt, bietet seinen Gästen neben einer reizvollen Landschaftskulisse zahlreiche Zeugen geschichtlicher Vergangenheit, die eine Zeitspanne von 2000 Jahren umfaßt. Alexander von Humboldt zählte Passau zu den sieben schönsten Städten der Welt. Am Zusammenfluß von Donau, Inn und Ifz gelegen, präsentiert sich die alte Bischofsstadt in Ihrer einmaligen Schönheit. Auf schmaler Landzunge zwischen Donau und Inn liegt Ihr historischer Hauptteil mit dem gewaltigen, spätgotischen, in italienischem Barock ausgestatteten Dom, der die mit 1700 Pfeifen größte Kirchenorgel der Welt besitzt.

Vom Römerkastell „Castra Batava“ über den ersten Passauer Kirchenfürsten Bischof Pilgrim, der entscheidenden Anteil an der Verbreitung christlicher Kultur im südosteuropäischen Raum hatte, bis hin in jüngste Vergangenheit, da Hans Carossa in dieser Stadt als Arzt und Dichter wirkte, spannt sich ein weiter Bogen abendländischer Geschichte, Kultur und Geisteswissenschaft, in deren Mittelpunkt einst die „hochfürstliche Haupt- und Residenzstadt“ stand und deren Ausstrahlung gerade heute wieder durch die zwischenzeitlich berühmt gewordenen „Europäischen Wochen“ in beglückender Weise zu spüren ist.

Somit hoffe ich, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, daß die alte Nibelungenstadt Sie alle als unsere Gäste treundlich aufnehmen wird und daß Sie neben dem Ernst der berufspolitischen Arbeit auch noch die Muße finden werden, unsere schöne Stadt und Ihre romantische Umgebung kennen und lieben zu lernen.

Ich wünsche dem 23. Bayerischen Ärztetag einen harmonischen und erfolgreichen Verlauf.

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

Dr. A. Rixner
1. Vorsitzender des
Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern

**Passau
grüßt den
23. Bayerischen Ärztetag**



Zum 23. Bayerischen Ärztetag heiße ich im Namen aller Kolleginnen und Kollegen des Ärztlichen Kreisverbandes Passau Stadt und Land alle Teilnehmer herzlich willkommen.

Besonders begrüßen möchte ich alle Ehrengäste, den Vorstand der Bundesärztekammer, der Bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der freien Verbände sowie die Delegierten als die gewählten Vertreter der bayerischen Ärzteschaft.

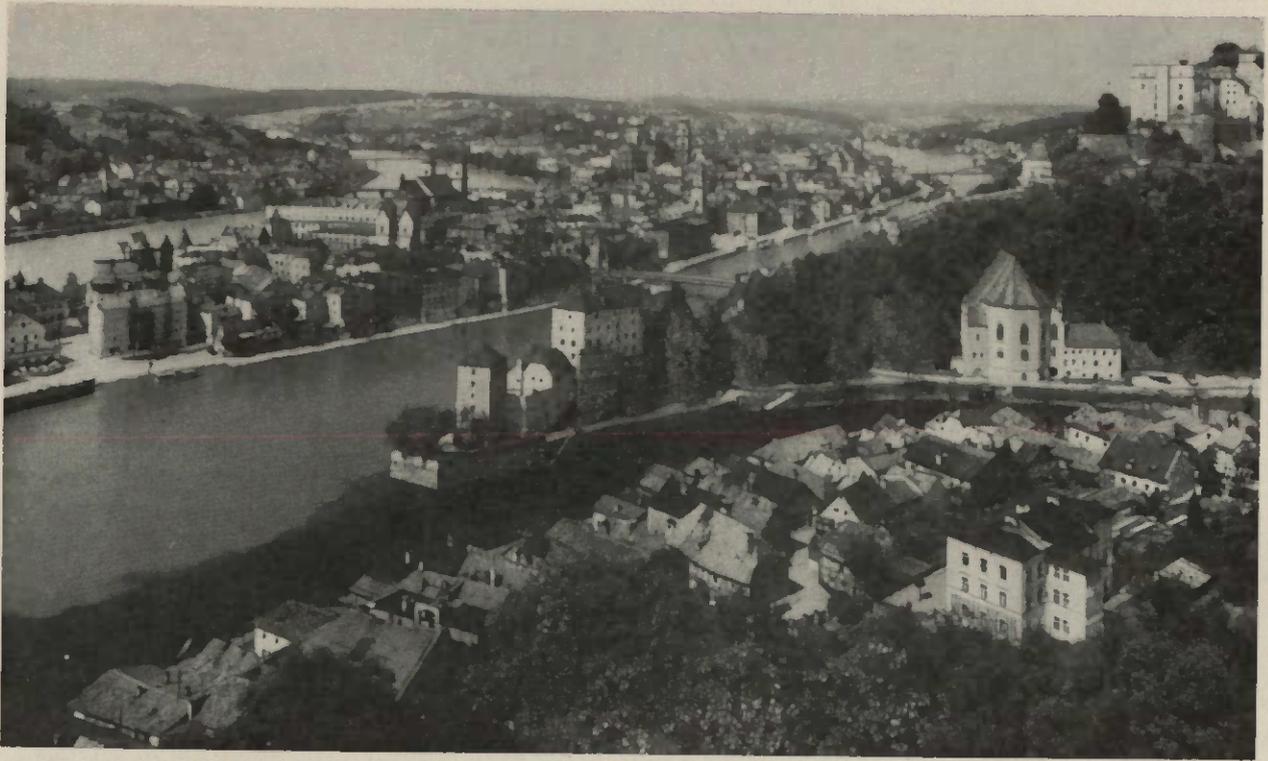
Auf das herzlichste möchte ich auch die Damen begrüßen, die durch ihre Teilnahme den Rahmen der Tagung verschönern wollen und gleichzeitig ihre Zugehörigkeit zu den berufspolitischen Aufgaben ihrer Männer kundtun können.

Hoffentlich gelingt es uns, die Tage in der 2000jährigen, geschichtreichen, sehenswerten und liebenswerten Stadt erfolgreich und erinnerungswert zu gestalten!

Dem „alten Spruch“: „So einer vom Himmel fiele, müßte er nach P a s s a u fallen; denn dort ist es am schönsten“, möchte ich den Wunsch anfügen, daß das Wetter, die Vorbereitungen und der Verlauf der Tagung so werden mögen, daß keiner aus „allen Wolken“ fällt!

A handwritten signature in cursive script, appearing to read 'A. Steinebrey'. The ink is dark and the handwriting is fluid and somewhat stylized.

Dr. A. Steinebrey
1. Vorsitzender des
Ärztlichen Kreisverbandes Passau



Veste Oberhaus mit Niederhaus und Ilzstadt

Das alte und das neue Passau

von Hans Brunnendorfer

Die Donau, der einzige Strom Deutschlands, der nach dem Osten fließt, nimmt unmittelbar an der Grenze, bevor er das bayerische Land verläßt, zwei Flüsse zugleich auf, den wilden Inn, von Süden aus den Alpen, und die dunkle Ilz, von Norden aus dem Bayerischen Wald. Diese drei Flüsse haben die reizvolle Besonderheit der schönen Landschaft von Passau geformt. Über 100 m tief haben sie sich in enge Täler durch das harte Granitgestein der südlichen Ausläufer des Bayerischen Waldes eingegraben und lassen an schmalen Ufern nur wenig Raum für menschliche Besiedlung.

Trotz dieser Enge zwischen Steilhängen und den breiten Strömen haben schon vor mehr als 2000 Jahren hier die Kelten gesiedelt, wo heute noch eine mittelalterliche Barockstadt dicht gedrängt sich auftürmt, überragt von der beherrschenden Baumasse des weit ausladenden Domes mit den drei patinagrünen Kuppeln seiner massigen Türme. Im Süden steht jenseits des Inns über der Stadt die feingliedrige Baugruppe der barocken Wallfahrtskirche von Mariahilf, in den Notzeiten des 30jährigen Krieges erbaut. Im Norden erhebt sich hoch über der Donau als Bekrönung des Georgsberges die gewaltige Veste Oberhaus, in der Talniederung auf der Felsrippe zwischen Ilz und Donau ausklingend in die Veste Niederhaus. Diese Stadtland-

schaft, ausgeformt in jahrhundertlangem Streben abendländischen Geistes nach Harmonie in der Vielfalt individuellen Schaffens und Bauens, das ist Passau.

Schon 15 v. Chr. drangen die Legionen des Römischen Reiches unter den machtgerigen Cäsaren bis an die Donau vor und unterwarfen oder vertrieben die einheimische keltische Bevölkerung von Boiodurum im Mündungsbereich von Donau und Inn. Die spätere römische Besatzung, niederländischer Herkunft im Lager Castra Batava, hat der umliegenden Siedlung den Namen hinterlassen; Passau wird aus dieser römischen Bezeichnung abgeleitet.

Das Christentum kam noch zur Zeit der römischen Besatzung nach Passau. Der heilige Severin soll zwischen 430 – 450 hier gewirkt und in der Basilika innerhalb des römischen Lagers gepredigt haben. Das von ihm errichtete kleine Kloster auf der südlichen Innseite mußte in den nachfolgenden Wirren der Völkerwanderung wieder geräumt werden. Wer das Christentum nach der Einwanderung der Bajuwaren (515 – 530) wieder restauriert hat, ist nicht bekannt. Auffallend ist die Tatsache, daß damals Passau als einzige bayerische Diözese keinen fränkischen Glaubensboten, sondern römische Heilige zu Patronen hatte. Als Bonifatius die bayerische Kirchenprovinz errichtete, fand er in Passau bereits einen rechtmäßig installierten Bischof vor. Im Jahre 739 wurde Passau ständiger Bischofssitz der größten deutschsprachigen Diözese. Die spätere Ausdehnung des Fürstbistums Passau, zu dem es 1217 erhoben wurde, reichte über



Römischer Bronze-Jupiter, 2. – 3. Jh. (Oberheuseumum)

den Donauroaum von der Isarmündung bis zur ungarischen Grenze. Der Schutzheilige der Passauer Domkirche, St. Stephanus, wird Schutzpatron der Wiener Bischofskirche und der Krone von Ungarn. Als Reichsfürsten residieren die Passauer Bischöfe fast 600 Jahre bis zur Säkularisation im Jahre 1803. Die erste Blüte und Entfaltung geistiger und geistlicher Macht erlebte Passau unter Bischof Pilgrim (971–991), der ohne Ressentiments aus den ungarischen Raubzügen dieses Volk zu einigen und mit Erfolg dem Christentum zuzuführen verstand. Er veranlaßte die Sammlung und Aufzeichnung der Sagenstoffe vom Zuge der Nibelungen ins Hunnenland und ging dabei selbst in das Nibelungenlied der Stauferzeit ein. Walter von der Vogelweide war damals zu Gast am Hof von Passau. Diesem tatkräftigen Bischof ist auch der rasche Wiederaufbau der bei den Machtkämpfen zwischen Kaiser Otto II und den bayerischen Herzögen vollständig zerstörten Stadt (977) zu verdanken.

Neben dem durch die Agilolfinger gegründeten Domstift St. Stefan entstand damals nahe der Ortsspitze eine bedeutende kirchliche Grundherrschaft, das Kloster Niedernburg, das mit reichen Ländereien ausgestattet bis 1161 selbständige Reichsabtei blieb. Die selige Gisela, Schwester Kaiser Heinrich II, liegt dort in der Klosterkirche begraben. Mit der Einverleibung dieses Klosterbesitzes in das Fürstbistum war die bischöfliche Macht in Passau endgültig gefestigt.

Der bischöfliche Hof mit seinen geistigen Institutionen wie Domschule und Dombauhütte wird zum Ausstrahlungspunkt geistlicher und geistiger Kultur in den Ostraum. Zahlreiche Donauklöster werden von Passau aus gegründet. Vor den Stadtmauern Passaus entsteht der Augustiner-Chor-Herrenstift St. Nicola, eine besondere Pflegestätte geistiger Güter bis zu seiner Säkularisation. Nach 1945 sind dort die aus dem Osten vertriebenen Deutschen Ordensschwwestern eingezogen.

Auch in den Kreuzzügen spielt Passau eine Rolle. Kaiser Friedrich Barbarossa bricht 1189 von Passau aus mit Bischof Theobald zum Kreuzzug nach Palästina auf. Beide kehrten nicht mehr zurück.

In der fürstbischöflichen Residenzstadt hat auch das Bürgertum Teil am Einfluß und der Machtstellung des Bischofs. Handel und Handwerk kommen zu hoher Blüte. Die Schifffahrt auf Donau und Inn und insbesondere der Umschlag von Salz, das aus dem Salzachgebiet den Inn herab nach Passau gebracht und dort auf dem Landwege nach Böhmen umgeschlagen wurde, führte zu einem gewissen Reichtum. Die Handelsbeziehungen Passauer Kaufleute reichten von Spanien bis Rußland und über Venedig bis Byzanz. Berühmt waren im gesamten Abendland die Wolfsklingen aus Passau für die Waffenausrüstung. Noch heute erinnern die Straßennamen in der Altstadt an jene Handwerkszünfte wie Messergasse, Klingergasse, Lederergasse, Schustergasse und Kastnergasse. Reiche Bürger hinterließen gemeinnützige Stiftungen, die noch heute ihre Aufgabe erfüllen, wie das St. Johannes-Spital aus dem Jahre 1206, das Altersheim der Heilig-Geist-Stiftung, gegründet 1358, und die Waisenhausstiftung aus dem Jahre 1749. Ihrer wirtschaftlichen und finanziellen Macht und Leistung bewußt, versuchten die Bürger wiederholt, gewisse Selbstverwaltungsrechte vom Fürstbischof zu erlangen, aber erst im 15. Jahrhundert erhalten sie ihr Rathaus, das umgebaut und wiederholt erweitert noch heute besteht.



Das mittelalterliche Passau

Eine hohe Blüte geistiger und künstlerischer Entwicklung erlebte Passau in der Zeit der Gegenreformation mit der Errichtung des Jesuitenkollegs und einer wissenschaftlichen Akademie, dem heutigen Gymnasium Leopoldinum, nachdem schwere Katastrophen über die Stadt hinweggegangen waren. Im Jahre 1348 ist zum erstenmal die Beulenpest aufgetreten, die fast 300 Jahre lang immer wieder aufflackerte und viele Bürger dahinraffte. 1501 und 1558 wird die Stadt von den größten Hochwasserkatastrophen ihrer Geschichte heimgesucht. 1662 und 1680 ist die ganze Stadt abgebrannt und damit ihre gotische Architektur bis auf wenige Reste untergegangen. Neu aus den Ruinen entstanden ist damals die barocke Stadt, so wie wir sie heute kennen. Bauwerke aus früheren Stilepochen sind nur in einigen Sakralbauten erhalten geblieben,

so Reste aus der romanischen Zeit in der Kirche von Niedernburg, die später in der gotischen Zeit ergänzt und überbaut wurden. Aus dieser Stilepoche stammt eines der köstlichsten Baudenkmäler, der Rundbau der St.-Salvator-Kirche in der Ilzstadt, dort auch die Pfarrkirche St. Bartholomäus. Gotisch ist die den Residenzplatz beherrschende Fassade des Ostchores am Dom. Reste gotischer Bauteile zeigt auch die alte bischöfliche Residenz und das Rathaus an der Fassade zur Donau und am Haupteingang.



Fürstbischöfliches Opernhaus 1784 nach der Restauration 1961

Für den Wiederaufbau der Stadt nach den Stadtbränden wurden italienische Baumeister und Künstler verpflichtet, wie Carlone, Lurago und Altomonte, die vor allem den Dom in der heutigen Form aufgebaut und ausgestattet haben. Aber auch heimische Künstler wurden an den Passauer Hof berufen, wie Joh. Rottmayr, Andreas Wolf, Donner, Götz, Deutschmann, Bergler und Modler. Neben der alten Residenz wird eine neue mit dem Prunk der damaligen Zeit erbaut. Unter Fürstbischof Auersperg wird das schon vorhandene Hoftheater 1784 neugestaltet, das nach der Restaurierung von 1961 nunmehr zu den vier schönsten Stiltheatern Bayerns aus jener Zeit zählt.

Das beherrschende Bauwerk der Stadt ist der barocke Dom, von Lurago erbaut und von Carlone mit reichem Stuck in südländischer Lebendigkeit und Fülle ausgeschmückt. In diesem größten Kirchenraum Süddeutschlands aus der Barockzeit ist die größte Kirchenorgel der Welt installiert.

Im Jahre 1784 werden, obwohl das Fürstbistum Passau äußerlich auf dem Höhepunkt seiner Machtentfaltung steht, durch Kaiser Josef II die Bistümer Linz, St. Pölten und Wien abgetrennt. Als wenig später die napoleonischen Feldzüge auch Passau berühren, wird der Wohlstand der Bürgerschaft durch Besatzungskosten und Truppenbelegung schnell aufgezehrt. Durch die Pioniere Napoleons wird Passau zur Festung ausgebaut und dabei fast die ganze Hofmark St. Nicola zerstört. Als gar durch die Säkularisation von 1803 Passau als Haupt- und Residenzstadt mit allen geistlichen Institutionen seiner Besitzungen beraubt wird, sinkt es

zu einer bayerischen Provinzstadt herab, aus der wahllos alle Kunstschatze einer 600jährigen fürstlichen Epoche weggeschafft, vergeudet oder zerstört werden.

Zwar ist die Stadt bis 1839 noch Sitz der Kreisregierung für den unteren Donaukreis, hat aber die Bedeutung des beherrschenden Mittelpunktes eines großen Einflußgebietes verloren. Der Handel nimmt mit der Donauschiffahrt seit 1839 wieder einen leichten Aufschwung und mit dem Ausbau der Eisenbahn im Jahre 1860 erhält Passau Anschluß an die „weite Welt“ nach Osten und Westen durch die Fernverbindung Ostende – Konstantinopel.

Die Veste Oberhaus, 1219 durch Fürstbischof Ulrich begonnen, im Laufe der Jahrhunderte immer mehr als Schutzburg der Bischöfe gegen das aufbegehrende Bürgertum ausgebaut, fällt 1803 ebenfalls an den bayerischen Staat und wird von der Stadt 1931 erworben. Heute sind dort die Jugendherberge, der Campingplatz, eines der schönsten Heimatmuseen mit Filialgalerie der Staatsgemäldesammlung und mehreren Sonderabteilungen untergebracht.

Die zwischen Inn und Donau errichtete Stadtmauer wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts abgerissen und der Graben zugeschüttet. Die Stadt begann, sich nach Westen auszudehnen. Geschäftshäuser, Banken, Lagerhäuser und Handelsvertretungen haben sich dort niedergelassen. Durch Aufnahme von zwei Randgemeinden in das Stadtgebiet im Jahre 1923–1927 wurde die Voraussetzung für die bauliche Entwicklung der Stadt in der Gegenwart geschaffen. Mit dem An-



Dom – Innenansicht

schluß Österreichs im Jahre 1938 bekommt Passau wieder Hinterland.

Um den Massen-Tourismus mit großen Veranstaltungen bemüht sich die damalige Verwaltung und läßt die Nibelungenhalle mit einem Fassungsvermögen von 12 000 Plätzen errichten, in der Hoffnung, der Stadt die Funktion einer Kongreßstadt geben zu können. Als der zweite Weltkrieg ausbricht, zählt die Stadt 26 000 Einwohner.

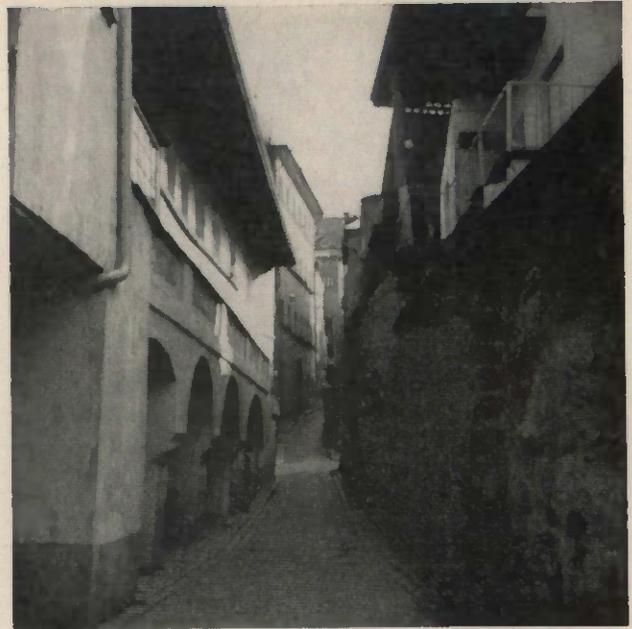
Den letzten Krieg hat die Stadt fast unversehrt überstanden. Am schwersten traf sie die Sprengung der acht Verkehrsbrücken über Inn, Donau und Ilz, weil damit auch das Versorgungsnetz der Stadt für Wasser, Strom und Gas zerstört wurde. Gleichzeitig stieg die Einwohnerzahl durch Zustrom von Ausländern und deutschen Flüchtlingen auf 36 000. Infektionskrankheiten, darunter auch Typhus, breiteten sich in den Massenlagern aus.

Die Stadt war wieder Grenzstadt geworden im äußersten Südosten Bayerns, der Bundesrepublik und des EWG-Raumes. Die zugewanderte Bevölkerung konnte keine Existenz finden und wanderte nach und nach wieder ab, so daß die Einwohnerzahl auf rund 30 000 fiel. Der Siedlungsraum Passau mit den umliegenden Randgemeinden, der heute durch die bauliche Entwicklung der Nachkriegsjahre zu einem Stadtgebilde zusammengewachsen ist, zählt jetzt rund 50 000 Einwohner. Der allgemeine wirtschaftliche Aufschwung der letzten Jahre hat auch hier zu einer gewissen Prosperität geführt, die vorhandene Betriebe zur Entfaltung brachte. Der größte liegt in der östlichen Randgemeinde und zählt derzeit fast 4 000 Beschäftigte. Während dieser der metallverarbeitenden Industrie angehört und als Zulieferbetrieb arbeitet, spielen in der Stadt die Brauereien, drei Textilbetriebe und eine Kunstdruckerei die beherrschende Rolle. Auch die Handelsbetriebe entwickelten sich mehr und mehr in der Versorgung eines weiten Einzugsgebietes.

Bedeutend ist die Aufgabe der Stadt mehr denn je als Schul- und Bildungszentrum: zwei private Handelsschulen, eine Krankenpflegeschule, eine Lehranstalt für Pharmazeutisch-Technische Assistenten, eine Kindergärtnerinnenschule, eine private und eine staat-



Wohngebiet in der Karlsbader Straße 1967–1969



An der Höllgasse

liche Realschule, eine Fachoberschule, vier Gymnasien und eine Philosophisch-Theologische Hochschule mit Naturwissenschaftlicher Fakultät ergeben einen weitaufgezogenen Fächer an Bildungsmöglichkeiten. Beträchtlich sind die Aufwendungen der Stadt für die Erfüllung dieser Aufgabe. Für die endgültige Unterbringung von Realschule, staatlicher Handels- und Wirtschaftsschule, Fachoberschule und kaufmännischer Berufsschule hat sie ein Schulzentrum geplant, das zusammen mit den notwendigen Sportanlagen einen Aufwand von rund 30 Millionen DM erfordern wird, wovon derzeit Bauanlagen für 13 Millionen DM in der Ausführung sind.

Der Wohnungsbau hat in der Stadt Passau nach 1948 trotz der fallenden Einwohnerzahl einen in ihrer Geschichte noch nicht gekannten Aufschwung erfahren. Von 11 300 Wohnungen sind 5 200 neu gebaut. Die Hochwasserfreilegung und Erneuerung der Ilzstadt, durch die 240 Haushaltungen betroffen sind, ist soweit durchgeführt, daß sie in 2 bis 3 Jahren abgeschlossen ist. Sie erfordert mit dem Verkehrsausbau einen Aufwand von 25 Millionen DM. In Vorbereitung ist die Altstadtanierung entlang der Donau mit einem voraussichtlichen finanziellen Bedarf von 40 Millionen DM. Im Bau ist auch die Abwassersanierung für den Raum Passau unter der Federführung der Stadt. Der voraussichtliche Gesamtaufwand beträgt 85 Millionen DM und muß in 10 bis 15 Jahren aufgebracht werden.

Der Verkehrsausbau betrifft vorrangig die Ortsdurchfahrten der Bundesstraßen und begann mit der Errichtung einer neuen Donaustraßenbrücke und den zugehörigen Auffahrtsrampen. Die Verkehrsübergabe dieser Bauwerke erfolgt im Oktober 1970. Eine Neustrukturierung des Stadtgebietes zwischen Bahnhof, Donau und Inn ist geplant, die eine vollständige Erneuerung der vorhandenen Bausubstanz auslöst und

ein neues Einkaufs- und Geschäftszentrum ergeben wird. Durch Verlegung der Stadtwerke wird ein Bahnhofsvorplatz in zwei Geschossen entstehen, später soll dazu noch der Wasserbahnhof an der Donau auf gleicher Höhe angelegt werden.

In der Vorsorge für die Gesundheit der Bevölkerung wurde ein großes Freibad an der Iiz in landschaftlich bevorzugter Lage für 4000 Besucher ausgebaut, ein zweites ist im Westen der Stadt geplant. Ein Sportstadion mit 24000 Zuschauerplätzen wurde im vergangenen Jahr seiner Bestimmung übergeben. Die Errichtung eines Hallenbades ist bereits beschlossen, mit dem Bau soll im Frühjahr 1971 begonnen werden. Große Probleme finanzieller Art stehen noch an im Krankenhauswesen, wo ein wiederholt erweitertes und umgebautes Haus aus dem Jahre 1927 vor allem in den medizinisch-technischen Einrichtungen der Chirurgie nicht mehr den Ansprüchen der Gegenwart genügt, wengleich in der Strahlentherapie ein Gammatron neben offenen und geschlossenen Isotopen verfügbar ist.

Durch den Bau eines modernst ausgestatteten Schwesternwohnheimes mit 200 Wohnplätzen im vergangenen Jahr wurde zwar eine Lösung des Personalproblems versucht, das Hauptproblem – Krankenhaus-erweiterung oder Krankenhausneubau ist jedoch offen geblieben und jetzt dem größeren Vorhaben einer Universitätsgründung in Passau einzuordnen.

In dieser Aufgabe wird Passau, so wie in den vergangenen Jahrhunderten, wieder zurückfinden zu seiner europäischen Mission als geistige Mittlerin zwischen West und Ost und in der Begegnung von romanischer Sensibilität und deutschem Rationalismus.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Ing. Hans Brunnendorfer, Stadtbauirektor, 8390 Passau, Haydnstraße 15

Band 18 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 20. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen

Therapie der Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege

Ärztliche Beratung in der modernen Touristik

steht unserer Kollegen **kostenlos** zur Verfügung.

Die Kassenärzte Bayerns erhalten diesen Band über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Die anderen Kollegen, die diesen Band ebenfalls zu erhalten wünschen, bitten wir um eine kurze Mitteilung **unter Beifügung von DM 1,- in Briefmarken**; die Broschüre geht ihnen dann durch die Post zu.

Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung des weiblichen Genital- und Brustkrebses in Bayern *)

von H.-J. Soost

Zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns einerseits und den Landesverbänden der RVO-Krankenkassen (AOK, LKK, BKK, IKK) andererseits, wurde Ende 1968 Musterverträge über die Durchführung von Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen abgeschlossen. Damit erhielten alle bei diesen Krankenkassen versicherten Frauen vom 30. Lebensjahr an aufwärts die Möglichkeit, sich einmal im Jahr kostenlos untersuchen zu lassen. Die Ersatzkrankenkassen erklärten sich bereit, ihren Mitgliedern im Rahmen der kurativen Medizin die gleiche Vergünstigung zu gewähren. In Bayern leben 3,2 Millionen Frauen in diesem Alter. Nachdem 65 % der Bevölkerung in RVO-Krankenkassen und 21 % in den Ersatzkrankenkassen versichert sind, wurde damit die bisher größte Vorsorgeuntersuchungsaktion zur Krebsfrüherkennung in Deutschland eingeleitet.

Zu den Vorsorgeuntersuchungen gehören die gynäkologische Untersuchung mit Palpationsuntersuchung und SpekulumEinstellung sowie die Untersuchung der Mammae. Ferner gehört dazu die zytologische Untersuchung eines Zervixabstriches. Die Kolposkopie wurde, ohne damit ihren Wert für die kurative Medizin einschränken zu wollen, nach reiflicher Überlegung aus dem Vorsorgeuntersuchungsprogramm herausgelassen.

Die Durchführung der Untersuchungen lag ausschließlich in den Händen der niedergelassenen Ärzteschaft. Zur Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen wurden sämtliche Frauenärzte und Allgemeinärzte, soweit sie gynäkologisch tätig sind, aufgerufen (Tab. 1).

	Allgemeinärzte Gesamtzahl beteiligt = %			Frauenärzte Gesamtzahl beteiligt = %			sonstige Ärzte (ermächtigt)
München-Stadt	741	245	33,1	126	122	96,8	7
übriges Bayern	4157	2794	67,3	294	291	99,1	11
	4898	2839	57,9	420	413	98,3	18

Tabelle 1
Beteiligte Ärzte an den Krebsvorsorgeuntersuchungen 1969 in Bayern

*) Vorgetragen auf der 3. Europäischen Tagung für Präventiv- und soziale Medizin in Venedig am 25. Mai 1970

Während sich die Frauenärzte fast alle an den Untersuchungen beteiligten, waren es von den Allgemeinärzten rund 58 %. Dabei war in der Großstadt München der Anteil der beteiligten Allgemeinärzte wesentlich geringer als im übrigen Bayern. Die zytologischen Untersuchungen sollten möglichst in zentralisierten Laboratorien, an großen Frauenkliniken oder pathologischen Instituten durchgeführt werden, wurden aber vielfach auch von den Frauenärzten selbst vorgenommen.

Aus juristischen Gründen mußte jede einzelne Krankenkasse den von den Landesverbänden abgeschlossenen Musterverträgen beitreten. So konnten nur in einigen Bezirken die Untersuchungen bereits im ersten Quartal 1969 begonnen werden. Bis zum Ende des Jahres 1969 hatten sich alle Krankenkassen für die Untersuchungen ausgesprochen. Die Intensität, mit der ihre Mitglieder darauf hingewiesen wurden, war allerdings sehr unterschiedlich.

Bei den AOK beteiligten sich 8 bis 9 % der anspruchsberechtigten Frauen, bei den LKK 6,5 %. Am höchsten war die Beteiligung mit 13 % bei den BKK und 18 % bei den IKK. Erstaunlich ist die Feststellung der IKK, wonach von 13 241 ausgestellten Berechtigungsscheinen im Jahre 1969 nur 5590, also 42 %, abgerechnet wurden.

Tabelle 2 zeigt die Beteiligung der Frauen an den Untersuchungen in den einzelnen Quartalen. Man sieht den deutlichen Anstieg von einem Vierteljahr zum anderen. Im ganzen blieb der Anteil der Frauen,

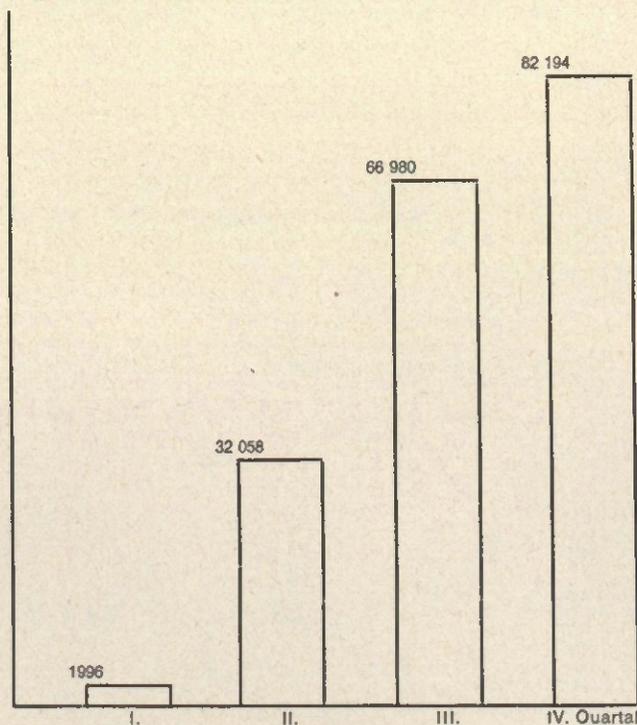


Tabelle 2
Zahl der im Krebsvorsorgeprogramm 1969 untersuchten Frauen

die sich an den Untersuchungen auf Vorsorgeschein beteiligten, mit rund 180 000 aber gering. Es waren 5,6 % der Frauen dieser Altersgruppen und etwa 8,5 % der anspruchsberechtigten Versicherten.

Die Zahl der 1969 in Bayern tatsächlich durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen lag selbstverständlich höher. Denn einerseits liefen die Untersuchungen bei der Mehrzahl der Krankenkassen erst in der zweiten Hälfte des Jahres an, andererseits wurden auch dann zahlreiche zytologische Untersuchungen von RVO-Versicherten sowie sämtliche Untersuchungen von Ersatzkrankenkassen und Privatpatientinnen nicht auf Vorsorgeuntersuchungsschein, sondern im Rahmen der kurativen Medizin durchgeführt. Im Zytologischen Einsendelaboratorium des Bayerischen Landesverbandes zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten (= BLV) machten die auf Vorsorgeschein abgerechneten Untersuchungen etwa $\frac{1}{5}$ aller zytologischen Untersuchungen aus. Wenn es berechtigt ist, diese Zahlen auf ganz Bayern zu übertragen, so würde dies bedeuten, daß sich etwa 25 % der Frauen im krebsgefährdeten Alter untersuchen ließen. Bei Berechnung der Effektivität der Untersuchungen kann jedoch nur von den Ergebnissen der Vorsorge ausgegangen werden, da nur diese auf Landesebene statistisch erfaßbar waren.

Alter in Jahren	Zahl der Frauen	davon beteiligt	%o-Anteil	
			der Frauen	der Anspruchsberechtigten
30-34	374 754	27 706	7,4 %	ca. 11,0 %
35-39	316 417	31 505	10,0 %	ca. 15,0 %
40-44	348 463	34 675	10,0 %	ca. 15,0 %
45-49	382 541	36 267	9,5 %	ca. 14,0 %
50-54	261 704	18 541	7,1 %	ca. 10,7 %
55-59	380 022	17 898	4,7 %	ca. 7,1 %
60-64	349 387	7 595	2,2 %	ca. 3,3 %
65 und älter	807 641	4 984	0,6 %	ca. 0,9 %
	3 220 929	179 171	5,6 %	ca. 8,4 %

Tabelle 3
Beteiligung der Frauen nach Altersstufen

Die Beteiligung am Vorsorgeuntersuchungsprogramm (Tab. 3) war am höchsten bei Frauen im Alter zwischen 35 und 50 Jahren (10 %), mit zunehmendem Alter fiel sie deutlich ab und war verschwindend gering bei Frauen über 65 Jahren (0,6 %).

Bei den 179 171 Mamma-Untersuchungen (Tab. 4) wurden 3,2 % Beobachtungsfälle, 0,3 % Verdachtsfälle und 60 (0,03 %) klinische Karzinome gefunden. Die Zahl der Beobachtungs- und Verdachtsfälle lag zwischen 40 und 50 Jahren am höchsten, der Anteil der klinisch als Karzinom erkannten Veränderungen um so höher, je älter die Frauen waren.

Stenokardische Beschwerden —
Angina pectoris?

Neu

Doberol®

schützt Herz und Kreislauf
vor Überlastung



selektiver Schutz des Herzmuskels
vor überschießenden adrenergen Impulsen

Senkung der inneren Herzarbeit

Angleichung des Sauerstoffbedarfs
an die mögliche Sauerstoffzufuhr

Ökonomisierung unrationeller Herzarbeit

Doberol®

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

erhält die
Leistungsbreite
des Herzens und
die Leistungsfähigkeit
des Patienten

Hinweise zur Therapie im
wissenschaftlichen Prospekt

Doberol® 10 mg	
50 Tabletten	4,85 DM

Doberol® 50 mg	
20 Tabletten	5,80 DM
50 Tabletten	13,45 DM

**Boehringer
Ingelheim**



Alter in Jahren	Zahl der Untersuchten	Mamma-Befund		
		Beobachtungsfälle	verdächtige Befunde	klinische Diagnosa: Karzinom
30-39	59 211	1956 = 3,3%	135 = 0,2%	13 = 0,02%
40-49	70 942	2472 = 3,5%	251 = 0,4%	25 = 0,04%
50-64	44 034	1096 = 2,4%	115 = 0,3%	17 = 0,04%
65 und älter	4 984	122 = 2,4%	14 = 0,3%	5 = 0,10%
	179 171	5946 = 3,2%	515 = 0,3%	60 = 0,03%

Tabella 4
Mamma-Befunde bei Krebsvorsorgeuntersuchungen

Bei den gynäkologischen Untersuchungen (Tab. 5) wurden 13 % Beobachtungsfälle und 1,5 % Verdachtsfälle gefunden und 138mal (0,07 %) die klinische Diagnose Karzinom gestellt. Mit zunehmendem Alter der Frauen wurde der Anteil der verdächtigen und positiven Befunde höher. Das gleiche gilt für die zyto-

Alter in Jahren	Zahl der Untersuchten	Beobachtungsfälle	Genitalbefund	
			verdächtige Befunde	klinische Diagnosa: Karzinom
30-39	59 211	8 013 = 13,5%	732 = 1,2%	36 = 0,06%
40-49	70 942	10 030 = 14,1%	1155 = 1,6%	50 = 0,07%
50-64	44 034	5 000 = 11,4%	707 = 1,6%	35 = 0,08%
65 und älter	4 984	701 = 14,1%	115 = 2,3%	10 = 0,20%
	179 171	23 744 = 13,3%	2709 = 1,5%	131 = 0,07%

Tabella 5
Gynäkologische Befunde bei Krebsvorsorgeuntersuchungen

logischen Untersuchungen (Tab. 6). Die Zahl der Pap. III-Befunde betrug am Gesamtmaterial 3,3 %, der Pap. IV- und V-Befunde 0,5 %. Der höchste Anteil positiver und verdächtiger Befunde fand sich bei Frauen von 65 Jahren und mehr.

Diese Feststellung erscheint mir von wesentlicher Bedeutung, da bei Planung der Untersuchungen überlegt wurde – um den zu erwartenden großen Arbeits-

Alter in Jahren	Zahl der Untersuchungen	zytologischer Befund	
		Pap. III	Pap. IV+V
30-39	59 211	1543 = 2,6%	245 = 0,4%
40-49	70 942	2222 = 3,2%	383 = 0,6%
50-64	44 034	1904 = 4,3%	289 = 0,7%
65 und älter	4 984	223 = 4,5%	44 = 0,9%
	179 171	5892 = 3,3%	961 = 0,5%

Tabella 6
Zytologische Befunde bei Krebsvorsorgeuntersuchungen

anfall einzuschränken –, ob man nicht Frauen dieser Altersgruppen aus dem Vorsorgeuntersuchungsprogramm herauslassen könne – wie es in manchen Krebsvorsorgeprogrammen anderer Länder geschehen ist. Tatsächlich werden zwar die Carcinomata in situ nach dem 50. Lebensjahr sehr viel seltener, nicht aber die invasiven Kollumkarzinome.

Vergleicht man die klinischen Befunde im Bereich des weiblichen Genitale mit den zytologischen Befunden (Tab. 7), so zeigt sich, errechnet an dem Untersu-

klinische Diagnosa (Genitale)	Zahl der Untersuchten	zytologische Diagnosa		
		Pap. I+II (negativ)	Pap. III (zweifelhaft)	Pap IV+V (positiv)
unverdächtig	70 053	68 477 = 97%	1343 = 1,93%	233 = 0,33%
Beobachtungsfall	10 385	9 676 = 90%	622 = 6,0 %	87 = 0,83%
verdächtig	1 091	907 = 83%	134 = 12,28%	50 = 4,58%
klinisch Karzinom	53	31	8	14

Tabella 7
Vergleich zwischen klinischen und zytologischen Befunden (nur IV. Quartal 1969)

chungsmaterial des IV. Quartals 1969 aus ganz Bayern, folgendes: Unter rund 70 000 klinisch unverdächtigen Befunden fanden sich 0,3 % positive und 1,9 % zweifelhafte zytologische Diagnosen. Die Zahl der positiven und verdächtigen Befunde stieg bei den Beobachtungs- und klinischen Verdachtsfällen an. Unter 53 Patientinnen, bei denen klinisch vom behandelnden Arzt die Diagnose Karzinom gestellt worden war, jedoch fanden sich 31 negative zytologische Befunde – eine Zahl, die noch besonderer Abklärung bedarf.

179 171 Untersuchungen in Bayern	
Pap. IV a, IV + V	961 = 0,54 %
Pap. III + III D	5892 = 3,28 %
14 711 Untersuchungen im Zytologischen Institut des BLV	
Pap. IV e, IV + V	105 = 0,71 %
Pap. III + III D	166 = 1,14 %

Tabella 8
Zytologische Ergebnisse der Krebsvorsorgeuntersuchungen (Vergleich zwischen Ergebnissen in ganz Bayern und dem Zytologischen Institut des BLV)

Bei rund 180 000 zytologischen Untersuchungen von Frauen im Alter von 30 Jahren und mehr (Tab. 8) wurden in ganz Bayern 5892 = 3,28 % Pap. III- und 961 = 0,54 % Pap. IV + V-Befunde erhoben. Im Vergleich dazu ergaben sich bei 14 711 Vorsorgeuntersuchungen im Zytologischen Institut des BLV in München 1,14 % Pap. III- und 0,71 % Pap. IV + V-Befunde. Während also die Zahl der positiven Befunde im Material aus

ganz Bayern niedriger war, lag die Zahl der Verdachtsbefunde dreimal so hoch wie im Material aus dem Zytologischen Institut des BLV.

Entscheidend für den Wert der Vorsorgeuntersuchungen ist letzten Endes die Frage, wieviele Karzinome und Vorstadien desselben durch die Untersuchungen wirklich aufgedeckt wurden. Auf diese Frage kann eine vorläufige Antwort nur aus dem Material des Zytologischen Instituts des BLV gegeben werden. Doch ist anzunehmen, daß sich daraus Rückschlüsse auf die Ergebnisse in ganz Bayern ziehen lassen.

Die Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse der histologischen Abklärung der positiven und verdächtigen zytologischen Befunde. Von 272 Fällen konnte in $\frac{1}{3}$ ein Kollumkarzinom oder ein Vorstadium desselben histologisch nachgewiesen werden. $\frac{1}{3}$ der Fälle war am 1. April 1969 noch ungeklärt. 57 Pap. III-Befunde wurden bei weiteren Kontrollen negativ. 32 Fälle erwiesen sich histologisch als unverdächtig, wobei jedoch nicht festgestellt werden konnte, wie weit die histologische Klärung technisch ausreichend war. Wenn hier keine falsch negativen zytologischen Befunde angegeben sind, ist das noch kein Beweis dafür, daß wir keine hatten. Sie stellen sich oft erst nach längerer Zeit heraus.

	zytologische Pap.-Gruppen			insges.
	I+II	III+IIID	IVa,IV,V	
Collum-Ca	—	1	16	17
Ce in situ	—	5	51	56
Dysplasie	—	6	12	18
histologisch unverdächtig	—	24	8	32
Elektrokoagulation	—	1	—	1
Zytologische Kontrolle Pap. I + II	—	57	—	57
noch ungeklärt	—	73	18	91
	—	167	105	272

Tabelle 9

Zytologische Befunde bei 14 711 Untersuchungen, Krebsvorsorge 1969 (Zytologisches Institut des BLV)

Auf die Gesamtzahl der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen bezogen (Tab. 10), wurden also in 0,62% bei der histologischen Untersuchung pathologische Befunde erhoben, wobei es sich in $\frac{1}{5}$ um Kollumkarzinome, in $\frac{4}{5}$ um Ca in situ oder Dysplasien handelte. Verglichen mit 58 887 in der kurativen Medizin während der gleichen Zeit durchgeführten Einsendeuntersuchungen (Tab. 11) besteht kaum ein Unterschied in der Rate der pathologisch-histologischen Befunde. Nur der Anteil der invasiven Kollumkarzinome lag wenig höher im Vergleich zu den Vorstadien. Dies zeigt, daß es sich nach der Zusammensetzung des Krankengutes auch im kurativen Sektor in der freien Praxis heute weitgehend um Vorsorgeuntersuchungen handelt.

Aufgrund zytologisch positiver oder verdächtiger Befunde wurden histologisch nachgewiesen:

Collum-Ca	17 = 0,11 %
Ca in situ	56 = 0,38 %
Dysplasie	18 = 0,13 %
	<u>91 = 0,62 %</u>

Tabelle 10

Histologisch nachgewiesene Befunde bei 14 711 Untersuchungen, Krebsvorsorge 1969 (Zytologisches Institut des BLV)

Aufgrund zytologisch positiver und verdächtiger Befunde wurden histologisch nachgewiesen:

Collum-Ca	84 = 0,14 %	Kerzinome	96 = 0,16 %
Corpus-Ca	10 = 0,02 %	insgesamt	
Vaginal-Ca	2 = 0,003 %	Vorstadien	256 = 0,44 %
Ce in situ	205 = 0,35 %	insgesamt	
Dysplasie	51 = 0,09 %		<u>352 = 0,60 %</u>

Tabelle 11

Histologisch nachgewiesene Befunde bei 58 887 Untersuchungen, kurative Medizin 1969 (Zytologisches Institut des BLV)

Im ausländischen Schrifttum wird für reine Vorsorgeuntersuchungen im allgemeinen eine Entdeckungsrate von 0,7% für das Kollumkarzinom und seine fakultativen Vorstadien angegeben. Die hier vorgetragenen Ergebnisse sind also durchaus damit vergleichbar, insbesondere, wenn man bedenkt, daß gegenwärtig noch $\frac{1}{3}$ der zytologisch positiven und verdächtigen Befunde nicht abgeklärt ist (Tab. 12).

Klinische Befunde bei 91 Fällen mit histologisch nachgewiesenen Collum-Ca, Ca in situ oder Dysplasien:

- 59 klinisch unverdächtig
- 22 klinische Beobachtungsfälle
- 9 klinisch verdächtig
- 1 klinisch als Karzinom angesehen (histologisch: Ce in situ)

Tabelle 12

Ergebnisse der Krebsvorsorgeuntersuchungen 1969 an 14 711 Frauen (Zytologisches Institut des BLV) im Vergleich mit klinischen Befunden

Geht man von diesen Zahlen aus und überträgt sie auf die in ganz Bayern durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen — was mit gewissen Vorbehalten möglich erscheint —, so kann man annehmen, daß allein durch diese Aktion im ersten Jahr etwa 200 Karzinome und 850 Carcinomata in situ oder Dysplasien aufgedeckt wurden.

Als wichtige Aufgaben für eine erfolgreiche Weiterführung des Krebsvorsorgeprogrammes durch die Ärzteschaft sind anzusehen:

1. Eine intensive Aufklärung der Bevölkerung durch Fernsehen, Presse und Rundfunk über Notwendig-



» Körperliches Training, das die Koronarreserve ausschöpft, darf als eine die Kollateralentwicklung stimulierende Behandlungsform gelten. Auch pharmakodynamisch ist im Intervall eine Koronarerweiterung mit Steigerung der Koronardurchblutung möglich, welche ihrerseits die Kollateralentwicklung stimuliert. «

BACHMANN, K.: Fortschr. Med. 87, 959-963 (1969)

**Darum:
Geben Sie
Ihrem Koronarpatienten
psychischen Halt
bei der Wiederaufnahme
seines Berufs
... und geben Sie**

Persantin[®]

Ein wesentliches Merkmal der erfolgreichen Koronarbehandlung ist die Langzeitgabe von Persantin. Sie erreicht Ausbleiben von Angina pectoris-Schmerzen, Herzleistungssteigerung, stärkere körperliche Belastungsfähigkeit.

**Am sichersten werden Therapieerfolge erzielt
nach der empirischen Applikationsregel
Persantin[®] früh genug - hoch genug - lange genug**

keit und Erfolgsaussichten von Krebsvorsorgeuntersuchungen in der Gynäkologie. Nur wenn sich ein weitaus höherer Anteil der Bevölkerung daran beteiligt, kann mit einer Abnahme der Karzinome und mit einer echten Prophylaxe gerechnet werden.

2. Eine nachdrückliche Aufklärung der Frauen darüber, daß eine Wiederholung der Vorsorgeuntersuchung in jährlichen Abständen notwendig ist, Frauen aber bei Auftreten von Beschwerden den Arzt auch zwischenzeitlich aufsuchen müssen. Wie sich bei fast allen Vorsorgeuntersuchungsprogrammen des Auslandes gezeigt hat, ließ die Beteiligung an den Untersuchungen von Jahr zu Jahr nach, wenn die Frauen nicht erinnert wurden. Bei Untersuchungen in zu weiten Zeitabständen besteht die Gefahr, nur die langsam wachsenden und weniger gefährlichen Karzinomformen, nicht aber die schnell wachsenden zu erfassen.
3. Ein Forschungsprogramm zur wissenschaftlichen Auswertung der Befunde aufzubauen mit dem Ziel, die untersuchten Patientinnen über Jahre zu verfolgen, da aus den Ergebnissen wichtige Rückschlüsse zur Genese des Kollumkarzinoms zu erwarten sind.

Anmerkung:

Ich danke Herrn SAMMET von der Geschäftsstelle der Bezirksstelle Niederbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für die Überlassung des Zehlenmaterials aus der Krebsvorsorgestatistik. Ferner danke ich Fräulein M. ESTERMANN vom Zytologischen Institut des BLV für die Hilfe bei der Zusammenstellung des statistischen Materials.

Anschr. d. Verf.: Privatdozent Dr. med. H.-J. Soost, Leiter des Zytologischen Instituts des Bayerischen Landesverbandes zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten, Oberarzt an der I. Frauenklinik der Universität, 8000 München 15, Maiststraße 11

Der 21. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer (Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg)

findet vom 4. bis 6. Dezember 1970 in der Melstersingerhalle unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. med. René Schuberl statt.

Themen:

„Neuzeitliche Therapie bei neurologischen Erkrankungen“

„Frühdagnostik und Frühtherapie“

„Rauschgifte“

Das Programm wird allen Ärzten in der Bundesrepublik zugesandt werden.

Aus dem Institut für Röntgendiagnostik (Direktor: Professor Dr. H. A n e c k e r) und aus der Chirurgischen Klinik (Direktor: Professor Dr. G. M e u r e r) des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München

Die Kardiaregion und das Frühkarzinom des Magens in röntgenologischer und chirurgischer Sicht

von H. L. Keller und W. Theisinger

Wenn im folgenden ein Vortrag über die Praxis der Röntgendiagnostik von Speiseröhre und Magen, gehalten im Rahmen einer Weiterbildungsveranstaltung über aktuelle Gastroenterologie am 6. Juni 1970 in Prien am Chiemsee unter dem Vorsitz von Professor Dr. W. HIRSCH, nach schriftlicher Überarbeitung und ergänzt durch chirurgische Gesichtspunkte beim Magenkarzinom gebracht wird, so versteht es sich von selbst, daß aus der Fülle des anstehenden Sachgebietes eine Auswahl und Begrenzung notwendig war. So soll hier eingegangen werden auf eine Darstellung der zahlenmäßig so häufigen Erkrankung der Hiatusinsuffizienzen bzw. Hiatushernien und der klinisch so wichtigen Früherkennung des Magenkarzinoms.

Die Kardiaregion

Im ersten Schema (Abb. 1) sind in seitlicher Ansicht die anatomischen Verhältnisse gebracht, wie sie 1963 ZAINO und Mitarbeiter dargestellt haben. Über dem Zwerchfell liegt die Ampulla epiphrenica des Ösophagus. Das Zwerchfell scheint in dem gezeigten Schema am Ösophagus selbst zu inserieren. In Wirklichkeit breitet sich aber zwischen dem freien Zwerchfellrand und dem Ösophagus die LAIMERSche Membran aus, welche also den Hiatus oesophagicus überbrückt. Subdiaphragmatikal liegt das Vestibulum gastrooesophageale. Die Schleimhautgrenze zwischen dem Vestibulum und dem Magen folgt einer gezackten Linie, welche nicht unmittelbar der Kardialia entsprechen muß und röntgenologisch nur in ganz seltenen Fällen erfaßt werden kann. Die gezeigte Ampulla epiphrenica darf man röntgenologisch nicht als einen pathologischen Befund werten, auch dann nicht, wenn sie sehr deutlich hervortritt. Das Vestibulum gastrooesophageale liegt also normalerweise infradiaphragmatikal und entspricht dem aboralen Ösophagusabschnitt, welcher sich intraabdominell zwischen dem Hiatus des Zwerchfells und der Kardialia ausdehnt. Durch einen zarten Ring ist dieses Vestibulum nach kranial in der Ebene des Hiatus oesophagicus und nach kaudal durch die physiologische Stenose der Kardialia begrenzt. Soviel zur normalen Anatomie des distalen Ösophagusabschnitts. Das nächste Schema (Abb. 2) zeigt die pathologischen Verhältnisse, die hier auftreten können. Unter Nummer 1 findet sich die Hiatusinsuffizienz.

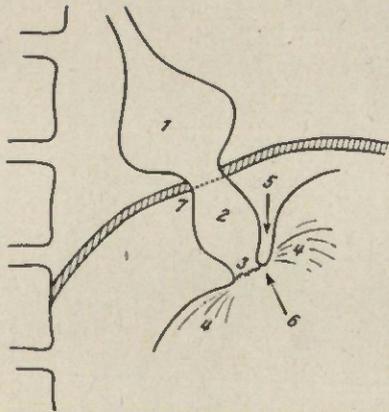


Abbildung 1

Die Kardiaregion seitlich (schematisch) nach ZAINO und Mitarbeiter, 1963 (zitiert nach WENZ)

- 1 Ampulle epiphrenica, Vormagen, epiphrenische Glocke
- 2 Vestibulum, Antrum cardiacum, Epicardia
- 3 Ösophago-gastrischer Übergang, Epithelgrenze, Z-Linie, Ora serrate
- 4 Halsband des Helvetius, Constrictor cardiae, U-Fasern, schräg verlaufende Magenfasern, Schweizer Knoten, untere ARNOLDSche Furche, unteres Ostium cardiacum
- 5 Incisura cardiaca, HIS'scher Winkel
- 6 GUBAROFFSche Klappe, HUNTsche Klappe
- 7 unterer Ösophagus sphinkter, obere ARNOLDSche Furche, oberes Ostium cardiacum

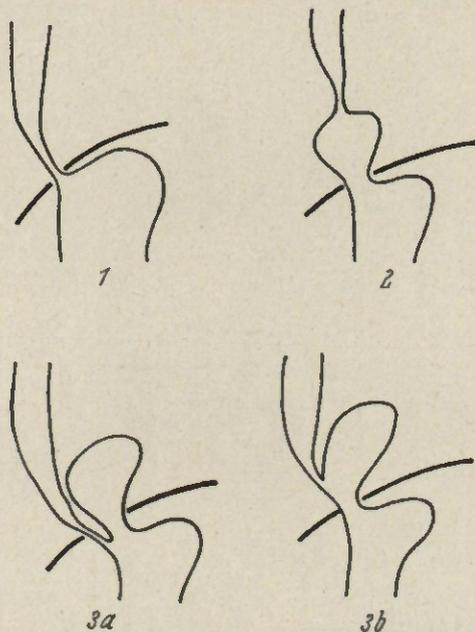


Abbildung 2

Hiatusinsuffizienz und verschiedene Typen von Hiatushernien (nach W. FRIK)

- 1 Hiatusinsuffizienz
- 2 axiale Hiatushernie
- 3 paraösophageale Hiatushernien
 - a) mit infradiaphragmatischem Ostium cardiacum
 - b) mit supradiaphragmatischem Ostium cardiacum

Dabei kommt es auf der Basis einer Insuffizienz der LAIMERSchen Membran zu einem Höherentreten des Vestibulum durch den Zwerchfellschlitz in den Thoraxraum. Häufig ist dann im Röntgenbild die Ampulla epiphrenica und das nach intrathorakal verlagerte Vestibulum durch eine Schnürfurche abgegrenzt. Unter Nummer 2 ist eine axiale Hiatushernie skizziert und endlich unter Nummer 3 verschiedene Typen von paraösophagealen Hernien, nämlich unter 3 a) eine solche mit infradiaphragmatischem Ostium cardiacum und unter Nummer 3 b) eine solche mit supradiaphragmatischem Ostium cardiacum. Die Skizzen 2, 3 a) und 3 b) entsprechen im wesentlichen den drei Typen von Hiatushernien, wie sie ÄKERLUND beschrieben hat.

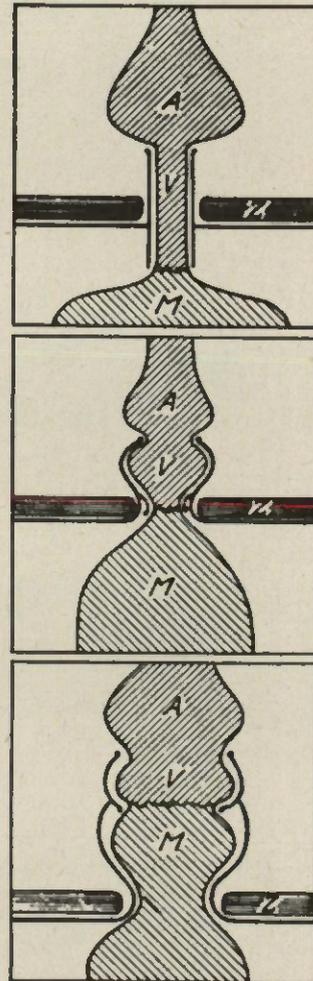


Abbildung 3

Kardiaregion (Scheme) nach ZAINO und Mitarbeiter, 1963
oben: normal

Mitte: Hiatusinsuffizienz

unten: Gleithernie

A = Ampulle epiphrenica, V = Vestibulum, M = Magen,

Z = Zwerchfell, gezackte Linie = Epithelgrenze

In Abbildung 3 sind oben die normalen Verhältnisse des oberen Ösophagusabschnittes dargestellt. In der Mitte ist eine Hiatusinsuffizienz skizziert. Röntgenologisch ist dieser Befund gekennzeichnet durch zwei

Hygroton® die Kunst der protrahierten* Diurese

*das bedeutet
(bei einer Erhaltungsdosis von 3 Tabletten pro Woche)
in langen Applikationsintervallen
keine Wiederauffüllung der Ödeme

HYGROTON

in langen Applikationsintervallen
kein Wiederanstieg des gesenkten Blutdrucks

HYGROTON

durch lange Applikationsintervalle
größte Wirtschaftlichkeit

HYGROTON

Hygroton®
1-Oxo-3-(3-sulfamoyl-4-chlorphenyl)-
3-hydroxy-isoindolin 100 mg
12 Tabletten DM 7,45

Hygroton® mite
1-Oxo-3-(3-sulfamoyl-4-chlorphenyl)-
3-hydroxy-isoindolin 50 mg
20 Tabletten DM 7,45

Geigy

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



Abbildung 4

71-jähriger Mann (Untersuchung in Bauchlage): Sehr deutlich hervortretende Ampulla epiphrenica, kein pathologischer Befund

Schnürfurchen, von denen die obere die Ampulla vom Vestibulum trennt und die untere dem Zwerchfellschlitz entspricht, in dessen Niveau die Kardia verlagert ist. Im untersten schematischen Bild sind die Verhältnisse bei der Hiatushernie dargestellt. Nicht nur das Vestibulum, sondern ein kardiaher Magenabschnitt sind dabei in den Thoraxraum verlagert und röntgenologisch ist der Befund charakterisiert durch drei verschiedene Einschnürungen, von denen die oberste der Grenze der Ampulla zum Vestibulum, die nächstfolgende der physiologischen Abgrenzung des Vestibulum zum Magen durch die Kardia und schließlich die unterste dem Hiatus des Zwerchfells entspricht. An Röntgenbildern soll hier gezeigt werden eine sehr

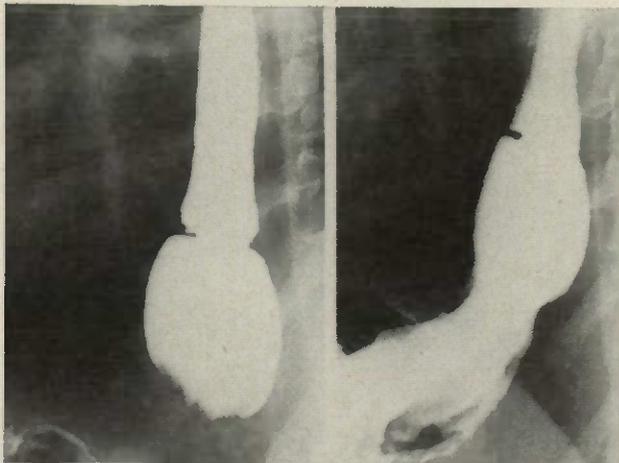


Abbildung 5

44-jähriger Mann: Hiatusinsuffizienz mit beginnender axlater Hernie; beachte die deutliche Schnürfurche zwischen Ampulla und Vestibulum!

deutlich hervortretende Ampulla epiphrenica, welche also nicht mit einer Hiatusinsuffizienz oder einer Hiatushernie verwechselt werden darf, weiter eine sehr weit fortgeschrittene Hiatusinsuffizienz, welche röntgenologisch durch die im Schema schon erwähnte Schnürfurche charakterisiert ist und schließlich das Vollbild einer Hiatushernie, bei der man röntgenologisch in einer passenden Phase die drei typischen Engstellen beobachten kann (Abb. 4, 5, 6). Daß die



Abbildung 6

77-jährige Frau (Röntgenuntersuchung in Kopftieflage): Hiatushernie mit supradiaphragmatischer Kardia; beachte die drei Engstellen zwischen der Ampulla und dem Vestibulum, in Höhe der Kardia und in Höhe des Hiatus oesophageicus!

Hiatushernie gelegentlich zu einer Fehlfunktion des aboralen Ösophagusabschnitts führen kann, sei in einem folgenden Bild bewiesen: Im Moment der Reposition der Hiatushernie kommt es zu einem Spasmus des aboralen Ösophagusabschnitts in einzelnen Etagen, also des Auftretens von Spasmes étagés, wie die Franzosen einen solchen Zustand nennen (Abb. 7 a) und b), 8).

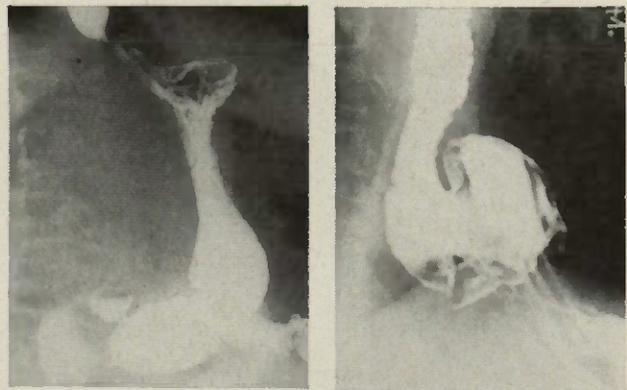


Abbildung 7 e) und b)

78-jährige Frau (links): Magen nach Vollfüllung im Stehen – deformierter kleiner Fundus mit dringendem Verdacht auf Hiatushernie, im Moment der Aufnahme in hohem Grade reponiert – (rechts): Typische Hiatushernie in Kopftieflage provoziert



Abbildung 8

70jährige Frau: Hietushernie; spasmes étagés im Moment der Reposition der Hernie

Das Magenkarzinom

Das Magenkarzinom ist allen lehrbuchmäßig bekannt mit seinen röntgenologischen Erscheinungen des Füllungsdefektes und der Wandstarre (Abb. 9). Freilich handelt es sich dabei um Spätsymptome und so dankbar solche Befunde für die Diagnose sind, so völlig undankbar sind sie prognostisch. Japanische Autoren haben erst in letzter Zeit wieder darauf hingewiesen, daß das Magenkarzinom eine schlechte Prognose zeigt, wenn die Muscularis bereits infiltriert oder überschritten ist. Das ist prinzipiell bei allen Magentumoren mit der klassischen Röntgensymptomatologie der Fall. Zunächst aber sei noch über die Häufigkeit von Karzinomen berichtet.



Abbildung 9

67jährige Frau: Grober Füllungsdefekt und Wandsterre im Antrum, fast rechtwinkelige Abwinkelung des Magens im Antrumgebiet — fortgeschrittenes Magenkarzinom

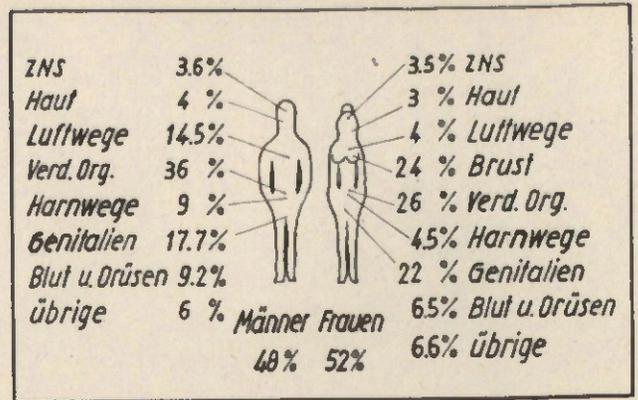


Abbildung 10

Relative Häufigkeit von Organkrebsen (zusammengestellt nach der schwedischen Krebsstatistik, 1961)

Nach einer großen statistischen Ermittlung über die Häufigkeit von Organkrebsen fand man in Schweden 1961, daß beim Mann 94% aller malignen Erkrankungen durch nur sieben Organsysteme gestellt werden (Abb. 10). Bei der Frau teilen sich etwa in den gleichen Prozentsatz von Organkrebsen acht Körperorgane. Beim Mann sind die Organe des Verdauungstraktes mit 36%, bei der Frau mit 26% am Zustandekommen aller bösartigen Erkrankungen primär beteiligt. Vom Verdauungstrakt sind neben der Speiseröhre besonders krebsgefährdet der Magen und der Dickdarm (Abb. 11). Die schwedische Statistik fand unter den

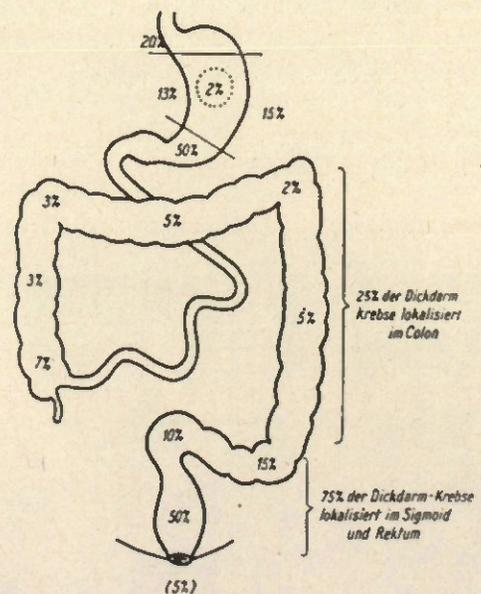


Abbildung 11

Verteilung von Krebsen des Magens und des Dickdarms

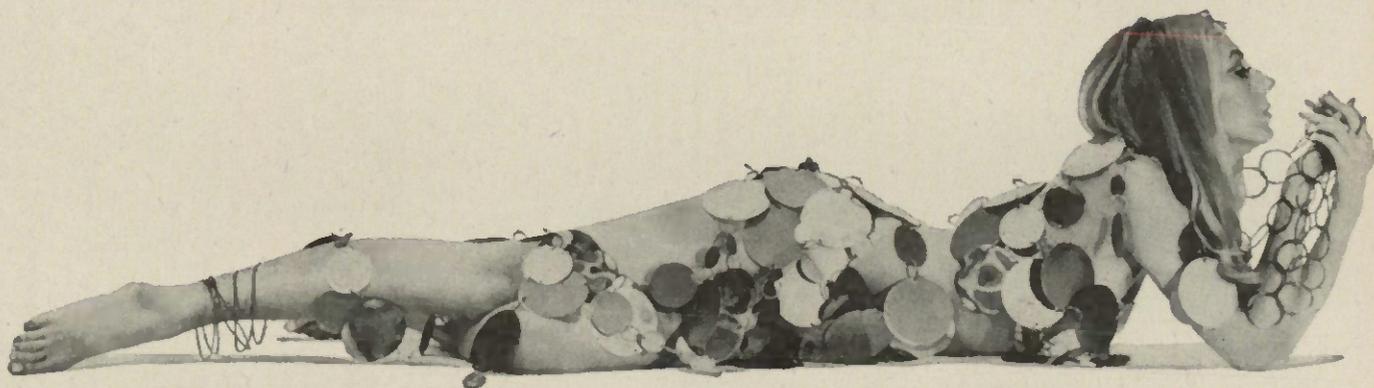
Karzinomen des Verdauungstraktes zwischen der Mundhöhle und dem Rektum in 9% die Mundhöhle und den Pharynx als primäre Lokalisation, in 4,5% den Ösophagus, in 40% den Magen und schließlich in 46% den Dickdarm einschließlich Rektum vertreten.

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

Geigy

Eisen außen?
Eine flüchtige Laune
der Mode.

Eisen innen?
Der klare Wille der Natur.



30 % mehr
Eisenresorption
mit **Resoferix**[®]

Resoferix besteht aus einem Kern aus Eisensulfat und einem Mantel aus Bernsteinsäure.
Die aus dem Dragée zuerst freigesetzte Bernsteinsäure steigert die Resorptionsfähigkeit
der Darmmukosa für Eisen um rund 30%. Die Eisentherapie mit Resoferix ist wirkungsvoller,
ohne daß vermehrt Nebenwirkungen auftreten.
Zusammensetzung: Eisen (II)-sulfat · 2H₂O 125 mg (= 37 mg Fe) Bernsteinsäure 185 mg

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



Innerhalb des Magens fällt eine typische Verteilung auf, nämlich 20% aller Magenkarzinome gehen vom Fundus aus, rund 30% vom Korpus und schließlich 50% von dem operativ besonders gut anzugehenden Antrum. Auch beim Dickdarm kommt es übrigens zu einer prozentualen Häufung der malignen Prozesse gegen den Enddarm.

Auf eine Million Menschen rechnet man in Europa im Jahr mit etwa 3700 Neuerkrankungen an Krebs. Rund ein Drittel davon gehen vom Magen-Darmtrakt aus und etwa 700 davon betreffen primär den Magen. In einer Stadt von der Größe Münchens muß man mit etwa 700 Neuerkrankungen an Magenkrebs pro Jahr rechnen. Bedenkt man aber, daß dort 2000 frei praktizierende Ärzte niedergelassen sind, so wird man sehen, daß die Erstentdeckung eines Magenkarzinoms ein verhältnismäßig seltenes Ereignis ist, welches im Durchschnitt einem niedergelassenen Arzt nur etwa jedes dritte Jahr einmal begegnet. Bereits aus dieser Betrachtung geht die Problematik der Früherkennung des Magenkarzinoms klar hervor. Hinsichtlich der Häufigkeit des Magenkrebses beobachtet man übrigens sehr große geographische Unterschiede. So zeigt z. B. Abbildung 12 einen Vergleich der weißen Bevöl-

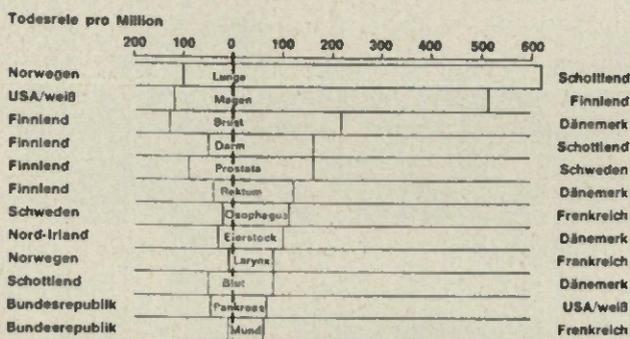


Abbildung 12

Geographische Verteilung von verschiedenen Organkrebsen (Euromed, 1965)

kerung der Vereinigten Staaten von Nordamerika und von Finnland. In Finnland ist der Magenkrebs fast fünfmal häufiger als in den USA. Offensichtlich hängen diese Häufigkeitsschwankungen mit den Lebensgewohnheiten zusammen und man muß für das gehäufte Vorkommen des Magenkarzinoms in Finnland wohl den Genuß geräucherten Fleisches und Fisches mit verantwortlich machen. Übrigens ist der Magenkrebs in Zentraleuropa im Moment noch zahlreicher als das Bronchialkarzinom. Er hat eine charakteristische soziale Verteilung und ist in den ärmeren Schichten zahlreicher als bei den Begüterten. Bahnend wirken offenbar unregelmäßige, vitamin- und eiweißarme Nahrung, heiße Speisen, konzentrierter Alkohol und Magenzulzera. Noch zahlreicher als in Finnland, nämlich etwa viermal so häufig wie im Durchschnitt Zentraleuropas, wird der Magenkrebs in Ostasien beobachtet, besonders in Japan, und dieses gehäufte Vorkommen ist neben dem wissenschaftlichen Interesse und der

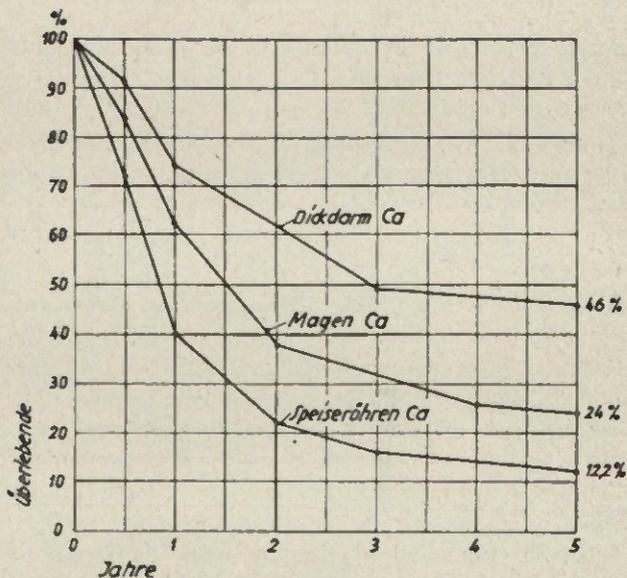


Abbildung 13

Überlebensaussichten bei verschiedenen Karzinomen des Verdauungstraktes (nach Angaben von NAKAJAMA)

Aktivität der Japaner mit ein Grund, weswegen gerade japanische Gelehrte heute führend in der Welt sich mit der Früherkennung des Magenkarzinoms befassen. Die Bedeutung dieser Forschungen wird noch unterstrichen, wenn man sich die Prognosen operativ be-

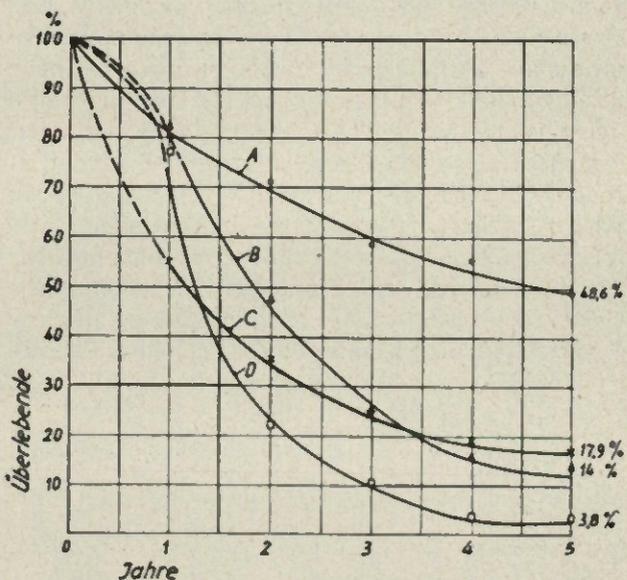


Abbildung 14

Überlebensaussichten nach resezierten Magenkarzinomen verschiedener Stadien (nach Zahlenangaben von BÖCKL - 215 Fälle)

Gruppe A: Resektion nach histologischer Untersuchung mindestens 1 cm im Gesunden. Keine Metastasen

Gruppe B: Histologisch sind Tumorzellen am Resektionsrand oder bis 1 cm davon nachweisbar

Gruppe C: Lymphdrüsen im großen Netz bei der Operation vorhanden

Gruppe D: Histologisch sind Tumorzellen am Resektionsrand oder bis 1 cm davon nachweisbar. Zusätzlich Drüsen im großen Netz vorhanden

hendelter Karzinome des Verdauungstraktes vor Augen hält. Beim Dickdarmkarzinom überleben heute etwa 46 % der Patienten die ersten fünf Jahre, beim Magenkarzinom nur 24 % und beim Speiseröhrenkarzinom nur etwa 12 % (Abb. 13). Neben der Häufigkeit des Magenkrebses deutet gerade auch die heute noch so ungünstige Überlebensprognose auf die vordringliche Wichtigkeit der Frühdiagnose des Magenkarzinoms hin.

BÖCKL hat sich der Mühe unterzogen, an einem großen Krankengut von wegen Karzinoms resezierten Mägen die Katamnesen zu ermitteln (Abb. 14). Er konnte zeigen, daß die Magenresektion vor allem nur dann sinnvoll ist, wenn sich zwischen der Resektionsstelle und dem Tumor ein mindestens 1 cm breiter Gewebestreifen histologisch frei von Krebszellen erweist. In einem solchen Fall leben nach 5 Jahren noch etwa 48 % der Patienten. Dagegen wird die Prognose des wegen Magenkarzinoms operierten Patienten sehr schlecht, wenn innerhalb der 1-cm-Zone histologisch Krebszellen gefunden oder bereits bei der Operation Metastasen nachgewiesen werden. Besonders wichtig ist bei dieser Betrachtung noch, daß die im Diagramm als Gruppe A bezeichnete Patienten-Gruppe mit günstiger Prognose zahlenmäßig außerordentlich klein ist.

Auch der makroskopische Typ ist für die Prognose von Wichtigkeit. So überleben beim polypösen Karzinom fünf Jahre etwa 45 % der Patienten, ebenso etwa beim Ulkuskarzinom. Dagegen überleben beim ulzerierenden und infiltrierenden Karzinom fünf Jahre nur etwa 7 % und bei der nur infiltrierenden Form nur etwa 6,3 %. Gerade bei den infiltrierenden Formen ist röntgenologisch die Grenze zum Gesunden häufig schwer zu ziehen. Anazidität bringt eine schlechtere, Normazidität eine bessere Chance. Bei Patienten über 70 Jahren ist zwar der Malignitätsgrad des Karzinoms kleiner, aber der operative Eingriff stößt auf größere Risiken und ältere Patienten bedürfen einer kardio-pul-

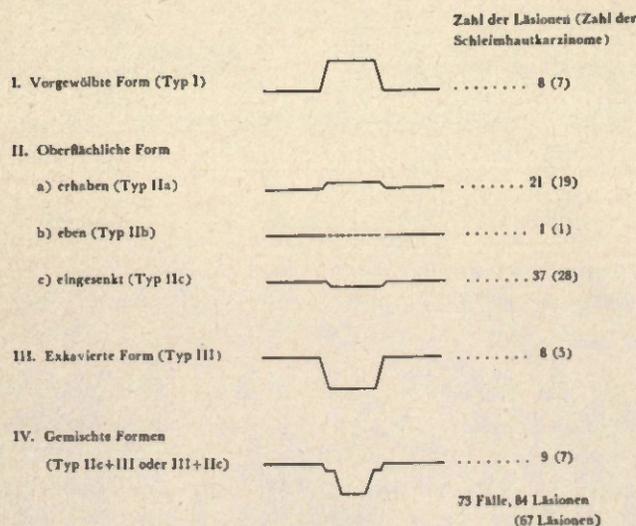


Abbildung 15

Klassifizierung von frühen Magenkarzinomen nach SHIRAKABE

monalen Operationsvorbereitung. Achlorhydrie wirkt fördernd auf eine Toxinämie und damit auf die Kachexie (HOLLE).

Die folgenden Ausführungen möchte ich anlehnen an einen Klassifizierungsvorschlag für Frühformen des Magenkarzinoms von SHIRAKABE, einem Japaner (Abb. 15). Als Frühformen gelten Tumoren, welche zumindest im wesentlichen auf die Magenschleimhaut beschränkt sind. Sie sind kaum größer als 40 mm im Durchmesser. Solche sogenannten Frühformen teilt SHIRAKABE nach makroskopischen Kriterien in vier Typen ein:

Typ I ist polypös über die Magenschleimhaut prominent,

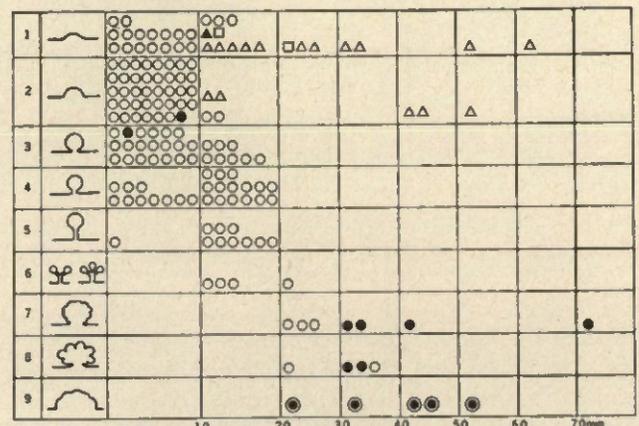
Typ II liegt näherungsweise im Niveau der Schleimhaut und es werden hier Untergruppen a), b) und c) dieses Typs beschrieben, wobei a) ganz flach über die Schleimhaut prominent ist, Typ b) im Niveau der Schleimhaut liegt und schließlich Typ c) flach unter das Niveau der Schleimhaut zurückweicht.

Der verhältnismäßig seltene Typus III entspricht einem Gewebedefekt der Schleimhaut, so daß das Karzinom nach Art eines Ulkus exkaviert ist.

Bei Typ IV liegen Mischformen vor.

Zunächst möchte ich die prominenten Formen, welche also näherungsweise polypös wachsen, behandeln:

Die Arbeitsgruppe um SHIRAKABE und ICHIKAWA gibt dazu eine klinisch wichtige Übersicht (Abb. 16).



- Polyp
- Frühkarzinom, Typ I
- ⊙ Fortgeschrittenes Karzinom, Typ I nach BORSMANN
- ▲ Frühkarzinom, Typ IIa
- △ Intramurale Tumoren
- Umschriebene Verdickung der Schleimhaut (einschl. atypischen Epithels)

Abbildung 16

Profilsicht und maximale Durchmesser vorgewölbter und erhabener Läsionen des Magens, insbesondere von polypoiden Läsionen (nach SHIRAKABE)

Sie tragen in ein Schema sowohl die Form als den Durchmesser der gefundenen polypösen Veränderungen ein und finden eine gehäufte karzinomatöse Entartung an zwei ganz verschiedenen Stellen dieses Schemas, nämlich bei flachen ungestielten Vorwölbungen der Magenschleimhaut noch unter 10 cm Durchmesser der Läsionen, des weiteren aber bei deutlich

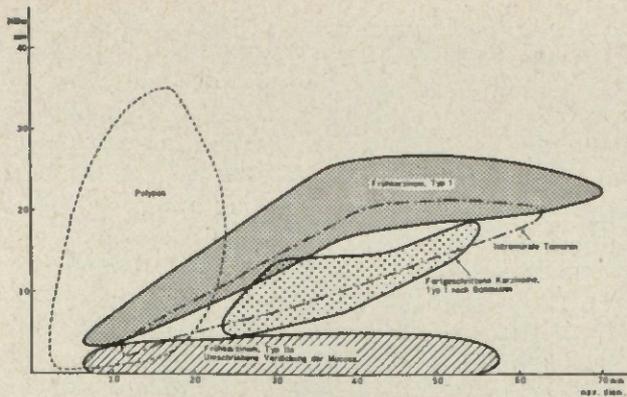


Abbildung 17

Zonen, die in einem Diagramm der Durchmesser und Höhen von den verschiedenen Arten vorgewölbter und erhabener Läsionen eingenommen werden (nach SHIRAKABE)

prominenten polypösen Veränderungen der Schleimhaut vor allem dann, wenn sie etwas gelappt und größer als 30 mm im Durchmesser sind. Bringt man den Extrakt jener japanischen Forschergruppe in eine weitere Übersicht, so findet man, daß glatt begrenzte, deutlich prominente Veränderungen der Magenschleimhaut dann gutartige Polypen sind, wenn ihre Basis schmaler ist als ihre größte Prominenz, daß aber die Frühformen der Karzinome dann zahlenmäßig zunehmen, wenn die Basis breiter wird als die Prominenz der Veränderungen in das Magenlumen (Abb. 17). Bei besonders flachen aber breitbasigen Veränderungen gehen die Tumoren über in den Typus II a) und sie werden dann nur wenig über die Schleimhaut prominent. Von großer praktischer Wichtigkeit ist die Frage des Zusammenhangs zwischen der Tiefenausdehnung des Herdes in der Magenwand und dem Auftreten von Metastasen.

Es besteht eine deutliche Zunahme der Fälle mit operativ nachweisbaren Metastasen, wenn der Tumor die

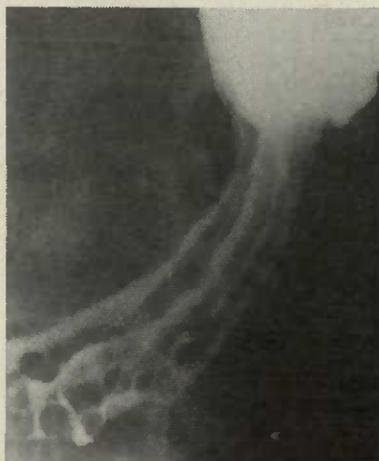


Abbildung 18

58jährige Frau: Polypose der Antrumschleimhaut, einzelne Polypen glatt begrenzt, maximal 10 mm Durchmesser; Histologie: gutartig

Muscularis durchsetzt und größtmäßig einen Durchmesser von etwa 4 cm und mehr erreicht hat (IWANGA zitiert nach SHIRAKABE).

An Röntgenbeispielen sei hier gebracht der Fall einer Polyposis des Antrums mit glatt begrenzten, zum Teil gestielten Einzelpolypen mit maximal bis 10 mm Durchmesser einzelner Polypen. Dieser Befund war histologisch gutartig (Abb. 18). In einem weiteren Fall bestand ein knapp 40 mm großer, nicht überall glatt begrenzter Polyp in der Gegend des Antrum ventriculi. Sowohl die Unregelmäßigkeit der Begrenzung wie die Größe der Läsion sprachen für Malignität. Diese hat sich bestätigt (Abb. 19).

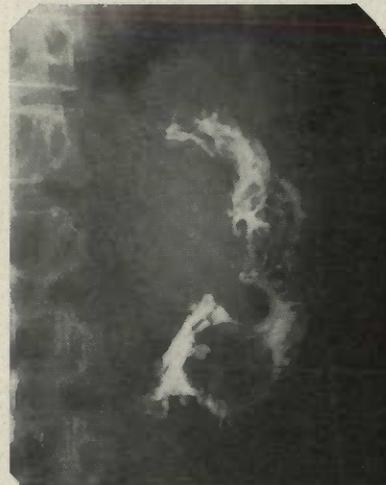


Abbildung 19

60jährige Frau: Polyp von 40 mm Durchmesser im Antrum mit deutlicher zentraler Unregelmäßigkeit an einer Stelle; Histologie: Karzinom

Der Röntgenuntersuchung schwerer zugänglich sind die mehr im Niveau der Schleimhaut liegenden Veränderungen des Typs II. Es bedarf hier methodisch einer sehr subtilen Röntgenuntersuchung, um diese Frühformen eines Karzinoms nicht zu übersehen. Auch hier bleibt die Durchleuchtung und die Anfertigung gezielter Aufnahmen die wichtigste Suchmethode, die allerdings häufig unterstützt werden muß durch die Gastroskopie, die Gastrokamera und durch biopsische und zytologische Methoden. Was die Röntgenuntersuchung betrifft, so haben die Arbeitsgruppen um SHIRAKABE in jahrelanger Arbeit gezeigt, daß die meisten dieser Läsionen mit dosierter Kompression und gezielten Röntgenaufnahmen gefunden werden können. Das war unter 20 gefundenen Frühkarzinomen des Typs II 14mal der Fall (= 70%). Nur einmal war die Veränderung bei Prallfüllung deutlich und fünfmal war das Bild in Doppelkontrastmethode beweisend (25% — Abb. 20).

Von chirurgischem Gesichtspunkt ist die lymphogene Ausbreitung der Magenkarzinome entscheidend. HOLLE fand Lymphknotenmetastasen in 66,6%. Die regionalen Lymphknoten werden in vier Abschnitte

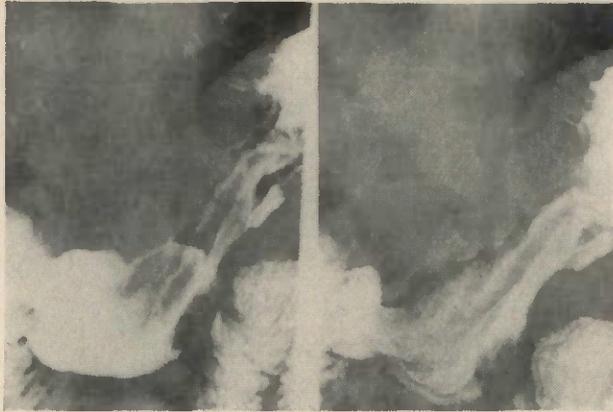


Abbildung 20

73jährige Frau: Flache konstante Unregelmäßigkeit der großen Kurvatur in einem 35 mm großen Abschnitt; Histologie: Karzinom, Durchmesser kleiner als 40 mm

eingeteilt, zwei davon entlang der kleinen und zwei davon entlang der großen Kurvatur bzw. an der Magenhinterwand. Entlang der kleinen Kurvatur liegen zwischen der Kardie und dem Angulus die zöliakalen Lymphknoten (Befall ca. 65,6 %) und entlang der kleinen Kurvatur des Antrums die suprapylorischen (Befall 47,1 %). Im oberen Abschnitt der großen Kurvatur liegen die lienalen Lymphknoten (Befall 12,8 %) und im unteren Abschnitt einschließlich der Magenhinterwand die infrapylorischen (Befall 48 %).

Die chirurgischen Gesichtspunkte streben eine ausgedehnte en-bloc-Resektion des Primärtumors mit den regionären Lymphknoten an. Die prinzipielle Frage der Größe und Ausdehnung des notwendigen Resektionsumfanges steht heute noch mitten in der Diskussion zwischen der Forderung einer totalen Gastrektomie in jedem Falle von Magenkarzinom und dem Versuch, so viele Magenabschnitte zu erhalten, wie man mit gutem Gewissen vertreten kann. Je nach Sitz und Ausdehnung des Tumors kommen an kurativen Operationen in Frage:

1. die distale subtotale Magenresektion mit einer Operationsmortalität von 3,5–28,7 % und einer Fünfjahre-Überlebensrate von 6,9–33 %,
2. die proximale subtotale Magenresektion mit einer Operationsmortalität zwischen 7 und 38 % und einer Fünfjahre-Überlebensrate von 11–20,5 % und
3. die totale Gastrektomie mit einer Operationsmortalität von 2,8–34,5 % und einer Fünfjahre-Überlebensrate von 9,9–33 %.

Mindestens ist der Tumor mit einer Sicherheitszone von möglichst 5–8 cm zu reseziieren. Im Gegensatz zur Ulkuschirurgie werden grundsätzlich wegen des Risikos des Lymphdrüsenbefalls die Gefäßarkaden an der großen Kurvatur des Magens und Teile des kleinen und großen Netzes entfernt. Beim Sitz des Karzinoms im pylorischen Magendrittel ist auch bei kleinen Tumoren eine hohe Magenresektion mit Durchtrennung der Arteria gastrica sinistra unbedingt erforder-

lich. Die Entfernung des sie umgebenden Gewebes beseitigt ein häufig befallenes Lymphknotensystem. Bei einer Beteiligung der Lymphwege zur Milz muß diese mit reseziert werden. Tumoren im mittleren Drittel des Magens erfordern wegen des bevorzugten Lymphdrüsenbefalls entlang der Arteria gastrica sinistra deren hohe Durchtrennung am Tripus HALLERI und die weitere Skelettierung des Magens bis zum Ösophagus und nicht nur bis zur Kardie. An der großen Kurvatur reicht die Skelettierung bis zu den Arteriae gastricae breves. Auf jeden Fall ist die Belassung einer auch noch so kleinen Magenmanschette – so weit bei dem örtlichen Befund vertretbar – im Interesse der Festigkeit der Anastomose und physiologischer Gesichtspunkte anzustreben. Im Gegensatz zur Ulkuschirurgie muß man beim Magenkarzinom eine lange zuführende Schlinge wählen, um bei Rezidiven Ausweichmöglichkeiten zu haben. Ausgedehnte Eingriffe sind nur sinnvoll, wenn die gezielte intraoperative Exploration der Leber keine Metastasen ergibt. Die Operation von Tumoren im kardialen Drittel beginnt daher abdominal und sie muß nach thorakal erweitert werden, wenn die Befunde am Ösophagus dies erfordern. Die Erhaltung des Antrums ist in diesen Fällen von großer Bedeutung für die Verdauungsphysiologie. In keinem Fall darf man die Pyloroplastik vergessen, da ja praktisch eine trunkuläre Vagotomie vorliegt.

Auch bei der Totalresektion des Magens nimmt dank einer ausgereiften operativen Technik und den Erfahrungen der modernen Anästhesie die primäre Mortalität ab und die Überlebenszeit zu. So hat z. B. hier bei der totalen Magenresektion die Mortalität von 30 % zwischen 1956 und 1964 auf jetzt 18 % zwischen 1965 und 1969 abgenommen. Für die Indikation zur Totalentfernung des Magens ergeben sich folgende Voraussetzungen:

1. Die zwangsläufig aus der Ausdehnung des Karzinoms sich ergebende Totalentfernung.
 2. Die planmäßige Totalresektion des Magens bei
 - a) Überschreiten der Korpusmitte im Bereich der kleinen Kurvatur nach kranial oder kaudal,
 - b) alle anaplastischen diffus infiltrierenden Karzinome,
 - c) Überschreiten der zweiten Lymphknotenetappe und sichtbare Einbeziehung der zöliakalen Lymphknoten,
 - d) bei im Schnellschnitt histologisch verifizierten lymphogenen Fernmetastasen im Bereich des Magens selbst (ich denke dabei an ein Antrum-Korpuskarzinom mit lienalen und kardialen Lymphknoten einerseits und an ein oberes kardiales Karzinom mit parapylorischen und subpylorischen Drüsen andererseits),
 - e) bei Einbezug ausgedehnter Serosabezirke, jedoch nicht weitergehend Intrapertoneal metastasierend.
- Die auch heute noch schlechte Prognose des Magenkarzinoms bedarf bei der großen Verbreitung dieser

Erkrankung der sofortigen, zuverlässigen, wenn auch manchmal schwierigen Untersuchung in jedem Verdachtsfalle auf der einen Seite und der Anwendung ausgearbeiteter chirurgischer Eingriffe nach wohl-durchdachter Indikation auf der anderen Seite im Interesse einer erfolgreichen Therapie. Nur so kann der über Jahrzehnte bestehende Standpunkt der Resignation und des „laissez aller“ nach einer zu späten Diagnose überwunden werden.

Literaturverzeichnis

- AKERLUND, A.: Acta radiol. (Stockholm) 6 (1926) 3-22 und 41-68
 BAUER, K. H.: Das Krebsproblem, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1963
 BUCKER, J.: In Handbuch der Med. Radiol. XI/1, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1969
 FRIK, W.: in SCHINZ, BAENSCH, FROMMHOLD, GLAUNER, UEHLINGER und WELLAUER: Lehrbuch der Röntgen-Diagnostik, Bd. V, Thieme Verlag, Stuttgart, 1965
 HAFTER, E.: Radiologie 1 (1961) 141-147
 HAFTER, E.: Prakt. Gastroenterologie, Thieme Verlag, Stuttgart, 1962
 IMDAHL, H.: Der terminale Oesophagus, Schattauer Verlag, Stuttgart, 1963
 HENNING, N.: Die Frühdiagnose des Magen-Ca. Gastrokopie und Gastrophotographie. 2. Internat. Gastro-Enterologenkongress, Paris, 1937
 HOLLE, F. und G. HEINRICH: Über die Indikationen zur partiellen und totalen Resektion des Magens bei Carcinom. Chirurg 31, 103-110, 1960
 HOLLE, F.: Spezielle Magen Chirurgie, Springer Verlag, Berlin, 1960
 KELLER, H. L.: Die präoperative Bestrahlung bei malignen Tumoren des Verdauungstraktes. Zeitschr. f. Gastroenterologie, Jg. 2 (1964) 79-88
 LAIMER, E.: Beitrag zur Anatomie d. Oesophagus. Med. Jb. (Wien) (1883) 333-388
 NAKAYAMA, K.: in N. C. TANNER and O. W. SMITHERS: Neopl. Diseases et varioua sites. Livingstone, Edinburgh and London, 1961
 NAKAYAMA, K.: „Erfahrungen mit rd. 3000 Fällen von Oesophagus- und Cardiakarzinomen.“ Langenbecke Arch. klin. Chir. 295 (1960) 81-90
 SCHATZKI, R.: „Die Hernien des Hiat. oesophageus“ Dtsch. Arch. klin. Med. 173 (1932) 85-203
 SHIRAKABE, H., H. ICHIKAWA, K. KUMAKURA, M. NISHIZAWA, K. HIGURASHI, H. HAYAKAWA und T. MURAKAMI: „Frühkarzinom des Magens.“ Atlas der Röntgen-diagnostik, Thieme Verlag, Stuttgart, 1969
 WENZ, W.: in Handbuch der med. Radiologie, Bd. XI/1, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York, 1969
 ZAINO, C., M. H. POEPEL, H. G. JACOBSON und H. LOPOW: „The lower oesophageal vestibular complex.“ Ch. Thomas Springfield (Ill.) 1963

Ansch. d. Verf.: Professor Dr. med. H. L. Keller und Privatdozent Dr. med. W. Theisinger, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22

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

Aufgaben der balneologischen Forschung *)

von H. A. Kühn

Die Aufforderung, hier über die Notwendigkeit und Ziele medizinischer Forschung im Bereich der Balneologie zu sprechen, hat mich zuerst zögern lassen. Ich bin nämlich meiner wissenschaftlichen Entwicklung nach kein Balneologe im strengen Sinne des Wortes. Andererseits stehe ich mit einem Sektor der Balneologie im ständigen Kontakt, nämlich der Kurbehandlung von Erkrankungen des Verdauungssystems, speziell der Leber- und Gallenwege, also den engeren Indikationen gerade von Bad Kissingen, weil die Erkrankungen dieser Organe Gegenstand meiner eigenen wissenschaftlichen Arbeit sind.

Das ist aber nicht der eigentliche Grund, weshalb ich mich dann doch entschlossen habe, der Aufforderung Folge zu leisten. Der tiefere Grund ist vielmehr der, daß der Anlaß dieser festlichen Versammlung – die Stiftung eines Preises, der der Förderung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet der Balneologie dienen soll – für einen Hochschullehrer und Klinikleiter eine Verpflichtung darstellt, und für mich persönlich eine Gelegenheit, die nachbarlichen Beziehungen zwischen Würzburg und Bad Kissingen zu vertiefen.

Gerade in der heutigen Zeit, in der so viel geredet und geschrieben wird über Reformen im Bereich der Hochschule und auch der Medizin außerhalb der Hochschule, sollte man eines nicht vergessen: Wenn man – und ich spreche jetzt nur von der Medizin – heute ernsthaft davon spricht, daß die Einheit von Forschung und Lehre an der Universität nur mehr eine Fiktion darstelle, daß die Universität in der heutigen Massengesellschaft nur noch die Aufgabe der Lehre, d. h. der möglichst schnellen und effektiven Vorbereitung auf den künftigen Beruf, erfüllen könne, daß die Medizin-Schule, die „Medical School“, die einzige Möglichkeit biete, das auf einen riesigen Umfang angewachsene medizinische Wissen dem Studenten in angemessener Weise zu vermitteln, so muß man sich doch andererseits die bange Frage vorlegen, wo dann in Zukunft noch medizinische Forschung, und zwar vor allem klinische Forschung in Deutschland betrieben werden soll. Wissenschaftliche Einrichtungen, wie etwa die Max-Planck-Gesellschaft, können zwar im Bereich der Geisteswissenschaften, auch im Bereich der Naturwissenschaften, vielleicht in gewissem Umfange auch noch der theoretischen Medizin die Hauptaufgaben der Forschung wahrnehmen, im Bereich der klinischen Medizin ist das aber gänzlich unmöglich. Klinische Forschung bedarf des kranken Menschen selbst, um erfolgreich sein zu können, klinische Forschung kann

*) Festrede anläßlich der Sitzung des Stadtrates Bad Kissingen am 1. August 1970 zur Stiftung des „Preises der Stadt Bad Kissingen zur Förderung der balneologischen Forschung“.

also nur im Bereich der klinischen Medizin betrieben werden — einmal im Bereich der Universität, aber darüber hinaus auch an vielen anderen Stellen, wie es z. B. in vorbildlicher Weise in den Vereinigten Staaten von Amerika geschieht.

Dort ist es eine Auszeichnung für ein Krankenhaus, wenn in ihm klinische Forschung betrieben wird, gewissermaßen ein Gütezeichen, das darauf hinweist, daß die darin tätigen Ärzte selbst an der Fortentwicklung ihres Faches mitarbeiten und damit über die neuesten Entwicklungen besser orientiert und ihnen gegenüber auch kritischer eingestellt sind als ihre nicht wissenschaftlich arbeitenden Kollegen.

Freilich: eine solche Forschung kostet Geld. Nirgends, schon gar nicht im Bereich der Wissenschaft, gibt es etwas kostenlos. Wo soll dieses Geld herkommen? Es ist ein offenes Geheimnis, daß die Mittel, die der Staat etwa den Universitätskliniken für die Forschung zur Verfügung stellt und unter den gegebenen Umständen zur Verfügung stellen kann, nur einen geringen Bruchteil dessen ausmachen, was benötigt wird, um eine den heutigen Erfordernissen entsprechende Forschung im Bereich der klinischen Medizin betreiben zu können. Ohne die Unterstützung anderer Stellen, z. B. der pharmazeutischen Industrie, die — insbesondere was die großen Unternehmen dieses Industriezweiges angeht — diese Mittel ohne Zweckbindung zur Verfügung stellt, wäre die Forschung an unseren Universitätskliniken heute überhaupt nicht mehr möglich. Und wo sollen die Mittel für klinische Forschung etwa an kommunalen Krankenhäusern herkommen? Die Krankenhausträger selbst können dafür selbstverständlich nicht herangezogen werden, nachdem sie so schon kaum wissen, wie sie ihre Krankenhäuser noch finanzieren sollen. Auch hier muß ich wieder auf das amerikanische Beispiel hinweisen: Die Privatinitiative, der so oft genannte — und leider oft strapazierte — „Bürgersinn“, läßt in Amerika jährlich große Summen in Gestalt von Stiftungen der medizinischen Forschung zufließen — aus dem dort viel stärker als bei uns entwickelten Bewußtsein, daß die Ergebnisse dieser Forschung ja letzten Endes allen Bürgern zugute kommen. Jeder von uns kann krank werden und dann auf die Heilmittel angewiesen sein, die die Forschung zur Bekämpfung seiner Krankheit entwickelt hat.

Ich will mich hier nicht in Einzelheiten verlieren, aber erinnern wir uns doch der Tatsache, daß es — historisch gesehen — noch nicht lange her ist, daß Tausende und Abertausende an Tuberkulose, an Lungenentzündung, Typhus oder anderen Infektionskrankheiten, an Zuckerkrankheit (diabetischem Koma) sterben mußten, weil es noch keine Tuberkulostatika, keine Antibiotika, kein Insulin gab. Ist es wirklich richtig, immer und immer wieder in illustrierten und anderen Publikationsorganen zweifelhafter Kompetenz von der „Krise der Medizin in unserer Zeit“ zu reden, und — aus Dummheit oder Bosheit — die Augen vor diesen doch so handgreiflichen und im immer weiteren An-

stieg der mittleren Lebenserwartung zum Ausdruck kommenden Erfolgen der wissenschaftlichen Medizin zu verschließen?

Daß an diesen Erfolgen auch die klinische Forschung entscheidenden Anteil hatte, kann nicht bestritten werden. Und hier, in diesem Bereich, hat auch die balneologische Forschung ihren Platz. Wenn auch in der Therapie innerer Krankheiten zur Zeit die Chemie mehr und mehr einen Boden gewinnt, so behält doch die physikalische Therapie — und in diesem Zusammenhang die Balneologie — auch heute noch ihre Berechtigung im Behandlungsplan zahlreicher Krankheiten. Unbestritten ist ihre Bedeutung für die Therapie der rheumatischen und degenerativen (Abnutzungs-) Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, für die Rehabilitation bei Herz- und Kreislaufkrankheiten. Problematischer und — gerade in der heutigen Zeit — mehr der Kritik ausgesetzt ist die physikalische und balneologische Therapie bei den Erkrankungen des Verdauungssystems (Magen-, Darm-, Galle-, Pankreas-, Leber). Hier steht altes ärztliches Erfahrungsgut der nüchternen harten Kritik der modernen naturwissenschaftlichen Medizin gegenüber. Und hier gilt es, die unbestreitbaren Erfolge der Kurbehandlung wissenschaftlich zu untermauern, ihre Wirkprinzipien aufzuzeigen, überprüfbare Parameter zu finden und die Erfolge — oder auch Mißerfolge — zu registrieren und zu objektivieren. Vielleicht, daß manche Wirkungen auch schwer mit naturwissenschaftlichen Methoden zu erfassen sind, weil der Mensch nun einmal ein Doppelwesen ist, weil neben dem Körperlichen auch das Geistig-Seelische bei der Entwicklung und im Verlauf vieler Krankheiten eine nicht zu übersehende Rolle spielt, was gerade bei der Therapie im Rahmen einer balneologischen Kur nicht vernachlässigt werden darf.

Die moderne medizinische — nicht philosophische — Psychologie bemüht sich, auch diese Faktoren, faßbar — in gewisser Weise sogar meßbar — zu machen.

Wenn ich diese vielfältigen Aspekte der balneologischen Forschung bedenke, so möchte ich den Entschluß der Stadt Bad Kissingen beglückwünschen, einen Preis für wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der balneologischen Forschung zu stiften. Möge dieser Entschluß Schule machen, um unsere jungen Wissenschaftler zu ermuntern, mit modernen Methoden den Wirkungen der balneologischen Therapie nachzuspüren. Die Tatsache, daß in vielen Bädern bereits balneologische Forschungsstätten vom Staat eingerichtet worden sind — so auch hier in Kissingen — läßt klar erkennen, daß die wissenschaftliche Medizin die Bedeutung, die die balneologische Therapie im Rahmen einer Allgemeinbehandlung auch heute noch besitzt, klar erkannt hat. Möge der Preis ein weiterer Anlaß sein, diese Arbeitsrichtung zu fördern.

Ansch. d. Verf.: Professor Dr. med. H. A. Kühn, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2



**Hochdruck
Lebensgefahr**

Hypertoniker brauchen

Adelphan[®]-Esidrix[®]

sicher, schonend, risikolos

C I B A

Berufskrankheiten im Bereich des Sehorgans*)

von H.-J. Merté

Zum Unterschied von Betriebsunfällen, bei denen von Fall zu Fall der Zusammenhang zwischen Berufstätigkeit und Körperschaden zu prüfen ist, unterliegen Berufskrankheiten nur dann der Entschädigungspflicht durch Berufsgenossenschaften, wenn sie in der gültigen Berufskrankheitenverordnung aufgeführt und für die betreffende Tätigkeit bzw. Betriebsart als solche anerkannt sind. Eine große Zahl der anerkannten Berufskrankheiten geht mit Schädigungen des Sehorgans einher. Diese sollen im folgenden kurz abgehandelt werden. Die angeführten Nummern sind der augenblicklich in Kraft befindlichen Berufskrankheitenverordnung entnommen.

Ganz allgemein gesehen, können Schädigungen am Sehorgan durch lokale Einwirkung eines Agens von außen oder aber durch Einwirkung auf den Gesamtorganismus, z. B. infolge Aufnahme des Agens über den Atem- oder Verdauungstrakt, bewirkt werden, wobei die Veränderungen am Sehorgan Teilerscheinungen eines generalisierten Prozesses sein können. Eine ganze Reihe der möglichen Schadensursachen ist in der Lage, sowohl unmittelbar lokal als auch auf dem Umweg über eine allgemeinere Störung im Organismus, auf das Sehorgan einzuwirken. Die Schadensursachen sind verschiedener Natur; die hierdurch gegebene Gliederung soll als Leitlinie bei der nun folgenden Abhandlung der Veränderungen am Sehorgan dienen.

Eine große Gruppe bilden die durch **chemisch und toxisch wirksame Substanzen** hervorgerufenen krankhaften Veränderungen. Die schädlichen Stoffe können sowohl anorganische als auch organische und gasförmig, flüssig oder fest sein. Nicht selten wird ein besonders intensiver Kontakt durch Dämpfe oder Staub hergestellt. Öfters spielen nebenbei auch thermische oder mechanische Reize auf die Gewebe oder eine allergische Komponente für die Entstehung oder Unterhaltung des Krankheitsprozesses eine Rolle. Hinsichtlich des äußeren Auges sind hier in erster Linie chronische Reiz- und Entzündungszustände der Konjunktiva und der Kornea, sowie der Lider als Schädigungsfolgen zu nennen. Besonders ernst sind Beteiligungen der Hornhaut, da es an dieser relativ leicht zu irreversibler Minderung des Sehvermögens oder gar Erblindung infolge von Narben kommen kann. Schwere Folgen für die Sehfunktion resultieren häufig auch aus einer Affektion der inneren Augenteile oder des Sehnerven.

*) Nach einem in der Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München am 6. Februar 1970 gehaltenen Vortrag.

Nr. 2 Arsen: Lidschwellung und Lidrandentzündung, schwere Bindehautentzündungen mit Nekrose, Schrumpfung des Bindehautsackes, Blutungen unter die Bindehaut, Chemosis, Hornhautgeschwüre, Pupillen- und Augenmuskellähmungen, Sehnervenschädigung mit Zentralskotom, Pigmentwucherung in der Netzhaut, u. U. eine Pigmententartung vortäuschend. **Arsenrichlorid:** Reizung und Verätzung der Haut und Schleimhaut. **Arsenwasserstoff:** schwere Kapillarschädigung mit perivaskulären Zellinfiltraten. **Fünfwertige Arsenverbindungen (Atoxyl u. a.):** Netzhautblutungen und Schädigungen der Ganglienzellen durch organische Arsine (Kampfstoffe des ersten Weltkrieges), Bindehautentzündung und Hornhautnekrose.

Nr. 3 Benzochinon (Anilinabkömmlinge Chinon, Parachinon und Hydrochinon): braune Verfärbung von Bindehaut und Hornhaut im Lidspaltenbereich, nachfolgend schwerste Entzündungen mit Verätzungserrscheinungen, Bläschenbildung, Epithelabhebung und Geschwüren der Hornhaut.

Nr. 4 Benzol: Lidzucken, Bindehaut- und Hornhautentzündungen, retrobulbäre Neuritis, Neuroretinitis, Fundusblutungen; Nystagmus. **Toluol und Xylol:** äußerliche Reizerscheinungen, Epiphora, Hornhautepithelveränderungen.

Nr. 5 Nitro- und Aminverbindungen des Benzols (Methämoglobinbildner):

Nitro- und Dinitrobenzol: Brennen und Tränen der Augen, retrobulbäre Neuritis mit Zentralskotom, unregelmäßiger Gesichtsfeldeinengung oder vorübergehender Amaurose mit nachfolgender Atrophie oder temporaler Abblassung der Papille. **Dinitrophenol:** Bindehautreizung, Hornhauteinlagerungen, Linsentrübungen.

Pikrinsäure (Trinitrophenol): Gelbfärbung der Haut und der Bindehaut, Hornhautentzündungen.

Nitronaphthalin: Schwere Hornhautentzündungen, graugrüne oberflächliche Hornhauttrübungen mit Bläschenbildung, bandförmige Hornhauttrübungen mit feinen kalkweißen Einlagerungen, Ulzera mit Hypopyon. Neuritis mit frühzeitigen Sehstörungen, Zentralskotom, Papillenschwellung und Ausgang in Optikusatrophie; Netzhautvenenstauung; Netzhautblutungen, Pupillenstörungen, Nystagmus. **Nitrodekalin:** Tiefbraunrote Kammerwasserverfärbung und bräunliche Betauung der Hornhaurückfläche, Papillen- und Netzhautgefäßveränderungen. **Anilin (Amidobenzol), Chlor- und Nitroanilin:** Lidhautverfärbung, Bindehautentzündung, bandförmige Hornhautentzündungen im Lidspaltenbereich, Pupillenstörungen, Sehstörungen mit konzentrischer Gesichtsfeldeinengung. **Anilinfarben:** zuweilen Bindehautentzündung; Tintenstift- (Methylviolett-)verätzung. **Tetral:** Schwerste Reizung der Schleimhäute, insbesondere der Augen.

Toluidin, Xylidin, Toluilen, Phenyl-diamin, Benzidin: Wirkung ähnlich Anilin; Paraphenyldiamin: starke Lidschwellung, Binde- und Hornhautentzündung, u. U.-geschwür.

Nr. 6 Blei: Entzündung der Bindehaut und der oberflächlichen Schichten der Hornhaut sowie Trübungen der tiefen Schichten derselben. Meist innerhalb von Stunden eintretende Sehverschlechterung bis zur Amaurose, gegebenenfalls Zentralskotom, infolge toxischer Schädigung zerebraler Anteile des Sehorgans oder des Sehnerven mit oder ohne Hyperämie und Ödem der Papille sowie nachfolgender postneuritischer Atrophie oder temporaler Abblässung; als gelegentliches Frühsymptom Lichtsinnstörung. In der Netzhaut Wandveränderungen und Spasmen der Arterien, Blutungen und weiße Herde (Lipoidablagerungen, Exsudate) nach Art der Retinopathia angiospastica. Pupillenstörungen und Augenmuskellähmungen; als Folge der Schilddrüsenbeteiligung Exophthalmus.

Nr. 7 Chrom: Selten Ekzem der Lider, häufiger Bindehautentzündung, gelegentlich -braunfärbung und -verätzung, rezidivierende Hornhauterosionen mit Ödem der tieferen Stromaschichten, Verengung der Netzhautarterien, Optikusatrophie, Xanthopsie.

Nr. 9 Halogen-Kohlenwasserstoffe: Chlorbenzol und Dichlorbenzol (Globol): Starke Reizung der Schleimhäute, insbesondere der Augen, später Linsentrübungen. Perchlornaphthalin (Per-na): Talgdrüsenentzündungen u. a. auch der Lider.

Nr. 10 Kadmlum: Bindehautreizung.

Nr. 11 Kohlenoxyd: Bindehaut- und Glaskörperblutungen, Netzhautblutungen bei erweiterten, geschlängelten Venen, Netzhautödem und -verfärbung, Papillenschwellung, Zentralskotom, konzentrische Gesichtsfeldeinengung, oft bleibende Amblyopie bei postneuritischer Atrophie, Polycythaemia rubra als Nachkrankheit, zentral bedingte Amaurose, Hemianopsien, Pupillenstörungen, Wortblindheit. Nach akuter Vergiftung Exophthalmus.

Nr. 12 Mangan: Blaurote Verfärbung der Bindehaut, Hornhauterkrankungen, seltener Lidschlag, Konvergenzschwäche, retrobulbäre Neuritis.

Nr. 13 Methanol: Reizungen im vorderen Augenabschnitt. Netzhaut- und Sehnervenaffektion, manchmal mit ophthalmoskopisch erfaßbaren Veränderungen wie Papillenschwellungen, Fundusblutungen, begleitet mit entsprechenden Störungen, gegebenenfalls bis zur Erblindung.

Nr. 14 Phosphor: Icterus conjunctivae, Hämorrhagie der Retina. Phosphorwasserstoff: Pupillenerweiterung, gegebenenfalls subjektive Sehstörungen. Phosphortri- und Pentachlorid: schmerzhafte Konjunktivitiden und Keratitiden. Phosphortri- und -sequisulfid: äußerliche Reizerscheinungen.

Nr. 15 Quecksilber: Konjunktivitiden und Blepharitiden, asthenopische Beschwerden, Augenmuskellähmungen, Nystagmus, fragliche Sehnervenschädigung, Linsenverfärbung bzw. -trübung.

Nr. 16 Salpetersäure-Ester: Nitroglyzerin: Lichtscheu, Bindehautentzündung, Nebelsehen, Augenmuskellähmungen.

Nr. 18 Schwefelkohlenstoff: Lichtscheu, Tränen, Verätzung von Binde- (aschgraue Verfärbung) und Hornhaut, Sensibilitätsstörungen, Erosionen und Ulzera der Hornhaut, Pupillenstörungen, Sehnervenschädigung, oft mit Papillenschwellung und nachfolgender partieller Optikusatrophie; Sehstörungen stets doppelseitig in Zentrum oder Peripherie des Gesichtsfeldes, Farb- und Lichtsinnstörungen. Lähmungen der inneren und äußeren Augenmuskeln, Nystagmus.

Nr. 19 Schwefelwasserstoff: Lichtscheu, Blepharospasmus, Binde- und Hornhautentzündung, selten Keratitis disciformis, Sehnervenschädigung.

Nr. 20 Thallium: Katarakt, toxische Sehnervenschädigung mit nachfolgender Atrophie und entsprechend schwerer Beeinträchtigung des Sehvermögens, manchmal auch in Form von (binasaler) Hemianopsie oder erworbener Rot-Grün-Blindheit. Augenmuskelstörungen fraglich.

Nr. 21 Vanadium: Konjunktivitis und Blepharitis.

Nr. 32 Beryllium: Konjunktivitis und Lidbeteiligung bei Dermatitiden.

Nr. 47 Teer, Pech, Ruß und verwandte Stoffe: Lidkrebse und Präkanzerosen. In die Verordnung nicht einbezogene Veränderungen: Entzündungen der Lidhaut, Bindehaut und Hornhaut, gelegentlich auch Iritiden und Intoxikationsamblyopie.

Eine Fülle von hier nicht genannten Stoffen kann ebenfalls über den Kontakt im Arbeitsleben zu Schäden im Bereich des Sehorgans führen, die aber bisher nicht als Berufskrankheiten anerkannt sind.

Auch **physikalisch wirksamen Schädlichkeiten** kommt erhebliche praktische Bedeutung zu. Viele der vorstehend genannten Stoffe vermögen großenteils, je nach Aggregatzustand, auch auf mechanischem oder thermischem Wege, ebenso wie andere sonst mehr oder weniger indifferente Materialien in Form von Staub, Haaren, Sand, Mehl oder sonstigen feinen Partikeln sowie Dämpfen und Gasen, Veränderungen an den Augen und deren Anhangsgebilden hervorzurufen. Darüber hinaus kennen wir eine Gruppe von Berufskrankheiten, die ganz überwiegend das Ergebnis physikalischer Einwirkungen sind.

Nr. 24 Aufenthalt in Druckluft (Caissonkrankheit): Folgen am Sehorgan und seinen Anhangsgebilden: Schwellungen der Lider, Emphysem, Blutungen in die Lider, die Bindehaut und die Netzhaut, Stauungspapille, Hemianopsie, transitorische Amaurose, Pupillenstarre, Lähmungen der äußeren Augenmuskeln, Ptosis.

NERVO-OPT

NERVO-OPT

NERVO-OPT®

Verschreibungspflichtig!

Zusammensetzung pro Dragee:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg,
Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg,
Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb.,
Adonid., Calc. gluconic., Kal. bromat.,
Aminophenazon.

NERVO · OPT-Dragees

OP zu 50 Dragees

**beruhigt
die Nerven
und bringt
erquickenden
Schlaf**

DR. BRAUN & HERBERG · BAD SCHWARTAU



Von zunehmender Wichtigkeit ist die Kenntnis der schädlichen Strahlenarten und der von diesen hervorgerufenen Veränderungen am Sehorgan.

Nr. 28 Wärmestrahlen: Feuerstar infolge Infrarotstrahlung über längere Zeit, vor allem bei Glasmachern und Metallschmelzern, aber u. a. auch in der keramischen Industrie am Brennofen Beschäftigten (in der Berufskrankheitenverordnung nicht genannt: Makulschädigung durch infrarote und rote Strahlen).

Nr. 27 Röntgenstrahlen, Strahlen radioaktiver Stoffe oder endere Ionisierende Strahlen: Katarakt, Chemo-sis, korkenzieherartige Schlingelung der konjunktivalen und episkleralen Gefäße, oberflächliche und tiefe Entzündungen und Geschwüre der Hornhaut sowie Madarosis.

Die Latenzzeit bis zum Auftreten von Veränderungen, insbesondere Linsentrübungen, ist verschieden und hängt von der Intensität der Strahlen und etwaigen Intervallen der Einwirkung ab. Sie ist meist ziemlich lang und beträgt z. B. beim Feuerstar etwa 20 Jahre.

Für ionisierende Strahlen gibt die abgebildete Tabelle von KROKOWSKI Anhaltspunkte bezüglich der Schwellendosis.

Schwellendosis der Linsentrübung (nach Krokowski)

	Bestrahlungsform	Schwellendosis
Jugendliche	einzeitig oder fraktioniert	200 r
Erwachsene	einzeitig	200 r
	fraktioniert	
	bis zu 3 Monaten	300 r
	über 3 Monate	500 r
	über 3 Jahre	800 r

Pethogenetisch noch nicht sicher geklärt:

Nr. 40 Augenzittern der Bergleute; aber trotzdem aus praktischen Erwägungen seit dem Jahre 1961 auch in der Bundesrepublik, wie zuvor schon in manchen anderen Ländern, so im Searland und in der DDR, als Berufskrankheit anerkannt.

Über das Zustandekommen des Nystagmus der unter Tage tätigen Bergarbeiter sind konstitutionelle Disposition, Körperstellung bzw. -lage bei der Arbeit in Verbindung mit der dabei eingenommenen Blickrichtung, Mangel an Helligkeit und an Sauerstoff in der Grube sowie Intoxikationen engeschuldigt worden.

Der Nystagmus kommt fast ausschließlich in Steinkohlengruben, je nach Revier in stark unterschiedlicher Häufigkeit, vor. Das Augenzittern tritt nur bei solchen Personen auf, die viele Jahre oder Jahrzehnte unter Tage gearbeitet haben. Die Zahl der davon Betroffenen hat in den letzten Jahren stark abgenommen, offenbar als Folge der besseren hygienischen und arbeitstechnischen Bedingungen unter Tage. Insofern ist die praktische Bedeutung der Krankheit im Schwinden begriffen.

Schließlich können Veränderungen am Sehorgan als Teilerscheinungen von **Tropen-** (Nr. 44) und **Infektions-** (Nr. 37) **Krenkheiten, von Tieren auf Menschen übertragbaren parasitären und infektiösen Lelden** (Nr. 38) sowie der **Wurmkrankheit der Bergleute** (Nr. 39) auftreten, die bei entsprechenden Tätigkeiten als Berufskrankheiten gelten.

Viele weitere gewerblich bedingte Augenschädigungen sind leider gesetzlich noch nicht als Berufskrankheiten anerkannt. Es ist zu hoffen, daß der Katalog in der Zukunft dementsprechend ergänzt wird.

Die **Therapie** hat sich nach den Ursachen sowie nach dem Sitz und der Art der Veränderungen zu richten und ist, den jeweiligen Bedingungen entsprechend, sehr verschieden. Hier brauchen die in Frage kommenden Maßnahmen nicht abgehandelt zu werden. Wichtig ist auf jeden Fall zu wissen, bei welchen Tätigkeiten Gefahren vorhanden sind und worin diese bestehen. Das Hauptaugenmerk ist natürlich auf das Verhindern oder doch wenigstens Eindämmen schädlicher Einflüsse zu richten.

Für die **Prophylaxe** kommen vorsorgliche Gestaltung des Arbeitsplatzes, wozu neben vielen anderen Faktoren auch Be- und Entlüftung, Beleuchtung sowie Einrichtung der Werkräume gehören, Eignungs- und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, Körperhygiene und gegen von außen direkt einwirkende Stoffe oder Strahlen gerichtete, den jeweiligen Erfordernissen angepaßte Schutzbrillen, -schirme oder -masken in Frage.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. H.-J. Merté, Direktor der Augenklinik rechts der Isar der Technischen Universität München, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22

Einführungslehrgang in die Kassenarztpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet im Zusammenwirken mit den Landesverbänden der RVO-Kassen in Bayern am **Samstag, 31. Oktober 1970, in München**, Sitzungssaal des Messehauses (Ausstellungspark), München 12, Theresienhöhe 13, Beginn 9.00 Uhr, einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis.

Anmeldungen zu diesem Lehrgang sind schriftlich an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns – Bezirksstelle München Stadt und Land –, 8000 München 2, Briener Straße 23, **bis spätestens 15. Oktober 1970** zu richten. Es wird gebeten, den Unkostenbeitrag von DM 10,- ebenfalls bis zum 15. Oktober 1970 auf das Postscheckkonto der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns – Bezirksstelle München Stadt und Land –, Nr. 850, Postscheckamt München, mit dem Vermerk „Einführungslehrgang“ zu überwiesen.

Forderungen des Hygienikers an das Trinkwasser*)

von Bl. Freytag

§ 11 Abs. 1 des Bundesseuchengesetzes vom 18. Juli 1961 (BGBl. I, S. 1012) bestimmt: „Trinkwasser sowie Brauchwasser für Betriebe, in denen Lebensmittel gewerbsmäßig hergestellt oder behandelt werden, oder die Lebensmittel gewerbsmäßig in den Verkehr bringen, muß so beschaffen sein, daß durch seinen Genuß oder Gebrauch die menschliche Gesundheit, insbesondere durch Krankheitserreger, nicht geschädigt werden kann ...“

In § 11 Abs. 2 ist eine Rechtsverordnung angekündigt, in der festgelegt werden soll, welche Eigenschaften das Trinkwasser aufweisen muß, wie die Wasserversorgungsanlagen in hygienischer Sicht zu überwachen und wie und wann die Wasseruntersuchungen durchzuführen sind.

Diese Rechtsverordnung ist bis heute nicht erlassen. Es müssen daher die Forderungen an das Trinkwasser nach den feststehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen aufgezeigt werden.

Trinkwasser muß frei von Krankheitserregern und von solchen Stoffen sein, die geeignet sind, die Gesundheit zu schädigen. Es muß appetitlich sein, d. h., es muß klar, farblos und frei von fremdartigem Geschmack und Geruch sein und es soll eine erfrischende Kühle aufweisen; es muß in ausreichender Menge zu einem angemessenen Preis dargeboten werden.

Die Forderung, daß in einem Wasser keine Krankheitserreger enthalten sein sollen, gilt dann als erfüllt, wenn in 100 ml Wasser kein *Bacterium coli* – ein Leitkeim der Ausscheidungen von Mensch und Tier und damit auch ein Indikator einer möglichen Verunreinigung durch Krankheitserreger – nachgewiesen werden kann.

Da aber ein Lebensmittel – Wasser ist das wichtigste Lebensmittel – durch ubiquitär vorkommende Mikroorganismen verdorben werden kann, wenn diese in größerer Menge enthalten sind, wird weiter gefordert; daß Trinkwasser nur eine verhältnismäßig geringe Keimzahl aufweisen darf. Aus Erfahrungen, die bei künstlich angelegten Filteranlagen bereits vor Jahrzehnten gemacht wurden, weiß man, daß Keimzahlen über 100/ml bedenklich sind. Gut gefiltertes Wasser hat natürlich null oder nur wenige Keime. Eine Erhöhung der Keimzahlen ist ein sehr empfindlicher Anzeiger für ungünstige Veränderungen im Bereich der Gewinnungsanlagen und im Verteilernetz. Dennoch ist der Einwand, daß Wasser mit hohen Keimzahlen und mit *Bacterium coli* noch lange keine Krankheiten verursachen muß, richtig. Die Auffassung eines Dorfbürgermeisters, der, auf die vernachlässigte gemeind-

liche Wasserversorgungsanlage hingewiesen, meinte: „Was liegt schon daran, wenn meine Bauern eine Handvoll Odel saufen“, ist immer noch anzutreffen. Von manchen Amtsärzten wird geklagt, daß die zuständige Behörde des öfteren den Vorschlägen des Gesundheitsamtes zur Abwehr von Gefahren nach § 11 Abs. 4 des Bundesseuchengesetzes deshalb nicht nachgekommen sei, weil die bakteriologischen Untersuchungen keinen Nachweis von Krankheitserregern brächten. Die Bestimmung des Bundesseuchengesetzes sagt nicht, daß die menschliche Gesundheit unbedingt geschädigt werden „muß“, sondern „kann“. Kein einsichtiger Mensch wird bestreiten, daß Wasser, mit animalischen Ausscheidungen verunreinigt, auch Krankheitserreger enthalten kann und damit zu einer potentiellen Gefahr für die menschliche Gesundheit wird.

Dem Trinken des Wassers steht gleich die unmittelbare oder mittelbare Verwendung des Wassers zur Bereitung eines Lebensmittels, also auch zur Reinigung der Rohprodukte, der Geräte, der Verpackungsmaterialien und der Räume, sofern nicht eine spätere Behandlung des Lebensmittels eine mikrobiologische Verunreinigung mit Sicherheit und ohne Beeinträchtigung wieder beseitigt.

Außer Krankheitserregern können verschiedene chemische Stoffe im Wasser die menschliche Gesundheit schädigen, wenn sie bestimmte Konzentrationen überschreiten. Ich möchte hier nur auf das Vorkommen von Nitrat im Trinkwasser hinweisen, da durch unsachgemäße Lagerung und Verwendung stickstoffhaltiger Minereraldünger die Anreicherung von Nitrat im Grundwasser ständig fortschreitet und dieses Anion keineswegs nur als Indikator des Abbaues animalischer Düngung und vor allem auch der Ausscheidungen des Menschen durch Versickerung häuslicher Abwässer in den Untergrund betrachtet werden kann. Das nitrat-haltige Wasser, das zur Bereitung der heute so viel verbreiteten Trockennahrung des Säuglings dient, erzeugt die sogenannte Zyanose, die Methämoglobinämie des Säuglings im ersten Trimenon. Einen Grenzwert für Nitrat im Trinkwasser festzulegen, ist schwierig, weil Wasser mit einem Nitratgehalt unter einem Grenzwert bereits dieses Krankheitsbild hervorrufen und Wasser über einem Grenzwert unter Umständen ohne Schaden vertragen werden kann. Die Schädigung tritt durch die Bildung von Nitrit aus Nitrat ein. Diese Reduktion erfolgt durch Darmbakterien, in erster Linie aber durch die Bakterien der Trockennahrung selbst, wenn die trinkfertige Nahrung stehenbleibt. Zur Verhütung der Zyanose ist es daher wichtig, daß jede Trockennahrung nach der Zubereitung unverzüglich dem Säugling gereicht wird und Reste niemals aufbewahrt werden. Als noch zuträglicher Grenzwert von Nitrat wird 50 mg/l angegeben; er ist ein Kompromiß.

Die Erfüllung der Forderung, daß Wasser frei von Krankheitserregern und sonstigen schädlichen Stoff-

*) Vortrag anläßlich der Landesversammlung des Bayerischen Medizinischen Beamtenvereins am 3. Juli 1970 in München.

fen sein muß, macht es allein noch keineswegs zum Trinkwasser. Wenn Wasser zum Lebensmittel werden soll, muß es appetitlich sein. Es darf also keine ekel-erregenden Trübungen und Färbungen aufweisen. Wenn Würmer und Schnecken in den Fassungen vorhanden sind oder im Sediment biologische Schmutzwasseranzeiger gefunden werden, dann wird dies jeder normale Mensch als ekelhaft empfinden. Ebenso darf kein fremdartiger Geruch oder Geschmack dem Wasser anhaften.

Eine wünschenswerte Eigenschaft des Trinkwassers ist eine angenehme Kühle. Dieser Wunsch soll möglichst erfüllt werden, ist aber mancherorts nicht immer erfüllbar. Es soll durch geeignete Maßnahmen versucht werden, hier zu helfen, z. B. durch genügend lange Filtrationsstrecken bei Uferfiltraten oder durch günstige Entnahmetiefen bei Verwendung von Oberflächenwasser. Dagegen ist eine unabdingbare Forderung, daß Trinkwasser jederzeit in ausreichender Menge zur Verfügung steht, und zwar zu einem angemessenen Preis.

Glücklich der Mensch, die Gemeinde, die Stadt, die solches Wasser von der Natur als Grundwasser aus Quellen oder Brunnen erhält. Sie können auch heute noch, wie einst der heilige Franziskus, danken:

„Gelobet seist du, mein Herr, durch unsere Schwester, die Quelle,

Die nützliches Wasser uns spendet, bescheiden, kostbar und keusch.“

Diese Ehrfurcht vor dem Naturgeschenk Wasser war allen Religionen eigen. Sie auch heute noch zu pflegen, gehört zu unserer Kultur.

Das Niederschlagswasser ist nie völlig rein; es enthält Staub und damit Mikroorganismen, Gase aus den Emissionen von Haus und Industrie sowie radioaktive Stoffe. Es nimmt Organismen und chemische Stoffe auf, sobald es mit der Erde in Berührung kommt. Erst auf dem Weg durch die Erdschichten wird es wieder weitgehend frei von Mikroorganismen, während es chemische Stoffe abgibt und neue in sich aufnimmt. Die Filterung erfolgt sowohl auf der senkrechten als auch auf der waagrechten Fließstrecke. Sie ist nach Art und Form der geologischen Schichten sehr ver-

schieden. So finden sich in 1 ml mittel- bis feinkörnigen Sandbodens an der Oberfläche Millionen von Keimen, in 1 m Tiefe nur noch Tausende und in 6 bis 7 m Tiefe keine Keime mehr. Auch auf dem waagrecht Wege reinigt sich das Grundwasser von Mikroorganismen, selbst wenn es sich in großen Zwischenräumen, wie z. B. in grobkörnigem Kies, bewegt.

Es ist eine alte Erfahrungstatsache, daß sich selbst stark verunreinigtes Grundwasser innerhalb von 30 bis 60 Tagen reinigt. Daß dies nicht allein auf einem Verdünnungs- und Ausschwemmungsprozeß beruht, zeigen Versuche, die RIMPAU und PLOCHMANN (1) gemacht haben, indem sie die aus den Neuöttinger Quellen 1946 gezüchteten Typhuskeime u. a. mit Leitungswasser aus München vermengten. Dort starben die Keime ab, und zwar war die Abtötungszeit abhängig von der Menge der Einsaat; sie betrug bei einer Einsaat von 10 Millionen Typhusbakterien/ml bis zu 15 Tagen und bei einer Einsaat von 1000 Keimen/ml nur zwei Tage. Angaben über die Temperaturen, bei denen dieser Versuch durchgeführt wurde, fehlen.

Auch andere Mikrobiologen haben sich mit dem Absterben bzw. der Vermehrung von Salmonellen im Trink-, Oberflächen- und Abwasser beschäftigt, vor allem R. MEYER (2).

Mit dem Absterbevorgang im Trinkwasser beschäftigen Frau Dr. ALEXANDER, die Leiterin des Laboratoriums der Wasserwerke der Stadt München, und ich uns seit längerem, und zwar unter Beachtung der natürlichen Wassertemperatur von 10 ° C, der Zimmertemperatur von 22 ° C und der Brutschranktemperatur von 37 ° C. Die Versuche sind nicht abgeschlossen, aber sie geben jetzt schon einen sicheren Hinweis für die Richtigkeit der bisherigen Erfahrungen. Die Vernichtung in Trinkwasser eingebrachter Keime hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie von der Art und der Menge der Bakterien, von der Temperatur und dem Nähr- und Sauerstoffgehalt des Wassers. Frau Dr. Alexander stellte fest, daß das Münchener Leitungswasser bei einer Einsaat von 8000 Coli-keimen/ml – ohne Verdünnungsvorgang, also beim Aufbewahren in einem Gefäß – und bei der natürlichen Wassertemperatur von 10 ° C die Keime innerhalb von

Bei
Bronchitis

den Schleim lösen



und die zusätzliche Wirkung
von Ephedrin nutzen

Pertussin®
Tropfen

ohne Risiko bei Diabetes
Dos.: Erwachsene Patienten 3–4 x tgl. 20–25 Tropfen
Taeschner 8831 Kipfenberg

11 bis 21 Tagen, bei Zimmertemperatur von 22 ° C innerhalb von 10 bis 11 Tagen und bei 37 ° C innerhalb von 4 bis 8 Tagen zum Absterben bringt.

Diese Erkenntnis über die Absterbezeiten sind die Grundlage für die Einrichtung von Schutzgebieten der Wassergewinnungsanlagen, nämlich die fachgerechte Bemessung des am meisten vor Verunreinigung zu schützenden Fassungsgebietes, sowie der Engeren und der Weiteren Schutzzone mit abgestuften Forderungen an die Reinhaltung der Oberfläche und des Untergrundes.

Es gibt meines Wissens kein Land in der Bundesrepublik, das sich so intensiv und erfolgreich der Wahrung und der Pflege des Grundwasserschatzes angenommen hat wie Bayern. Es ist dem Bayerischen Landesamt für Wasserversorgung und Gewässerschutz, hier vor allem seinen Hydrogeologen, tiefster Dank und hohe Anerkennung auszusprechen, daß in 3000 Schutzgebietsgutachten die naturwissenschaftlich fundierten Voraussetzungen für die Errichtung und die Erhaltung von Wassergewinnungsanlagen geschaffen wurden und dadurch den meisten Bewohnern Bayerns und seinen Gästen das beste Trinkwasser in ausreichender Menge gegeben werden kann.

Erst wenn in den Gewinnungsanlagen gutes und ausreichendes Trinkwasser erschließbar ist, kann durch technisch einwandfreie Förder- und Verteilungsanlagen das Wasser dem einzelnen Bürger zugeleitet werden. Auch hier ist in den letzten Jahrzehnten durch Einzel-, Gemeinde- und Gruppenversorgungen Beachtliches geleistet worden; doch bleibt für die Zukunft noch viel zu tun.

Leider kann auch in unserem Land nicht jedem einwandfreies Trinkwasser in ausreichender Menge aus dem Grundwasser zur Verfügung gestellt werden. Manches Grundwasser ist seiner Herkunft nach gefährdet und bedarf einer ausreichenden und laufenden Desinfektion; für manche Gemeinde muß Oberflächenwasser aufbereitet und desinfiziert werden. Hierfür eignen sich die Oxydationsmittel Chlor und seine Verbindungen sowie das Ozon. Es gibt gute technische Ansätze, auch die UV-Strahlung für die Vernichtung von Mikroben im Trinkwasser — wenigstens für kleine und mittelgroße Betriebe — zu nutzen. Bei aufbereitetem und mit Chlor desinfiziertem Trinkwasser muß eine mäßige Geschmacksbeeinträchtigung hingenommen werden. Es ist bisher auf der ganzen Welt keine einzige Krankheit durch das Chlor im Trinkwasser beobachtet worden, aber es sind verheerende Epidemien durch nicht oder ungenügend desinfiziertes Wasser entstanden.

Die besterrichtete Anlage verkommt, wenn sie nicht andauernd gepflegt und instandgehalten wird. Die Sicherung der Anlage und ihrer Schutzbereiche bedarf einer ständigen Überwachung. Neben dem Amtsarzt ist jeder Arzt aufgerufen, Beobachtungen, die dem Wasser und seinen Anlagen Schaden bringen können, den zuständigen Behörden zur Kenntnis zu bringen,

um rechtzeitig Abhilfe zu schaffen. Zur Überwachung gehören auch die bakteriologischen und chemischen Untersuchungen. Ihre Anzahl und Wichtigkeit hängen von der Gefährdung der Anlage und der Größe des Versorgungsbereiches ab. Sie werden individuell festzulegen sein, gewisse Richtzahlen werden aber nötig sein. Ein Verzicht ist auf keinen Fall vertretbar, denn eine kontinuierliche Beobachtung der Untersuchungsergebnisse des gewonnenen Wassers und des im Verteilernetz befindlichen Wassers gibt sichere Hinweise, wo durch die Inspektion nicht erkennbare Fehler und Verschlechterungen sich einzuschleichen im Begriffe sind.

Diese aufgezeigten Forderungen des Hygienikers an das Trinkwasser und deren Beachtung werden weiterhin mithelfen, gutes Trinkwasser für jedermann zu beschaffen und zu erhalten.

Literaturverzeichnis

1. RIMPAU, W.: Typhus-Wasserepidemie in Neuötting (Oberbayern). Med. Mschr. (1947) S. 452-456
2. MEYER, R.: Zur Einführung des Salmonellenquotienten in die bakteriologische Wasseruntersuchung. Arch. Hyg. u. Bakt. 143, 221-240 (1959)

Anschr. d. Verf.: Obermedizinialdirektor Dr. med. Bl. Freitag, Direktor der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt, 8000 München 2, Lazarettstraße 62

Mehr und besseren Spielraum für die Kinder!

von Erich Graßl

Was Einsichtige schon vor Jahrzehnten erkannten, daß das Kleinkind, das Kind und der Jugendliche in unserer technisierten und zivilisierten Welt mehr Platz zum Spielen brauchen, ist jetzt Allgemeingut der Bevölkerung geworden. Überall entstehen Resolutionen und Demonstrationen für mehr Spielraum für das Kind. Kaum vergeht eine Woche, in der nicht die Zeitungen und Zeitschriften über den Mangel an Kinderspielflächen und die schlechten Spielmöglichkeiten für Kinder berichten. So fordert man — wie letztlich in Nürnberg und Würzburg —, den Kindern jegliche Grünfläche und Rasenanlage in den Städten zum Spielen zur Verfügung zu stellen.

Wie kommt es zu diesem plötzlichen Interesse der gesamten Öffentlichkeit an der Schaffung von mehr Spielraum für die Kinder? Zweifellos haben die wissenschaftlichen Untersuchungen über die Bedeutung der Klein-Kindheit und Kindheit für die Entwicklung des Menschen dazu beigetragen. Deshalb auch die gesteigerte Aufmerksamkeit, die man plötzlich der Vorschulerziehung in den Kindergärten schenkt. Wir wissen es jetzt, daß das Vorschulalter so wichtig ist für die Entwicklung des Kindes und

Jugendlichen und daß in dieser Spielzeit der Mensch entscheidend geformt und geprägt wird. Darum auch der unbändige Drang des Kindes zum Spielen, um dadurch zu lernen und sich zu entwickeln. Schon vor Jahrzehnten ergaben Untersuchungen von Frau Professor Dr. Hildegard HETZER (1) zusammen mit den Autoren GINDL und STURM, daß ein Kind von einem Jahr täglich 7,02 Stunden spielen würde, wenn es dazu Gelegenheit hätte. Ein Kind von zwei Jahren spielt 7,16 Stunden, von drei Jahren 6,59 Stunden, von vier Jahren 8,16 Stunden, von fünf Jahren 8,49 Stunden und von sechs Jahren 8,50 Stunden. Auch dem Schulkind und Jugendlichen ist das Spiel Ausgleich von der Arbeit, ist ihm Freizeitgestaltung und Erholung.

Wir wissen aber auch, daß die Kindheitsjahre die entscheidenden Jahre sind für die Entwicklung der menschlichen Intelligenz und des menschlichen Verhaltens.

Professor Dr. Heinz Rolf LÜCKERT, seit 1964 Vorstand des Institutes für Jugendforschung und Unterrichtspsychologie an der Pädagogischen Hochschule der Universität München, stellt fest (2): „Nach neueren umfangreichen Forschungen steht fest, daß die Grundintelligenz des Menschen bis etwa 18 Jahre wächst und sich von da ab, je nach Bildungschance und -bemühung, mehr und mehr spezialisiert. Die Halbezeit der Intelligenzentwicklung liegt bei vier Jahren. Mit acht Jahren ist die Intelligenz zu etwa 80% ausgebildet. Die Entwicklung der geistigen Fähigkeiten verläuft also in den ersten Lebensjahren sehr stürmisch. Höhe der Intelligenz und Eigenart der Begabung hängen in hohem Maße von den kulturellen Anregungen und Anleitungen ab, die der Mensch in den ersten sechs bis acht Jahren, vornehmlich durch seine Eltern oder im Kindergarten, erhält. Was hier versäumt wird, ist später schwer, zum Teil überhaupt nicht mehr aufzuholen. Alles deutet darauf hin, daß selbst der Grundschulunterricht das vor der Schule Versäumte nicht mehr ganz aufholen kann.“ Weiter sagt Lückert: „Spielen und Lernen sind Grundtätigkeiten des Menschen. Durch sie entwickelt, in ihnen offenbart der Mensch schon früh seine sozialen und geistigen Kräfte, das

Zusammengehörigkeitsgefühl und die Hilfsbereitschaft, das Denken und Problemlösen, das Gedächtnis und die Phantasie.“

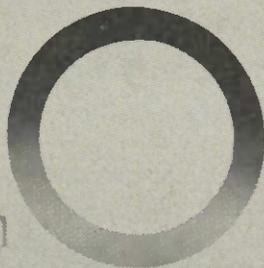
Schaffung besserer Spielmöglichkeiten

Diese psychologischen Überlegungen zeigen aber auch, daß es nicht allein damit getan ist, Spielraum für die Kinder zu schaffen, Plätze dafür, Grünanlagen dafür, daß wir uns vielmehr in noch größerem Maße Gedanken machen müssen, wie wir diese Spielplätze ausgestalten, was wir dem Kind alles an Spielmöglichkeiten bieten, wie wir den Platz pädagogisch richtig und bestens zur Verfügung stellen, um der Eigeninitiative und der Eigenentwicklung des Kindes freien Raum zu geben. Kinder sollen nicht nur mit primitivem, vorgefertigtem Spielgerät, nur mit Schaukeln, Rutschen und Kletterstangen konfrontiert werden. Kinder, deren Spielmöglichkeiten zu differenziertem Spiel anregen, etwa in Versteck- und Suchspielen, in Rollenspielen, in Hupf- und Fangspielen, erreichen ein höheres geistiges Niveau. Sie haben die Chance, eine bleibend höhere Lernbereitschaft und Intelligenz zu entwickeln.

Mithilfe der Eltern ist notwendig

Freilich wird zum richtigen Spielen und Spielerleben immer wieder die ordnende und anregende Mitarbeit der Eltern gehören. Frau Professor Dr. Hildegard Hetzer (3) vom Psychologischen Institut der Universität Gießen, eine der besten Kennerinnen der Psychologie des Spieles, schreibt: „Die Abhängigkeit der Kinder von der Umwelt, in der sich ihr Spiel vollzieht, besteht aber nicht nur im Hinblick auf die mittelbare Hilfe, die ihnen Erwachsene dabei leisten, wenn sie für Gelegenheiten zu spielen sorgen. Kinderspiel ist nicht Naturspiel, sondern kulturell gefärbtes Spiel. Dieses muß Kindern, wie alle Kultur, im Zuge der Tradition vermittelt werden. Das kann nur geschehen, wenn spielende Kinder und Erwachsene miteinander Kontakt haben, einander als Lehrende und Lernende gegenüberstehen. – Wird Kindern die notwendige Hilfe beim Spielern lernen versagt, so wird, wie viele Beobachtungen zeigen, der

dem
Husten
die Qual
nehmen



Pertussin[®]
Konzentrat

Tropfen: zuverlässige Wirkung durch hohen Codein-Anteil (1,2%)
Dos.: Erwachsene Patienten 3–4 x tgl. 20–25 Tropfen
Kinder bis 12 Jahre 3 x tgl. 8–15 Tropfen
Täschner 8831 Kipfenberg

Verlauf ihrer gesamten Entwicklung beeinträchtigt, nicht nur die Entwicklung ihres Spieles. Das hängt damit zusammen, daß kleine Kinder sich ja mit der Umwelt spielend auseinandersetzen."

Familiennahe Kinderspielplätze

Seit Beginn der von mir ins Leben gerufenen „Kinderspielplatzaktion“ im Jahre 1956 versuchte ich, mich daher immer für die Familiennähe der Kinderspielplätze einzusetzen. Nicht der große, moderne, „attraktive“ Spielplatz, weit weg vom Elternhaus und den Eltern und Geschwistern, ist der Idealspielplatz, sondern der beim Hause, in der Wohnsiedlung, in der Rufnähe der Mutter, bei den Geschwistern und Freunden. Nur so wächst das Kleinkind langsam in seine Umwelt hinein. Mit Recht sagt Dr. Andreas MEHRINGER, der Herausgeber von „Unsere Jugend“, im Geleitwort zu meinem Buch „Der familiennahe Kinderspielplatz“ (4, 5): „Das Kind soll ja nicht ‚wegorganisiert‘ werden – wie es heute mit allen unbequemen ‚Störenfrieden‘ leicht geschieht (alte Menschen, schwierige Kinder, ja, Kinder überhaupt). Das Kind braucht, um glücklich zu sein und gut zu gedeihen, ganz wenig an äußerem Aufwand, aber es braucht Geborgenheit auch im Spiel, d. h. die freundliche Nähe der Erwachsenen, denen es vertraut.“

Sicher müssen die Eltern unserer Tage noch viel mehr als bisher ihre Chance sehen, ihr Kind zu fördern, zu bilden, an sich zu ziehen und mit ihm glücklich aufzuwachsen, wenn sie sich viel mehr als bisher beim Spielen um sie kümmern, mit ihnen spielen, sie zum Spielen anleiten.

Wo haben denn sonst Eltern wirklich noch ganz ihre Kinder für sich? Werden sie nicht von Kindergarten, Schule, Tagesheimschule, Lehrlingsausbildung und Beruf ganz verschluckt?

Benötigen wir eine „Elternschule“?

Wichtig ist es, daß die Eltern wieder Freude finden am Spiel mit den Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen. Sie brauchen dazu allerdings auch einige Fertigkeiten, die sie zwar meist in der Schule gelehrt bekommen hatten, die sie aber am besten in einer „Elternschule“ wieder auffrischen müßten. Die Eltern müßten Spiele kennen, basteln und werken können, musizieren und Kasperl spielen, um es mit den Kindern zu betreiben. Das schafft glückliche Eltern und glückliche Kinder! Die Begegnung von Jungen und Alten auf Frei- und Spielflächen würden das Generationenproblem am ehesten lösen helfen.

Wir können hier von anderen Ländern lernen, in denen sich schon seit Jahren die Eltern viel mehr der Kinder annehmen und mit ihnen spielen. Beispielsweise gibt es so etwas in Holland schon seit über 50 Jahren, als die „Speeltuinerk“ gegründet wurden. Frau Liselott DIEM (6) berichtet darüber: „Hier schloß sich der Wohnbezirk zur Planung und Betreuung seines Spielplatzes zusammen. Ebenso wie in den USA soll der Spielplatz in Kinderwagenentfernung für jeden einzel-

nen erreichbar sein; es gibt 30 solcher Plätze allein in Amsterdam. In den auf den Spielplätzen errichteten Freizeithäusern werden nachmittags und abends Kurse abgehalten, vielfach von Vätern und Müttern geleitet, die das Basteln, Weben, Schlossern, das Laienspiel, Flöten- und Mundharmonikaspiel anleiten und sich freiwillig zu Spielleitern ausbilden ließen. Jede Familie, gleich wieviele Mitglieder sie umfaßt, zahlt wöchentlich 15 Pfennig an das Speeltuinerk. Dieses ist in 410 Vereinen nach Wohnbezirken aufgegliedert, gestaltet und plant seine Arbeit selbständig, die Stadt sorgt für den Unterhalt der Plätze und stellt Spielaufsicht bis zum Nachmittag.“

Spielplätze contra Unfälle

Unfälle sind heute die Hauptmörder der Kinder. Die Unfallzahlen bei den Kindern sind – wachsend mit der zunehmenden Verkehrsdichte – rapide im Steigen begriffen. Gab es 1962 noch 183 000 Kinderunfälle, so waren es 1964 schon 328 000 und 1966 bereits 408 000. Bei den gestorbenen Kindern und Jugendlichen bis unter 25 Jahren waren im letzten von der Statistik erfaßten Jahr (1967) fast die Hälfte (48 %) durch Unfälle ausgelöst. 1961 waren es noch 42,1 %, 1964 schon 46,6 % und 1967 48 %, davon 34,8 % Verkehrsunfälle (7). Hier muß etwas geschehen – es muß mehr geschehen als bisher!

Besondere Unfallgefährdung erwächst durch den Mangel an Kinderspielplätzen. Das Kind will und muß spielen, und wenn es keinen geeigneten Spielplatz hat, so spielt es eben um die Mülltonnen, im Stiegenhaus und – was das gefährlichste ist – auf der Straße. Nach einer Erhebung, die ich im Rahmen der „Kinderspielplatzaktion“ anstellte (4) und an der sich 4572 Kinder beteiligten, wurde auf die Frage „Wo spielst du?“ 888 × die Straße als Spielplatz angegeben. Fast $\frac{1}{5}$ der Kinder spielen also auf der mordenden Straße!

Nach einer Erhebung von Dr. Paul MICHAELIS – „Kinder und Verkehrsunfälle“ (8) – verunglückten 38 % der Kinder, die bei Verkehrsunfällen getötet oder verletzt wurden, beim Spielen. Die Schaffung von mehr familiennahem gefahrlos zu erreichendem Spielraum ist daher eine eminent wichtige ärztliche Angelegenheit, genauso wie bisher die Bekämpfung der Infektionskrankheiten, die jetzt nur noch ca. 4 % der kindlichen Todesursachen ausmachen.

Erreichtes in Bayern

Zwei Aktionen brachten neben Einzelleistungen in der Bundesrepublik eine Verbesserung der Spielplatznot.

1. Die Bemühungen der Deutschen Olympischen Gesellschaft und
2. die Initiativen der „Spielplatzaktion“ der Bayerischen Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundung.

Die Deutsche Olympische Gesellschaft konnte durch ihren „Goldenen Plan“ von 1961 bis 1967 allein 16 371

öffentliche Kinderspielplätze errichten mit einer Fläche von 17 033 000 qm. Durch den mehrjährigen intensiven Einsatz der „Kinderspielplatzaktion“ kamen 1960 die Kinderspielplatz-Paragrafen in die Deutsche Musterbauordnung und von da in die Länderbauordnungen (4). Als Erfolg davon entstanden in der Bundesrepublik allein ca. 232 000 Kinderspielplätze am Hause.

In Bayern entstanden aufgrund der Bestimmungen der Bayerischen Bauordnung vom 1. August 1962, Artikel 8 Abs. 2, die vorsieht, daß bei einem Bau von mehr als drei Wohnungen ein Kinderspielplatz gebaut werden muß, ca. 30 000 Kinderspielplätze am Hause (Häuser mit mehr als drei Wohnungen wurden gebaut 1963 = 4766, 1964 = 4535, 1965 = 4029, 1966 = 4434, 1967 = 4314, 1968 = 3965, 1969 = 3626).

Große Hilfe für die Münchener Kinder brachte der unter der Leitung von Konsul ECKART stehende „Münchener Verein für Kinderspielplätze und Grünanlagen“, eine Gründung des Münchener Kaufmannkasinos.

Dazu besteht im Haushalt des Bayerischen Kultusministeriums durch die Bemühungen der „Kinderspielplatzaktion“ seit dem Jahre 1962 ein Titel für Zuschüsse zur Errichtung und zum Ausbau von Kinderspielplätzen, der für die Unterstützung von Privatinitiative gedacht ist. Er soll auch Hausbesitzern von Altbauten auf Antrag zur Verfügung stehen, die ihren Haushof oder Teile davon zu einem Kinderspielplatz umbauen und pädagogisch einwandfrei gestalten. Seit dem Jahre 1962 standen dafür 1 Million DM zur Verfügung.

Ersirebenswertes

Es ist kein Geheimnis mehr, daß ein Großteil der vorhandenen Kinderspielplätze pädagogisch nur dürftig ausgestattet sind und der Eigeninitiative und -entwicklung des Kindes zu wenig Rechnung tragen. Dies könnte sich verbessern, wenn sowohl der Bund als auch die Bundesländer Ausführungsbestimmungen zu den Kinderspielplatz-Paragrafen

schaffen würden (§ 10 Abs. 2 der Musterbauordnung). Alle Fachleute stimmen darin überein, daß die Musterbauordnung nicht ausreichend präzisiert ist, da keine Werte über die jeweilige Größe der zu schaffenden Spielflächen im Verhältnis zur Anzahl der Wohnungen genannt werden. Eine Ergänzung aller Landesbauordnungen ist erforderlich. Nach einem Inform-Gesprächsabend des Münchener Katholikenrates mit mir über Kinderspielplätze baten die Teilnehmer des Gespräches in einem Schreiben an den Herrn Innenminister Dr. Bruno MERK um Erlaß von Ausführungsbestimmungen zu Artikel 8 Abs. 2 und Artikel 107 Abs. 2 der Bayerischen Bauordnung vom 1. August 1962. Sie sollten Ergänzungsbestimmungen über Größe im Verhältnis zur Wohnungszahl (oft hat ein Wohnblock nur ein kleines Feldchen Sand), Anweisungen über Mindestausstattung und pädagogische Gestaltung, Bestimmungen über Bestand und Pflege enthalten. Gleichzeitig könnten diese Ausführungsbestimmungen als Empfehlung für die schon bestehenden Spielplätze gelten.

Als Zukunftsaufgaben sind ferner der großzügige Ausbau von abgeschirmten Kinderspielflächen im Nah- und Fernerholungsplan der Großstädte anzusehen, wie sie z. B. die Bayerische Staatsregierung belreibt. Hier sollte gerade dem Großstadtkind die Möglichkeit zu freizügigem Spiel in einem natürlichen Gelände geboten werden, zum Tollen und Lärmen, was das Kind in seiner Entwicklung auch einmal braucht.

Auch der Ausbau von Werk- und Spielräumen entsprechend den Hobbyräumen des Einfamilienhauses soll in sozialen Wohnungsbaulen, in Wohnblocks und Siedlungen vorangetrieben werden und Kindern und Eltern mehr Möglichkeiten zum Spielen und Hobby geben. Die heute durch die Zentralheizungen doch ziemlich ungenutzten Kellerräume sollten nun nicht wieder allein dem Auto als Garage gehören, „jenem Auto“, das in erster Linie dem Kinde seinen Spielraum genommen hat. Siegt auch hier wieder das Auto oder siegen die Kinder? Sind für die Zukunft unserer Generation die Kinder wichtiger, ihre Eigen-

Den Schleim* lösen

* < das zentrale Problem im bronchitischen Geschehen >

Pertussin[®]
Sirup

nachhaltig wirksam und wohlschmeckend. Flasche zu 180 g (!)
Dos.: Ältere Patienten 4 x tgl. 1 Eßlöffel
Kinder 4 x tgl. 1 Teelöffel
Taeschner 8831 Kipfenberg

entwicklung und persönliche Entfaltung – oder das Auto!?

Literatur-Verzeichnis

1. HETZER, Hildegard: Spiel- und Spielzeug für jedes Alter. Oon-Bosco-Verlag, München, 10. Auflage.
2. LUCKERT, H. R.: In „Spielen und Lernen“, Oktober 1968.
3. HETZER, Hildegard: Spielen lernen – Spielen lehren. Oon-Bosco-Verlag, München, 1969.
4. GRASSL, Erich: Oer familiennehe Kinderspielplatz. Ernet Reinherdt Verlag, München-Beuel, 1965.
5. GRASSL, Erich: Oer familiengerechte Kinderspielplatz. „Prime folle“ In Fortschritte der Medizin, Juli, 1962.
- dto. Oer familiennehe Kinderspielplatz. „Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 9/1962.
- dto. Familiennehe Kinderspielplätze. Ruf Ine Volk. September 1963.
- dto. Familiengerechte Kinderspielplätze. „Oeutches Ärzteblatt“, 15. 2. 1964.
- dto. Familienneher Spielraum (Vortrag auf der Evangelischen Akademie Beden in Herrenelb), Sobrietas, Heft 2/1964.
- dto. Oer familiennehe Kinderspielplatz setzt sich durch. Unsere Jugend, Heft 11/1964.
6. OIEM, Lieselott: Nachbarschaftsplatz oder Freizeitwerk? Beobachtungen im Ausland. In: Blätter des Petelozzi-Fröbel-Verbandes, 1959.
7. GRASSL, Erich: Krankheiten unerer Kinder. Oon-Boeco-Verlag, München, 1969.
8. MICHAELIS, Paul: Kinder und Verkehrsunfälle. Stoytecheff, Oermstedt.

Anshr. d. Verf.: Dipl.-Psychologe Dr. med. et phil. Erich Gr a b l, 8000 München 25, Hofmannstraße 26/1

Alkoholikerfibel für den Arzt*)

von OMR i. R. Dr. med. Felix S t e m p l i n g e r

(Fortsetzung)

Abhilfe könnte geschaffen werden:

1. durch Einleitung einer traditionell unbelasteten Gesundheitspolitik,
2. durch zentrale Steuerung und Koordination der gemeinsamen Aufgaben und Arbeitsmethoden,
3. durch verstärkten Einsatz aller durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse gebotenen Behandlungsmethoden.

Die Gesundheitsämter müßten besorgt sein für eine lückenlose Früherfassung der Gefährdeten und Hilfsbedürftigen, die Überwachung und Kontrolle aller Maßnahmen im Sinne einer Psychohygiene des ganzen Bezirks, ähnlich dem Rahmen der Tuberkulose-Fürsorge.

Dazu bedarf es der Bildung einer tragfähigen Arbeitsgemeinschaft aller an der Suchtkrankenhilfe beteiligten Persönlichkeiten und Dienststellen (Amtsarzt, Hausarzt, Nervenärzte, Außenfürsorgearzt, Kreisfürsorgerinnen der Caritas und des Diakonissenverbandes) und Koordination der gemeinsamen Arbeitsmethoden. Nur eine Teamarbeit wird heute zum Erfolg führen. Ferner soll durch Errichtung einer gemeinsamen Akte und Kartei der gegenseitige Gedanken- und Erfahrungsaustausch gefördert werden.

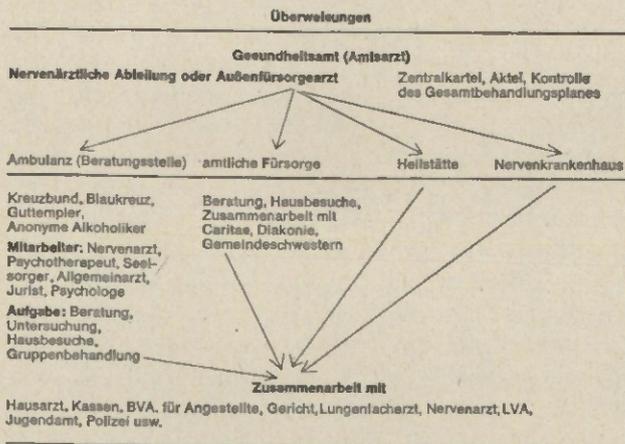
*) Wegen des großen Umfanges wird diese Arbeit in Abschnitten veröffentlicht, die denn in einer Brochüre im Rahmen der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe zusammengefaßt wird.

Was nützen alle schönen Einrichtungen und Befunde, wenn sie bei jedem Arzt, jeder Dienststelle, den Kassen, Versicherungsämtern und deren Vertrauensärzten usw. unter Berufung auf die Schweigepflicht ein geruhames Dasein führen? Gerade weil der Süchtige sich gegen jede Behandlung sträubt, sich und die Familie sowie die Gesellschaft belastet, müßte das gesundheitliche Interesse aller das höherwertige Rechtsgut nach § 300 StGB sein. Frankreich beabsichtigt, einen Melde- und Behandlungszwang – wie bei den Geschlechtskrankheiten – einzuführen, ein für unsere derzeitige Mentalität geradezu ketzerischer Gedanke. Oder wollen wir warten, bis der Alkoholiker ein Häuflein Elend, ein Wrack geworden ist, für dessen Erhaltung von uns stillschweigend alle Kosten bezahlt werden müssen, ein grausames, unmenschliches Schicksal aus ärztlicher Sicht? Hier liegt noch ein weites Arbeitsfeld brach, nämlich die Erkennung von Gesundheitsstörungen im V o r f e l d ihrer klinisch noch nicht erkennbaren Symptomatologie (Vorbeugung, Frühbehandlung).

Das Gesundheitsamt soll schließlich die Aufgabe übernehmen, mit Unterstützung des Außenfürsorgearztes des zuständigen Nervenkrankenhauses einen Gesamtbehandlungsplan aufzustellen, gleichsam nach einem Fahrplan den Behandlungsverlauf kontrollieren, so daß der Kranke lückenlos betreut wird, was gerade beim Alkoholiker wie auch beim Tuberkulösen notwendig erscheint. Damit würde das Kommen und Gehen nach Belieben und eigenem Bedürfnis des Kranken in den Beratungsstellen und Krankenhäusern (Drehtürpolitik) und damit unnötige Geldausgaben, unzweckmäßige Belegung von Krankenhausbetten usw. vermieden. Bei den Vorsprachen im Gesundheitsamt wird sich der Amtsarzt eine Erklärung unterzeichnen lassen, wonach der Kranke mit der vorgeschlagenen Behandlung durch den Arzt der freien Praxis, der Beratung in den Fürsorgestellen einverstanden und die Schweigepflicht innerhalb dieses Arbeitskreises aufgehoben bleibt. Damit wäre ein Weg zu fruchtbarer Zusammenarbeit zwischen Amtsarzt, Hausarzt und Beratungsstellen und die zentrale Steuerung und Koordination gesichert. Nach meinen jahrelangen Erfahrungen hat sich diese Zusammenarbeit in München und Nürnberg bestens bewährt. Außerdem muß sich der Kranke einige Abstriche seiner persönlichen Freiheit gefallen lassen, wenn man ihn und seine Familie nicht verkommen lassen will. Die geltenden Bestimmungen müßten von den Gutachtern und den Behörden voll ausgeschöpft werden. Die größeren Gesundheitsämter verfügen ohnehin über eigene Fachärzte; auf dem Land kann, wie gesagt, der Außenfürsorgearzt an den nervenärztlichen Sprechstunden beim Amtsarzt diese Arbeiten miterledigen (Untersuchung, Aufstellung des Gesamtbehandlungsplanes, Kontrolle).

Durch dieses System würden weder dem Staat noch den freien Wohlfahrtsverbänden wesentliche Mehr-

kosten erwachsen, da die notwendigen personellen und sachlichen Voraussetzungen schon gegeben sind. Meines Erachtens würde sich diese Zusammenarbeit auch wirtschaftlich lohnen, weil dadurch Doppelarbeit, die Entstehung oder die Verschlechterung schon bestehender Krankheitsverläufe vermieden und unnötigen Geldausgaben vorgebeugt werden könnte.



b) Sozialhygienische Maßnahmen

Die Zahl der Alkoholkranken auf der ganzen Welt unterliegt örtlichen Schwankungen von 1 bis 4 v. H. In der BRD wird sie auf 1 v. H. geschätzt, in der Schweiz auf 1,7 v. H., in Österreich und USA auf 3 v. H. und in Polen und Frankreich auf 4 v. H. Alkoholkonsum und Liberalisierung der Trinkgewohnheiten nehmen zu. Wenn auch die Reise ins Traumland nicht über den Normalverbraucher und den Gewohnheitstrinker führt, weil der Alkoholkranke im Gegensatz zum Normalverbraucher bekanntlich a priori gefährdet ist, so besteht trotzdem Grund genug, wachsam zu sein und gegen die Alkoholflut anzukämpfen.

Der Durchschnittsbürger hat auch heute noch keine klaren Vorstellungen vom Wesen und den Ursachen der Trunksucht. Er weiß meist vom Hörensagen, weniger aus eigener Erfahrung von den gesundheitlichen und sozialen Schäden, dem Niedergang der Familie. Dagegen sind ihm Frühinvalidität, vorzeitiger Tod, Krankheitsanfälligkeit, erhöhte Kriminalität und Asozialität sowie vermehrte, die Allgemeinheit belastende

Kosten keine Begriffe. Notwendig wäre daher eine systematische Aufklärung der Bevölkerung, besonders der Jugend, im Sinne einer mäßigen Lebensweise durch Schule, Presse, Rundfunk zur Bildung einer gesünderen öffentlichen Meinung. Leider läuft bislang keine Sendung ohne Wein- oder Biergläser ab. Werbung im Fernsehen sollte, wie in der Schweiz, verboten werden.

Die Aufklärung hat sich zu erstrecken auf alle Verkehrsteilnehmer, ein Verbot der Abgabe von Alkohol in Krankenhäusern, insbesondere Nervenkrankenhäusern, wo vielfach heute noch Alkohol in beliebigen Mengen beschafft werden kann, besonders durch den unter falscher Flagge in Krankenhäusern aufgenommenen Alkoholiker. Wirtshausverbot, Propaganda für alkoholfreie Gaststätten und gärungsfreie Früchteverwertung wie in der Schweiz, verbilligte Beschaffung von Mineralwasser und Fruchtsaft wäre vorteilhaft. In Frankreich sind Mineralwasser und Fruchtsäfte viermal, Bier doppelt so teuer wie ein Glas Wein.

Ebenso notwendig ist die Aufklärung des angehenden Mediziners und Arztes, seiner Mitarbeiter, der Werk- und Betriebsärzte. Ein Alkoholverbot am Arbeitsplatz und in den Werkskantinen würde der Leistung und der Vorbeugung von Unfällen zugute kommen.

Bei der umstrittenen Stellung des Arztes dem Alkoholiker gegenüber halte ich ein zuviel an Aufsätzen über Teilgebiete des Problems für unzweckmäßig; denn sie übersteigen die Aufnahmebereitschaft des vielbeschäftigten Arztes, stumpfen sein Interesse nach dem Gesetz der Gewöhnung ab und könnten zu einer Reaktion Anlaß geben, die vom Kettenraucher Churchill bekanntgeworden ist. Der ewigen Warnungen vor den Gefahren des Nikotinmißbrauchs überdrüssig, erklärte er boshaft: „Ich habe über das Rauchen soviel Schreckliches gelesen, daß ich aufgehört habe... zu lesen!“

Er, wie die Gesellschaft, steckten bisher vor den nackten Tatsachen den Kopf in den Sand. Die Bekanntschaft einer einzigen Alkoholikerfamilie würde ihn und sie eines Besseren belehrt haben. Wer erwartet, daß der Alkoholiker „von selbst tut, was er tun sollte“, verkennt dessen Mentalität vollständig, weil er, sobald sich die Sucht manifestierte, nicht mehr in der Lage

dem Husten die Qual nehmen

Hypertussin[®]

Kapseln

Hustenstillung ohne Codein
 bes. für Berufstätige, auch wenn Kraftfahrer
 Dos.: Erwachsene Patienten 3–5 Kapseln tgl.
 Taeschner 8831 Kipfenberg

ist, ohne Hilfe auf den Alkohol zu verzichten und der Progression zu entgehen.

Ich würde daher die Bereitstellung eines kleinen Taschenbuches für nützlicher halten, weil es im Bedarfsfalle eingesehen werden und klärende Dienste leisten kann, während Zeitschriftenartikel, sie mögen noch so interessant und wertvoll sein, über kurz oder lang im Papierkorb verschwinden und vergessen werden.

Die **öffentliche Hand** müßte nicht nur für die Forschung, sondern auch für die Tätigkeit der Suchtkrankenhilfe größere Geldmittel bereitstellen. Wenn schon die kleinere Schweiz, das ebenso große Norwegen und die kanadische Provinz Quebec mit etwa je 4 bis 5 Millionen Einwohnern aus den Alkoholsteuererträgen alljährlich etwa ebensoviele Millionen zur Bekämpfung der Alkoholschäden abzweigen, dann müßte die BRD mit 3 Milliarden Steuereinnahmen aus dem Alkohol- und Tabakwarenverbrauch etwa 300 Millionen beisteuern. In Wirklichkeit beträgt diese Summe kaum 1/2 Million. Die Schweiz und Norwegen unterhalten ebensoviele Heilstättenbetten wie die zehnmal so stark bevölkerte BRD.

Das Bundessozialgericht Kassel hat erfreulicherweise wiederholt die Trunksucht als eine Krankheit im Sinne des § 182 RVO anerkannt. Damit soll jedoch keineswegs gebilligt werden, daß nunmehr die Kosten für langwierige Behandlungsmaßnahmen ausschließlich zu Lasten des sozialen Versicherungsträgers, der Krankenkasse, d. h. zu Lasten des arbeitenden Zwangsversicherten, gehen sollen. Es wäre sozialer gedacht, wenn die Nutznießer des steigenden Mißbrauchs und der Milliardenereinnahmen — nämlich der Staat —, wie in der Schweiz, Norwegen und Kanada, sowie die Alkoholproduzenten, die nur aus wirtschaftlichen Interessen den Konsum zu steigern versuchen, sich bereit erklärten, sich an der Beseitigung der durch den Alkohol heraufbeschworenen Schäden im Interesse der Volksgesundheit zu beteiligen.

Außerdem müßte die öffentliche Hand dafür sorgen, daß der uferlosen Werbung in der Öffentlichkeit, wie im Schweizer Fernsehen, Einhalt geboten wird.

In Schweden werden die Alkoholkranken durch das Gesundheitsamt listenmäßig erfaßt und von den Belieferungen alkoholischer Getränke ausgeschlossen und das in einem sozialistisch regierten Land!

Durch das Opiumgesetz von 1929 wurde die breite Masse vor dem Mißbrauch bewahrt, wenn auch der Süchtige selbst nicht völlig davon abgeriegelt werden kann; siehe Gammler, Hippies, die Jugend von heute! Videant consules!

Die **Freizeitgestaltung** in der modernen Gesellschaftsstruktur ist zu einem neuen Problem geworden. Die industrielle Entwicklung hat den Menschen sozial gehoben, wirtschaftlich besser gestellt und ihm mehr Freizeit verschafft. Leider weiß der einzelne ohne Führung vielfach nichts Vernünftiges damit anzufangen, denn es fehlt vielfach das Gegengewicht zum Freiheitsstreben, nämlich das Bewußtsein der Verantwort-

ung. Je mehr Freiheit, desto mehr Eigenverantwortung. Müßiggang ist bekanntlich aller Laster Anfang. Um die entstandene Tageslücke zu schließen, das Mißverhältnis zwischen den körperlich-seelischen Möglichkeiten und dem Können zu beseitigen, versucht er es mit dem erhöhten Genußmittelverbrauch. Um diese permanente Gesundheitsschädigung zu beheben, sollte man versuchen, die brachliegenden Kräfte durch produktive Beschäftigung auszunutzen. K. LORENZ empfiehlt die Durchführung internationaler Aufgaben zu friedlichen Zwecken wie Sport, Entwicklungshilfe, Raumfahrt. Ich würde die Beteiligung an der Kriegsgräberfürsorge vorschlagen, ferner die Mitarbeit beim Roten Kreuz, in Altenheimen und Krankenhäusern, wo ohnehin Mangel an Personal besteht.

Der Sport sollte sich allerdings nicht darauf beschränken, wöchentlich einmal den Fußballplatz zu besuchen, sondern sich durch aktive Beteiligung körperlich zu ertüchtigen, um die Leistungsfähigkeit zu steigern, den Krankheiten und dem Alter vorzubeugen, und zwar durch Wandern, Schwimmen, Bergsteigen, Ski-laufen. Der Spruch JUVENALS: „mens sana in corpore sano“ hat auch heute noch Gültigkeit; denn Genußgifte vertragen sich nicht mit sportlichen Hochleistungen. Daneben trägt er auch bei zur seelischen Reifung und Charakterbildung, zur Erhöhung von Verantwortungsbewußtsein und Selbstvertrauen, der Selbstbeherrschung sowie der Fähigkeit sich freiwillig etwas zu versagen, Eigenschaften, die einer möglichen Suchtentwicklung entgegenwirken und angestaute Aggressionen ableiten, so die aktiven Proteste der akademischen Jugend gegen die innere Leere, die traditionellen Strukturen der heutigen Wohlstandsgesellschaft, gegen Autorität, Krieg, sexuelle Repressionen oder im Falle der Resignation (Gammler, Hippies) die selbstzerstörerische Isolierung im Drogenrausch einer illusionären Welt.

Man sollte sich daher schon heute Gedanken darüber machen, wie die Freizeit der vier Arbeitstageswoche mit Gewinn bewältigt werden kann.

(Fortsetzung folgt)

Neue Schulen für Zytologie und Orthoptik in Bayern

Im Herbst 1970 wird an der Universitäts-Augenklinik in Erlangen die zweite Schule zur Ausbildung für Orthoptistinnen in Bayern eröffnet. Leiter der Schule: Professor Dr. med. E. SCHRECK, Direktor der Klinik.

Im Frühjahr 1971 ist an der Universitäts-Frauenklinik in Erlangen die Eröffnung der zweiten Schule für Zytologie-Assistentinnen in Bayern vorgesehen. Leiter der Schule: Professor Dr. med. K. MICHALZIK, Oberarzt der Klinik.

Anmeldung bei dem Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen e. V., 8000 München 23, Königinstraße 85 (Bayerische Landesärztekammer), Telefon (08 11) 33 20 21 (Apparat 25)

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bad Windsheim, Lkr. Uffenhelm: 1 Augenarzt

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

Bechhofen, Lkr. Feuchtwangen: 2 Allgemeinärzte

Für Bechhofen mit ca. 3000 Einwohnern und einem großen Einzugsgebiet steht zur Zeit nur noch 1 Allgemeinarzt zur Verfügung. Überdurchschnittliches Einkommen ist garantiert.

Hersbruck: 1 Augenarzt

Durch Verzicht frei gewordener, alter Kassenarztsitz. Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus 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 Stadtkrankenhaus 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 Kreiskrankenhaus Freyung.

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

Hauzenberg, nahe 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.

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

Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

Niederviehbach, Lkr. Dingolting: 1 Allgemeinarzt

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

Passau: 1 Nervenarzt

Durch Tod verwaiste zweite Nervenarztpraxis.

Spiegelau, Lkr. Grafenau (Bayer. Wald): 1 Allgemein- arzt

Durch Tod frei gewordene vierte Kassenarztstelle.

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

Durch Wegzug des einzigen HNO-Arztes frei gewordene Kassenarztstelle. Es besteht die Möglichkeit, Belegbetten im 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. Alchach: 1 Allgemeinarzt

Kösching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinarzt

Langengelsling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinarzt

Manching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinarzt

Palling, Lkr. Laufen, 1 Allgemeinarzt

Es kommt nur ein Arzt in Frage, der die mittlere Chirurgie und Geburtshilfe beherrscht und der als Belegarzt im Gemeindekrankenhaus Palling (27 Betten) arbeiten kann.

Waldkralburg, Lkr. Mühldorf: 1 Augenarzt

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

Oberfranken

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

Eventuell auch im direkt angrenzenden Neuenmarkt.

Hiltpoltstein, Lkr. Forchheim: 1 Allgemeinarzt

Hof/Saale: 1 Kinderarzt

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Rehau: 1 Allgemeinarzt

Kulmbach: 3 Allgemeinärzte

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinarzt

Selb: 1 Allgemeinarzt

Scherneck, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinarzt

Thurnau, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemeinarzt

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

Oberpfalz

Erbendorf: 1 Allgemeinarzt

Eschenbach: 1 Allgemeinarzt

Hahnbach: 1 Allgemeinarzt

Mittertelch: 1 Allgemeinarzt

Neumarkt: 1 Augenarzt

Roding: 1 Allgemeinarzt

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinarzt

Vohenstrauß: 1 Allgemeinarzt

Weiden (Ortsteil Nord): 1 Allgemeinarzt

Weiden: 1 Nervenarzt

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

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

Schwaben

Augsburg (Ortsteil 4): 1 Augenarzt

Augsburg-Herrenbach (Ortsteil 7): 1 Allgemeinarzt

Wegzug des bisherigen Praxisinhabers. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Babenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinarzt

Blalchach, Lkr. Sonthofen: 1 Allgemeinarzt

Delning, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinarzt

Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.
Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

Friedberg bei Augsburg: 1 Allgemeinarzt

Oberostendorf, Lkr. Kaufbeuren: 1 Allgemeinarzt

Neuburg/Do.: 1 Allgemeinarzt

Wittlingen, 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.

Ausstellung von Arztausweisen

In Heft 5 des „Bayerischen Ärzteblattes“ 1970, Seite 457, wurde der Beschluß des Kammervorstandes über die Einführung eines Arztausweises bekanntgegeben. Der Ausweis wird von den zuständigen Ärztlichen Kreisverbänden auf Antrag ausgestellt. Die Formulare wurden nunmehr den Ärztlichen Kreisverbänden zur Verfügung gestellt.

An der Ausstellung eines Arztausweises interessierte Kolleginnen und Kollegen wollen sich an den für ihren Tätigkeitsort zuständigen Ärztlichen Kreisverband wenden.

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

Professor Dr. med. Wolfgang SPANN, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin, wurde für das Amtsjahr 1970/71 zum Dekan gewählt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:
Privatdozent Dr. med. Gerd BIERMANN, wiss. Oberassistent an der Kinderpoliklinik;
Privatdozent Dr. med. dent. Dr. med. Dieter SCHLEGEL, wiss. Oberassistent an der chirurgisch-klinischen Abteilung der Zahnklinik.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Peter DIETERLE für „Innere Medizin“;
Dr. med. Siegfried ELHARDT für „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“;
Dr. med. Hans FROST, für „Innere Medizin“;
Dr. med. Horstmar HOLLÄNDER für „Neuroanatomie“;
Dr. med. Hermann KAMPFMEYER für „Klinische Pharmakologie und Toxikologie“;
Dr. med. Stefan THIERFELDER für „Hämatologie, speziell Immunhämatologie“.

apl. Professor Dr. med. Max Michael FORELL wurde zum „Leitenden Oberarzt“ an der II. Medizinischen Klinik ernannt.

Privatdozent Dr. med. Gernot RASSNER wurde zum „Oberarzt“ an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik ernannt.

Privatdozent Dr. med. Hanns Gerit ten BRUGGEN-CATE wurde zum „Abteilungsvorsteher“ am Physiologischen Institut ernannt.

Dr. med. Josef EBERL, Konservator am Institut für Prophylaxe der Kreislaufkrankheiten, wurde zum „Oberkonservator“ ernannt.

em. Professor Dr. med. Werner BICKENBACH, vormals Direktor der I. Universitäts-Frauenklinik und Hebammenschule, wurde von der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Otto BRAUN-FALCO, Direktor der Dermatologischen Klinik, wurde von der Österreichischen Dermatologischen Gesellschaft die „Hebra-Medaille“ verliehen.

Professor Dr. med. A. N. WITT, Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik, wurde von der Türkischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie zum Ehrenmitglied ernannt.

Medizinische Fakultät der Technischen Universität

apl. Professor Dr. med. Hans Ludwig KELLER, bisher Erlangen-Nürnberg, wurde für das Fachgebiet „Röntgenologie und Strahlenheilkunde“ umhabilitiert.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Erich KUGEL, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching;

Privatdozent Dr. med. Clemens NETZER, wiss. Assistent am Städtischen Krankenhaus München-Harlaching.

Dr. med. Hans Georg HAUSSMANN, Direktor des Blutspendedienstes des DRK, wurde zum „Honorarprofessor für Transfusionsmedizin“ ernannt.

Honorarprofessor Dr. med. Erwin LAUSCHNER, Generalarzt, wurde mit dem Großen Verdienstkreuz des Bundesverdienstordens ausgezeichnet.

Würzburg

Professor Dr. med. Theodor Heinrich SCHIEBLER, Vorstand des Anatomischen Instituts, wurde für das Amtsjahr 1970/71 zum Dekan gewählt, ferner zum Präsidenten der Anatomischen Gesellschaft.

o. Professor Dr. med. H. A. KÜHN, bisher Gleßen, wurde zum „o. Professor für Innere Medizin“ ernannt, ferner als Nachfolger von Professor Dr. med. E. WOLLHEIM zum Direktor der Medizinischen Klinik.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Gerhard BÖTTGER für „Chirurgie“;

Privatdozent Dr. med. dent. Wilhelm KÜHL für „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“;

Privatdozent Dr. med. Ludwig PIPPIG für „Innere Medizin“.

Privatdozent Dr. med. Peter BANNASCH wurde zum „Universitätsdozent für Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Harald zur HAUSEN für „Virologie“;

Dr. med. Karl MIETENS für „Kinderheilkunde und klinische Virologie“;

Dr. univ. med. Friedrich MUELLER für „Augenheilkunde“;

Dr. med. Christof PILGRIM für „Anatomie“;

Dr. med. Dieter WIEBECKE für „Immunhämatologie und Transfusionskunde“.

Umhabilitiert wurden:

Privatdozent Dr. med. Klaus EYRICH, bisher Freiburg, für „Anästhesiologie“;

Privatdozent Dr. med. Rainer LICK, bisher München, für „Chirurgie“;

Privatdozent Dr. med. Klaus SCHIMRIGK, bisher Hamburg, für „Neurologie“;

Dr. med. Martin SCHRENK, bisher Freiburg, für „Geschichte der Medizin und Psychotherapie und medizinische Psychologie“;

Privatdozent Dr. med. dent. Emil WITT, bisher Freiburg, für „Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, insbesondere Kieferorthopädie“.

Privatdozent Dr. med. Maschallah NADJMI wurde zum „Abteilungsvorsteher“ an der Neurologischen Universitätsklinik ernannt.

apl. Professor Dr. med. H. BRAUN, Abteilungsvorsteher an der Medizinischen Klinik, wurde zum Vorsitzenden der Vereinigung deutscher Strahlenschutzärzte für das Amtsjahr 1970/1971 gewählt.

em. Professor Dr. med. Ernst WOLLHEIM, vormals Direktor der Medizinischen Klinik, wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kreislauforschung gewählt.

Adumbran[®]

Thomae

zuverlässig, bewährt, gut verträglich
bei Angst, Spannung, Nervosität, vegetativer Dysregulation.

1

Personalia

Professor Dr. med., Dr. med. h. c., Dr. jur. h. c., Dr. med. h. c. K. H. Bauer 80 Jahre



Am 26. September 1970 begeht Professor Dr. Karl Heinrich Bauer (Heidelberg), der allseits hochangesehene und immer noch schöpferisch tätige Gelehrte, seinen 80. Geburtstag.

Da Prof. Bauer aus Oberfranken stammt, wo er auf einem Bauernhof in Schwärzdorf als Sproß eines alten fränkischen

Bauerngeschlechtes geboren wurde, besteht für Bayern noch besonderer Anlaß, dieses Tages zu gedenken. An dieser Stelle wurde sein Werdegang in einem Artikel zum 70. Geburtstag gewürdigt, seine Laufbahn als Chirurg an der Chirurgischen Univ.-Klinik in Göttingen, die Übernahme des chirurgischen Ordinariats in Breslau, nach Küttner, mit noch nicht 43 Jahren. Zehn Jahre später wurde er als Nachfolger Kirschners chirurgischer Ordinarius in Heidelberg.

Bauers Verdienste um die Verbesserung des Verkehrsproblems durch eine vernünftige Geschwindigkeitsbegrenzung, durch die Einführung des Sturzhelms für Motorradfahrer u. a. sind allgemein bekannt. 33 Buchveröffentlichungen und Monographien, 228 wissenschaftliche Arbeiten, sowie eine fast unübersehbare Zahl von Vorträgen auf Kongressen und Tagungen geben Aufschluß über seine Vielseitigkeit und Gедiegenheit.

Der Konstitutionspathologie und dem Krebsproblem gilt seine besondere Aufmerksamkeit. Seine Betrauung mit dem Amt des Stiftungsbevollmächtigten des „Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg“ war schon deshalb eine folgerichtige Handlung, da diese Einrichtung auf seine Anregung zurückgeht. Bei der Einweihungsfeier der Betriebsstufe I am 31. Oktober 1964 sagte der damalige Ministerpräsident von Baden-Württemberg, Kurt Georg Kiesinger, in seiner Ansprache: „Sie haben, sehr verehrter Herr Professor Bauer, die Entstehungsgeschichte dieses großen Projektes dargestellt. Ich darf Ihnen, gerade Ihnen, für diesen Tag sowohl meinen herzlichen Dank, wie meinen herzlichen Glückwunsch sagen. Es ist ein großer Tag für Sie. Ohne Ihre ununterbrochene Energie, ohne Ihren Mut, ohne Ihren Optimismus, ohne Ihr Nicht-lockerlassen wäre dieser Tag mindestens so früh nicht gekommen. Ich danke Ihnen auch im Namen unseres Landes.“

Die große Auszeichnung, in dem hohen Alter mit dem Ausbau der Bauendstufe betraut zu werden, bedeutet

auch den Beweis des in Prof. Bauer gesetzten Vertrauens, dem von Professor Dr. Wolfgang Bargmann, dem seinerzeitigen Präsidenten der Wissenschaftskommission des Wissenschaftsrates — ein auch heute nicht erloschenes — „jugendliches Feuer“ bescheinigt wurde. *)

Das „Bayerische Ärzteblatt“ beglückwünscht den Jubilar und wünscht ihm auch weiterhin ungeminderte Schaffensfreude. K—g.

*) Die Bauendstufe steht im Rohbau vor der Vollendung. Das Richtfest soll zur Jahreswende stattfinden. Das Institut wird auf das Modernste eingerichtet werden. Als erstes Krebsinstitut besitzt es einen leistungsfähigen Forschungsreaktor, ein Zyklotron und eine Großcomputer-Anlage für die Erfassung und Verarbeitung der überaus zahlreichen Meßgeräte. Das Institut wird nach Fertigstellung für ca. 1000 Personen Raum bieten.

Bundesverdienstkreuz für Senator Dr. Dr. W. v. Gugel

Herr Senator Dr. Dr. W. v. GUGEL, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer und 1. Vorsitzender des Hartmannbundes in Bayern, wurde durch den Bundespräsidenten mit dem Bundesverdienstkreuz Erster Klasse ausgezeichnet.

Geschichte der Medizin

Zur Geschichte des Medizinalwesens im Fürstentum Passau

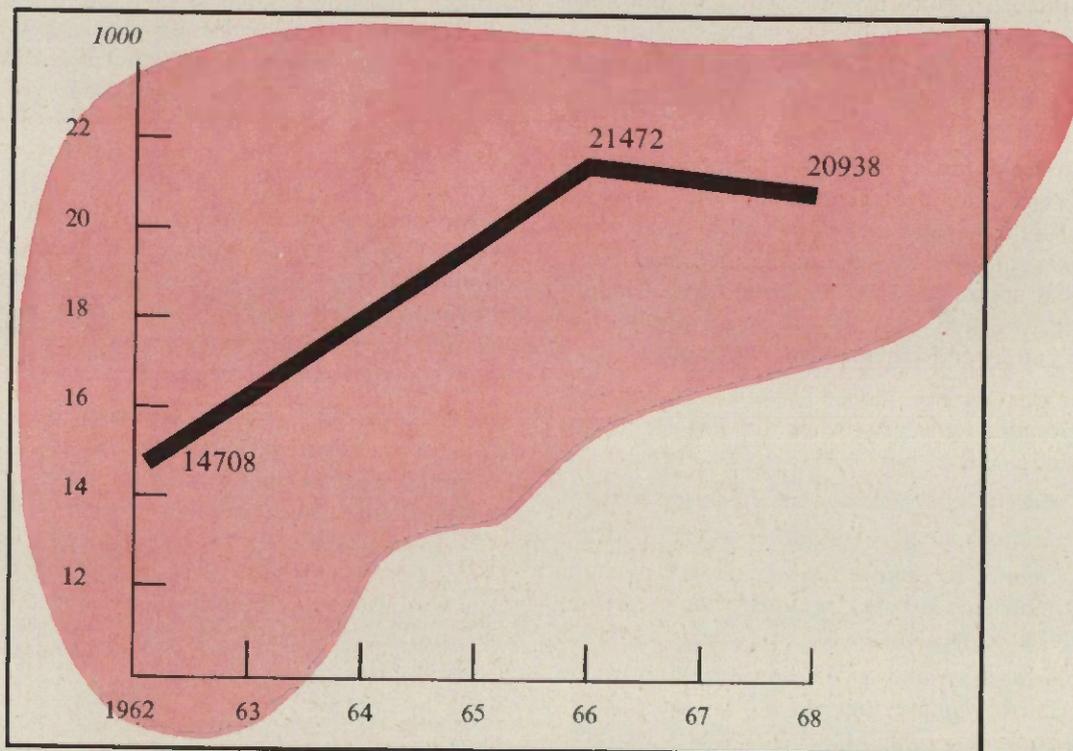
von Dr. Walther Koerting

Eine grundlegende Arbeit über die Gesundheitsfürsorge und das Heilwesen im Fürstentum Passau stammt von Dr. med. Ludwig Sittler, der am 13. Mai 1945 in Schrobenhausen an einer als Lazarettarzt erworbenen Krankheit starb. Sie lag als Inaugural-Dissertation der medizinischen Fakultät der Universität Erlangen vor und wurde, nach dem Tode des Verfassers, erstmals in den „Ostbairischen Grenzmarken“, dem Passauer Jahrbuch für Geschichte, Kunst und Volkskunde (1958), gedruckt.

Eine für das Medizinalwesen bedeutende Verordnung erließ Fürstbischof Georg Graf von Hohenlohe, Kanzler des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation, am 5. Februar 1407. Sache eines wachsamem Oberhirten sei es, nicht nur für das geistige, sondern auch für das leibliche Wohl der Untertanen zu sorgen. Dies geschehe am besten durch geeignete Leute, die Schädliches abzustellen und Heilsames anzuwenden verstünden. Durch Magistri der medizinischen Fakultät Wien sei ihm zu wissen gegeben worden:

„Einige Ungebildete und Nichtskönner (Idioten), ja sogar Weiber, und was noch verächtlicher ist, selbst Juden, die Feinde des christlichen Glaubens, Personen, die weder Krankheiten noch Ursachen der-

Beachtenswert ist die Anzahl der Neuerkrankungen an
HEPATITIS INFECTIOSA



Anzahl der Neuerkrankungen an Hepatitis infectiosa 1962-1968
nach dem Statistischen Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland.

HINTERHER

stellen sich verschiedene Aufgaben:

Die endgültige Heilung der Leber zu beschleunigen.

Den Gesamtzustand zu bessern.

Die Entstehung des posthepatitischen Syndroms zu verhüten.

Den Übergang in eine chronische Hepatitis zu verhindern.

LITRISON®

HILFT HIER

Dosierung: 3xtäglich 1-3 Dragées

Zusammensetzung: B-Vitamine, Vitamin E, Cholin, Methionin

Packungen: Dragées 30 und 150 Stück sowie Klinikpackungen

HOFFMANN-LA ROCHE AG · 7887 GRENZACH



selben zu erkennen vermögen, drängen sich in die medizinische Praxis ein und erdreisten sich, im Bistum Passau die Heilkunst euszüben, die nach einem Sprichwort ‚Tapfer töten‘ heißt. Diese Dreistigkeit hat bisweilen durch glückliche Zufälle Erfolg, weshalb einfältige Menschen darauf hin in Scharen zulaufen.“

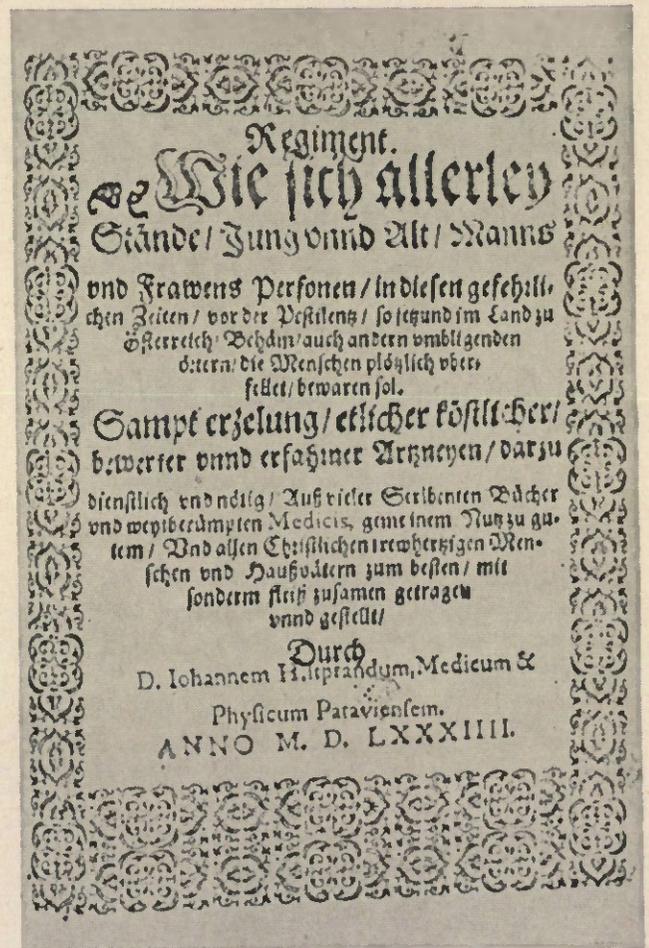
Um diesen Gefahren zu begegnen, sah die Verordnung ein Verbot des Zuzugs im Bistum zum Zwecke ärztlicher Niederlassung und der Ausübung der ärztlichen Praxis vor. Bei Streife der größeren Exkommunikation (*latae sententiae districtius*) ist keine Person, gleichgültig, welchen Standes sie ist, zu praktischer Ausübung ärztlicher Tätigkeit berechtigt, außer:

1. die bei der Wiener medizinischen Fakultät ordnungsgemäß eingeschriebenen und dort approbierten Ärzte;
2. die an anderen Universitäten approbierten Ärzte
 - a) bei Berufung durch Privatpersonen im Einzelfall,
 - b) auf Durchreise oder Anwesenheit in der Stadt aus anderem Grunde, der nicht der ärztlichen Niederlassung dient;
3. approbierte und gelehrte Männer von anerkannter Zuverlässigkeit und Erfahrung auf Grund bischöflicher Lizenz.

Gleichfalls bei Strafe der Exkommunikation war der Verkauf von Arsenik, anerkannten schädlichen oder auch nur zweifelhaften Mitteln, bei denen Nutzen oder Schaden umstritten ist, verboten, außer approbierten Apothekern, die sich auf Behandlung und Verkauf von Giften verstehen. Die Kirchenvorstände waren angewiesen worden, den Inhalt dieser Verordnung und die Strafandrohung von der Kanzel zu verkünden. Sittler vertritt die Anschauung, daß die Verordnung die Voraussetzung zur Entwicklung einer festen Organisation von Ärzten und Apothekern gegeben hat. 1475 wurde als erster Stadtphysikus ein Dr. Corneli vom Stadtmagistrat bestellt. Man unterschied Bauch-, Leib-, Hofärzte, Stadtphysici, Doctores, Magistri, Medici, Chirurgi und Zahnbrecher. Die Stadtphysici wurden später im Range fürstlicher Hofräte vom Bischof ernannt. Sie hatten die Aufsicht über die Bader und Hebammen, sowie über Spitäler und Lazarethhäuser u.a. zu führen. (In der Stadt bestanden Krankenanstalten wie Sienchenköbel, Lazarethhäuser, ein Narrenhäusel, Spitäler.) Eingeschaltet seien hier Verordnungen, die Lebensmittel betreffen. Bereits die Bäcker-Ordnung des Fürstbischofs Otto von Lonstorf legte (12. Juli 1259) fest, daß kein Bäcker Brot verkaufen darf, das über drei Tege elt ist. Das Brot durfte nur auf jenen Brottischen verkauft werden, die „Etische“ genannt wurden. Eine gleiche Verordnung enthielt der „Metzger-Brief“ des Fürstbischofs Albrecht II. von Sachsen vom 12. März 1333, worin verfügt wurde, daß die Metzger ihre „Waren nit in den Kheilern noch häusern oder an anderen steten (Stätten) faili haben vnd hingeben, nur in den Ephenkhen“, d. h. also nur an den vorschrittmäßigen

Fleischbänken, verkaufen dürfen. Ähnliche Bestimmungen finden sich in der von Fürstbischof Leonhard von Layming 1449 erlassenen Fischer- und Fregner-Ordnung. Überschreitungen der Satzordnungen für Brot und Fleisch sowie Gewichts-Betrug wurden streng geahndet. Auch einer veterinärpolizeilichen Verordnung sei gedacht. Fürstbischof Urban von Trennbach, auf dessen grundlegende Weisungen noch zu sprechen sein wird, machte auf die in Böhmen herrschenden Viehseuchen aufmerksam und verfügte am 12. Oktober 1573, daß die Vieheinfuhr von dort gesperrt werden solle, der Viehhandel eingeschränkt und erkrankte Tiere abgesondert werden sollen. Dem Eigentümer wurde die Verpflichtung der Anzeige von Erkrankungen an Viehseuchen eufgelegt.

Die „Passawerische Infection-Ordnung“ von 1584, von Fürstbischof Urban von Trennbach (1561–1598) erlassen, zeigte wesentliche Fortschritte auf dem Gebiete der Medizinalpolizei. (Siehe Abbildung.) In vorbild-



Passauer Infektions- oder Pestordnung 1584

licher Weise wurde die Übertragung von Krankheiten (Infektion) durch einen eigentümlichen Ansteckungsstoff (Contagium) zu verhüten getrachtet. Um der Gefahr einer Verschleppung einer Infektion vorzubeugen,



Freigegeben vom Inn. Minist. Bd./Württemb. Nr. 2/9673 · Luftbild: A. Brugger

HERZSTROM

poetisches Symbol für mehr als nur diesen oder jenen Fluß: ein Begriff mit deutlichen biographischen oder historischen Bezügen. Auch der Herzstrom des Einzelnen muß vom Arzt als mehr als ein elektrisches Datum eines Organs verstanden werden.

Wenn der emotionelle Strom, statt harmonisch in Wellen zu fließen, an scharfkantigen Konflikten störende Wirbel und riskante Schwellen bildet, wird aus dem lebendigen «alles ist im Fluß» des Heraklit passives Treiben des funktionell havarierten oder am Organ ernsthaft lädierten Menschen.

HERZKLAGEN, letztlich funktionelle kardiovaskuläre Störungen, finden sich bei 30–40% der Patienten, die den Arzt wegen Herzbeschwerden aufsuchen. Störungen also, bei denen der Therapeut primär keine organischen Befunde nachweisen kann.

Bei funktionellen kardiovaskulären Störungen bedeutet daher Anamnese oft Psychoanamnese oder sogar Konflikthanamnese.

Die auf das Herz bezogenen Störungen äußern sich meist als herzneurotische Beschwerden, also Herzphobien. Sie haben ihre Begründung im Psychischen und Emotionalen. Die Patienten befürchten schwerste Herzschäden bis zum Herzinfarkt hin. Zahlreiche vegetative Störungen verstärken diese Empfindungen.

Resümiert man die Erfahrungen mit Valium Roche bei Herz-Kreislauf-Regulationsstörungen, dann lautet die schlüssige Überlegung:

Hinweis: Nach den bisher vorliegenden Befunden ist die Feststellung erlaubt: Valium Roche übt keine hepatotoxischen, nephrotoxischen oder blutschädigenden Wirkungen aus.

Routinemäßige Selbstkontrolle auf Einhaltung subtiler Anwendungskriterien empfiehlt sich vor Verschreibung aller ZNS-aktiven Pharmaka. Produkt-Basisdokumentation und ROCHE-Mitarbeiter antworten Ihnen in Grenzfällen.

Zur Verbesserung der spezifischen Therapie bei

funktionellen kardiovaskulären Störungen

VALIUM® ROCHE
erwägenswert



HOFFMANN-LA ROCHE AG
7889 GRENZACH

sollte die Einreise in Seuchenorte sowie die Ausreise aus diesen unterbunden werden. Falls aber derartige Reisen nicht zu umgehen waren, wurde vor dem Einlaß in die Stadt eine achttägige Quarantäne eingeschaltet. Bezüglich des „Säumersteiges aus Böhmen“, des sogenannten „Goldenen Steigs“, der wegen der Gewerbe und der täglich hierhergebrachten Viktualien nicht gut gesperrt werden konnte, wurden folgende Vorschriften erlassen: Die Säumer durften nicht nach Belieben in der Stadt handeln und die Häuser aufsuchen, sie mußten vielmehr ihre Waren nur unter freiem Himmel oder an anderen Orten, wo die Luft durchstreichen konnte, kaufen und verkaufen. Der Säumer, der „von der Infektion“ aufgestanden“, d. h. eine solche durchgemacht hatte, konnte erst nach vier Wochen aus der Stadt heraus- oder in dieselbe hineingelassen werden. Ebenso streng war das Verfahren bei den „Sondersiechen“ (in „Siechenköbeln“ abgesonderten „Aussätzigen“), sowie bei Bettlern. Es war ihnen streng verboten, in Wirts- und andere Häuser zu laufen oder sich an Fleischbänken, am Hof usw. „unterzumischen“. Fremde und herumschweifende Bettler sollten abgeschoben werden, den Schiffsleuten war es verboten, sie mitzuführen. In der Infektionsordnung war besonderer Wert auf die Reinhaltung der Haushaltungen gelegt. Alle Unreinlichkeiten, die Gestank oder anderen Unrat in Häusern, Zimmern, Läden, Küchen, Gewölben, Ställen und Höfen verursachen konnten, mußten weggeräumt werden, wöchentlich wenigstens einmal mußte vor den Türen gekehrt und die Straßen gereinigt werden. Die Strafen waren streng. Straffällige mußten an die vor den Toren errichteten Säulen für einige Stunden dareingeschlagen werden. Die Metzger waren zur besonderen Sauberheit verpflichtet. Jedermann war es in den drei Gedingen verboten, Schweine zu halten, in Zeichen der Gefahr bei den Brunnen zu waschen und Wäsche in den Gassen aufzuhängen und zu trocknen. Der Verkauf von altem Bettzeug, alten Kleidern und ähnlichem war wegen der Infektionsgefahr verboten. Solange die Krankheit nicht erloschen war, durften keine öffentlichen Tänze, Spiele und Fechtschulen veranstaltet werden. Infizierte sollten tunlichst aus der Stadt geschafft werden und dort bis zu ihrer Genesung bleiben.

Es wurde auch bestimmt, daß ein oder zwei Barbierer und Bader zum Aderlassen bestellt werden, wobei sie auch an Eides statt verpflichtet wurden, andere mit ihren „Laßeyen“ nicht zu schädigen oder zu unreinigen, d. h. ihre Instrumente nicht auch bei anderen zu benutzen. Zur Zeit von Seuchen sollten die Aderlasser nicht unter die „Gmain“ kommen, auch die Priester sollten bei Besuch von Infizierten sich der „Gmain eußern“, d. h. sich außerhalb des Gemeinwesens aufhalten. Bei Todesfällen waren die Häuser und Zimmer erst nach gründlicher Reinigung wieder freizugeben. Die Leichenschau wurde in der Stadt Passau 1570 eingeführt.

Auf die im Jahre 1595 erlassene Hebammenordnung

Ordnung
Vnd Nützliche Vnderweysung
Für die Hebammen
vnd Schwangeren Frauen.

Darauf nit allein die Hebammen / wie sie in Antrachtung ihres hochverantwortlichen schweren Standes geschafften sein / Was sie auch bey den Geberenden in Natürlichen / so wol als vnnatürlichen gefährlichen vnd Mißgeburten thun sollen: Sondern auch die Frauen/ wie sie sich vor in vnd nach der Geburt verhalten sollen zulernen.

Darneben auch vnd vmb mehrers verstandes willen/ etliche Rauren/ Welcher gestalt der Mensch in Mutterleib empfangen/ zunimbt vnd geboren wirdt/ sampt der Gebermutter vnd andern hierzu dienlich/ gesetzet werden.

Mit einem kurtzen Verichte vnd andeutung etlicher bey den Schwangeren Frauen/ Kindbettern vnd Kindern süßfallenden Kranckheiten/ Wie auch denselben durch heilfame Ergreyffte nitet jehulffen seyr zu.

Der Fürstlichen Statt Passaw zu sonderm Nutz
vnd Wohlgefallen gestelt/ vnd in Druck verfertigt

Durch

IOANNEM Hileprandum, der Erhney
Doctorem vnd Physicum dafelbs.

M. D. XCV.

Passauer Hebammen-Ordnung 1595

(siehe Abbildung) soll nur hingewiesen werden, ebenso auf die Baderordnung von 1684 und 1751.

Das Rezeptbuch des fürstlichen Leibarztes von Heylsberg bietet viel bemerkenswertes (1695 bey Georg Afam Höller erschienen): „Kurtzer Begriff Aller ins gemein Giff- vnd Contagiosen Zuständen Als da seynd: Die hitzigen Fieber mit vnd ohne Petechen, Ungarische vnd Pestilenzialische Kranckheiten, wie nicht weniger die Pest selbst, Item die Kinds-Blattern, Cathärr-Fieber, Seiten-Stecken, Durchbruch vnd rothe Ruhr, Hals-Geschwär etc. wie solche auff sicher vnd approbirte Manier nächst Göttlichen Beystand zu curiren . . .“

Schon aus diesem kurzen Überblick ist zu ersehen, daß dem Gesundheitswesen im Fürstentum Passau bereits im 15. und 16. Jahrhundert, für die damalige Zeit recht fortschrittlich, große Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

(Anm. Die Säkularisation hat nicht nur das Hochstift ausgelöscht, sondern auch die äußere Diözesan-Organisation und die Seelsorge auf das schwerste beeinträchtigt. Der gesamte österreichische Teil des Bistums war bereits 1779 abgetrennt worden, so daß nur ein Siebentel bei Passau verblieb. Damals wurden die Diözesen Linz und St. Pölten geschaffen und dem Bistum Wien unterstellt.)

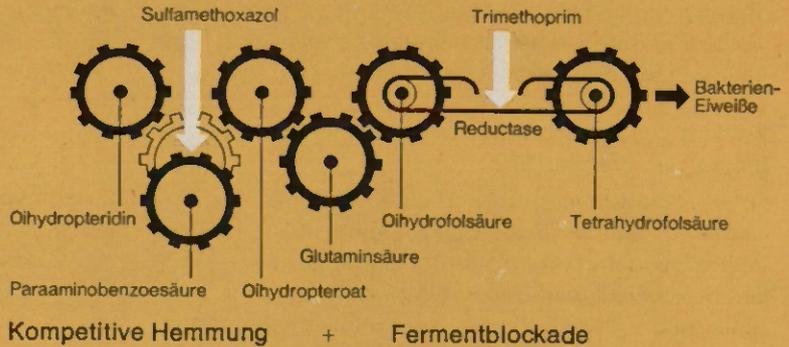


BACTRIM[®] ROCHE

BACTRICID

Doppelblock im Bakterienstoffwechsel

BACTRIM greift zweifach hemmend in die Synthese der Bakterienfolsäure ein: Sulfamethoxazol verhindert den Einbau der essentiellen Para-aminobenzoessäure, Trimethoprim blockiert die Dihydrofolsäure-Reductase.



Meßbare Wirkungspotenzierung

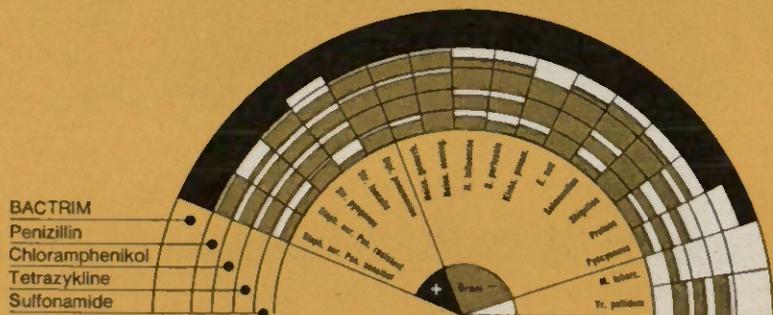
Die metabolische Doppelblockade bedeutet signifikante Verstärkung des antibakteriellen Effektes der beiden Wirkstoffkomponenten von BACTRIM, exakt registrierbar im Tierversuch.

Trimethoprim	149 mg	<div style="width: 100%; height: 10px; background-color: black;"></div>
Sulfamethoxazol	70,6 mg	<div style="width: 50%; height: 10px; background-color: black;"></div>
BACTRIM	4,4 mg	<div style="width: 10%; height: 10px; background-color: black;"></div>

Wirkungsgleiche Dosen von BACTRIM und seinen Wirkstoffkomponenten bei der H. influenzae-Infektion der Maus

Sicherheit durch breites Spektrum

Der Vergleich des antibakteriellen Wirkungsspektrums von BACTRIM mit dem der herkömmlichen Antibiotika und Sulfonamide erklärt die überraschend guten klinischen Behandlungserfolge und das weite Anwendungsgebiet von BACTRIM.



BACTRIM entspricht den Forderungen des Arztes nach bactericider Wirkung auf die Mehrzahl der pathogenen Keime.

Antibakterielles Wirkungsspektrum von BACTRIM, Antibiotika und Sulfonamiden

Besonders aktuell: BACTERICIDIE

Bei Verordnung neu eingeführter Pharmaka ist die kritische Konsultation der Basisdokumentation in Zweifelsfällen unerlässlich. Auch ROCHE-Mitarbeiter sind auskunftsbereit.

- Wesentliche therapeutische Konsequenz: Sichere Keimvernichtung statt vorübergehender Unterbrechung des Erregerwachstums.
- Schonung des Patienten durch rasche Heilung ohne schwächende Inanspruchnahme oft reduzierter unspezifischer Abwehrkräfte des kranken Organismus.
- Bactericidie statt Bacteriostase bei überraschend großem Anwendungsbereich.



Landespolitik

Koordinierung des Unfallrettungssystems

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. CREMER (SPD) vom 4. März 1970:

„Weiche Möglichkeiten sieht die Bayerische Staatsregierung, um das Unfallrettungssystem zwischen Bund, Ländern und den entsprechenden Organisationen und Institutionen zu koordinieren?“

Antwort des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 8. April 1970:

„Die Wahrnehmung des Unfallrettungsdienstes ist Sache der Länder. Soweit dem Staatsministerium des Innern bekannt ist, wird in der Mehrzahl der Länder der Bundesrepublik der Rettungsdienst von den vier Hilfsorganisationen (Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Johanniter-Unfallhilfe, Malteser-Hilfsdienst) getragen. Auch in Bayern widmen sich diese Hilfsorganisationen, insbesondere das Bayerische Rote Kreuz, dem Unfallrettungsdienst. Daneben bestehen Sondereinrichtungen, wie z. B. der Notarzdienst in München, der von der Berufsfeuerwehr getragen wird.

Innerhalb Bayerns werden die Unfallrettungsdienste durch den Arbeitskreis der Sanitätsorganisationen in Bayern koordiniert (Vorsitz: Bayerisches Rotes Kreuz). Um Doppel- und Fehleinsätze zu verhindern, haben die Hilfsorganisationen vereinbart, daß alle Unfallmeldungen über eine zentrale Melde- oder Leitstelle, in der Regel die Rettungswachen des Bayerischen Roten Kreuzes, laufen. Die BRK-Kreisverbände sorgen auch dafür, daß einer der Rettungsdienste ständig einsatzbereit ist.

Das Staatsministerium des Innern ist besonders darum bemüht, die Rettung Unfallverletzter zu verbessern. So werden den Hilfsorganisationen nach einem

seit 1967 laufenden Sechs-Jahres-Programm insgesamt 2 Mio DM zum Ausbau des mobilen Unfallrettungsdienstes zugewendet. Diese Zuwendungen, die neben sonstigen staatlichen Leistungen gewährt werden, erreichen im Jahr 1970 den Betrag von DM 375 000.—.

Über die Landesgrenzen hinaus hat der Freistaat Bayern keinen unmittelbaren Einfluß auf die Koordinierung der Rettungsdienste. Es wird jedoch jede Gelegenheit wahrgenommen, die Zusammenarbeit zu fördern. Das geschieht vor allem in den Beratungen des Straßenverkehrssicherheitsausschusses, in dem die zuständigen Länderressorts und die Bundesminister für Verkehr, für Gesundheit und des Innern vertreten sind. Der Straßenverkehrssicherheitsausschuß hat einen Arbeitskreis ‚Erstversorgung von Unfallverletzten‘ gebildet und ihn beauftragt, die Entwicklung auf diesem Gebiet zu beobachten und Erfahrungen auszutauschen. Aufgrund der Berichte des Arbeitskreises empfiehlt der Straßenverkehrssicherheitsausschuß dann Verbesserungen für die Unfallrettung.

Ferner beteiligt sich der Freistaat Bayern an bundesweiten Modellversuchen, mit denen neue Wege gefunden werden sollen, die Versorgung und Bergung von Unfallverletzten zu verbessern. Hier ist besonders die Beschaffung von 278 Arzt-Nothilfekoffern zu erwähnen. Siebzig dieser Arzt-Nothilfekoffer werden in Streifenwagen der Landpolizei im Raum München bei ihren Einsatzfahrten mitgeführt.“

Maßnahmen zur Bekämpfung der Rauschgiftsucht

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten SCHNELL (CSU) vom 5. Mai 1970:

„Die Rauschgiftkriminalität ist in letzter Zeit beunruhigend angestiegen. Mit einem weiteren erheblichen Ansteigen muß gerechnet werden.

Welche Maßnahmen will die Bayerische Staatsregierung dagegen ergreifen?

Adumbran[®]

Thomae

gibt Ihren »nervösen« Patienten
Ruhe, Gelassenheit, vegetative Stabilität.

Beabsichtigt die Staatsregierung, die Personalstärke beim Bayerischen Landeskriminalamt, das für Rauschgiftdelikte originär zuständig ist, zu erhöhen?

Sind bereits Maßnahmen eingeleitet, um die Bevölkerung und insbesondere junge Menschen in geeigneter Weise über die Auswirkungen der Rauschgiftsucht zu informieren?"

Antwort des Bayerischen Staatsministers des Innern vom 16. Juni 1970

„Die illegale Einfuhr von Rauschgift, besonders von Haschisch, und der Rauschgiftmißbrauch durch Jugendliche steigen bedenklich an. Seit 1967 hat sich alljährlich die Zahl der zur Kenntnis der Polizei gelangten Rauschgiftdelikte etwa verdoppelt. Die Staatsregierung wirkt dieser bedenklichen Entwicklung in zwei Richtungen entgegen: Dem Treiben der kriminellen Händler und Mittelsmänner werden verstärkte polizeiliche Maßnahmen entgegengesetzt; dem Rauschgiftmißbrauch kann wirksam nur durch intensive Aufklärung begegnet werden.

Zu den Fragen des Herrn Abgeordneten SCHNELL bemerke ich im einzelnen folgendes:

1. Das Bayerische Landeskriminalamt ist in Bayern gemäß Art. 40 Abs. 1 Nr. 1 POG für die polizeiliche Verfolgung des illegalen Rauschgifthandels zuständig. Die örtlichen Polizeidienststellen wirken im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages intensiv mit, z. B. bei unaufschiebbaren Maßnahmen (Art. 40 Abs. 3 POG), oder wenn das Landeskriminalamt ihnen die Verfolgung einzelner Fälle von lokaler Bedeutung gemäß Art. 43 Abs. 1 POG überträgt. Auch die Grenzpolizei hat wiederholt beachtliche Erfolge im Aufdecken illegalen Rauschgifthandels erzielt. Alle befaßten Polizeidienststellen arbeiten hervorragend miteinander zusammen. Das Landeskriminalamt unterweist regelmäßig die eingesetzten Spezialbeamten über die neuesten Erkenntnisse und Erfahrungen.

Was getan wurde und geschieht, reicht aber offenbar nicht aus, um der steigenden Flut Einhalt zu gebieten.

Die Personalnot der Polizei wirkt sich leider auch hier aus. Soll die Gesellschaft nicht schwersten Schaden nehmen, muß auf dem Gebiet der polizeilichen Verfolgung Entscheidendes geschehen. Zwar wurde die Personalstärke des zuständigen Sachgebietes des Landeskriminalamts erst 1968 auf acht Beamte verdoppelt; sie beträgt jetzt neun Beamte.

Um ein wirklich schlagkräftiges Instrument zu schaffen, werde ich aber das Hohe Haus bitten, im Rahmen eines Schwerpunktprogramms einer Mehrung der Beamtenplanstellen für die Ermittlungsabteilung des Landeskriminalamts um 30 Stellen für den Doppelhaushalt 1971/72 zuzustimmen. Mindestens 20 Beamte davon sollen in der Verfolgung von Rauschgiftdelikten eingesetzt werden. Da häufig nicht sofort zugegriffen werden kann, sondern längere Zeit beobachtet werden muß, soll eine starke Observationsgruppe gebildet werden. Sie soll mit dem modernsten technischen Gerät und schnellen Kraftfahrzeugen ausgestattet werden. Auch um die Bewilligung der dazu notwendigen Mittel werde ich das Hohe Haus bitten.

2. Die Diskussion, die gerade in der letzten Zeit um den Cannabismißbrauch entstanden ist, zeigt nicht nur die Gefährlichkeit einer isolierten Betrachtung vom beispielsweise rein pharmakologischen, psychiatrischen und soziologischen Standpunkt, sondern gerade auch die Notwendigkeit einer Planung und Koordination aller vorbeugenden Maßnahmen.

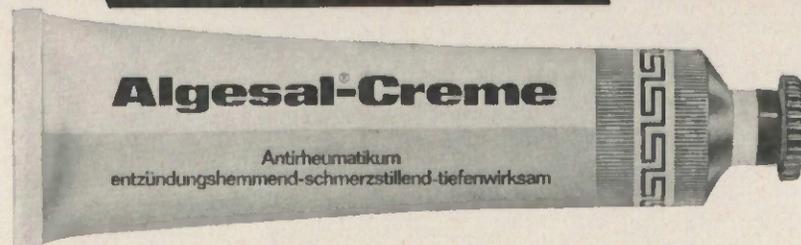
Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat deshalb am 4. Februar 1970 an den Beauftragten der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder einen Antrag gerichtet, daß dem in allen Ländern Rechnung getragen wird. Die Arbeitsgemeinschaft hat den Ausschuß 'Gesundheitsvorsorge' beauftragt, praktikable Vorschläge auszuarbeiten. Der Ausschuß 'Gesundheitsvorsorge', in dem alle Referenten für Gesundheitsvorsorge bei Bund und Ländern vertreten sind, hat in verschiedenen Arbeitssitzungen sich mit der Gestaltung einer Aufklärungsschrift befaßt. In der Sitzung am 20. und 21. Mai in Bensberg und Köln wurde bereits ein Konzept einer

Adumbran®

Thomae

beruhigt, entspannt, befreit von Angst.

3



wenn die Bewegung schmerzt

Aufklärungsschrift erarbeitet. Mit der Fertigstellung dieser Aufklärungsschrift, die sowohl Eltern, Erzieher und Jugendliche informieren soll, ist im Laufe der nächsten Wochen zu rechnen. Es ist beabsichtigt, diese Aufklärungsschrift über die Kultusministerien der Länder an die Schüler und Erzieher zu verteilen; damit werden auch die Erziehungsberechtigten sicher erreicht werden können. Daneben wird es notwendig sein, epidemiologische Studien fortzusetzen, Beratungsstellen einzurichten und bestehende zu erweitern, ferner auch ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen. Bei den Behandlungsstellen soll eine wissenschaftliche Auswertung ermöglicht werden.

Ich hoffe, daß alle eingeleiteten Maßnahmen den Rauschgiftmißbrauch wirksam eindämmen werden.“

Behandlungsmöglichkeiten für Hämophiliekranke

Die Regierungen waren beauftragt, zu ermitteln, welche Krankenhäuser über spezielle Behandlungsmöglichkeiten für Hämophiliekranke verfügen und welche Krankenhäuser Blutgerinnungslaboratorien haben, in denen die für die Hämophiliediagnostik und -therapie unbedingt nötigen quantitativen Gerinnungsanalysen durchgeführt werden können. Das Ergebnis ist:

1. Krankenhäuser, die über spezielle Behandlungsmöglichkeiten für Hämophiliekranke und über eigene Blutgerinnungslaboratorien verfügen:
 - I. Medizinische Klinik der Universität München
 - I. Frauenklinik der Universität München
 - Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
 - Kinderklinik und Poliklinik der Technischen Universität München
 - Städtisches Krankenhaus München-Harlaching
 - Städtisches Krankenhaus Rosenheim
 - Städtisches Krankenhaus Traunstein
 - Städtisches Krankenhaus Landshut
 - Medizinische Klinik der Universität Erlangen

Kinderklinik der Universität Erlangen
 Städtische Krankenanstalten Nürnberg (II. Medizinische Klinik und Kinderklinik)
 Medizinische Klinik der Universität Würzburg
 Kinderklinik der Universität Würzburg
 Städtische Krankenanstalten Augsburg (Westkrankenhaus)

2. Krankenhäuser mit speziellen Behandlungsmöglichkeiten für Hämophiliekranke, die nicht über ein eigenes Blutgerinnungslaboratorium verfügen und für die erforderlichen Gerinnungsanalysen fremde Laboreinrichtungen in Anspruch nehmen:
 - Kinderklinik der Universität München (Gerinnungslabor ist derzeit im Aufbau)
 - Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg
 - Städtische Kinderklinik Regensburg
 - Städtische Krankenanstalten Aschaffenburg mit Kinderklinik (Gerinnungslabor wird derzeit eingerichtet)
 - Städtische Krankenanstalten Augsburg (Kinderklinik)
 - Stadtkrankenhaus Kempten/Allgäu (Gerinnungslabor wird noch geschaffen)
 - Kinderkrankenhaus „Josefinum“ Augsburg
3. Krankenhäuser, in deren Laboratorien die erforderlichen Blutgerinnungsanalysen durchgeführt werden können, die aber nicht über spezielle Behandlungsmöglichkeiten für Hämophiliekranke verfügen:
 - Kreiskrankenhaus Landshut
 - Kreiskrankenhaus Simbach a. Inn
 - Kreiskrankenhaus Wegscheid
 - Kreiskrankenhaus Obernburg in Erlenach am Main
 - Juliussspital Würzburg
4. Krankenhäuser, in denen in absehbarer Zeit Blutgerinnungslaboratorien eingerichtet werden:
 - Städtische Krankenanstalten Bayreuth
 - Landkrankenhaus Coburg
 - Städtisches Krankenhaus Kaufbeuren
 - Stadtkrankenhaus Memmingen

neu

Algesal-[®] Creme

wenn die Bewegung schmerzt

Algesal-Creme lindert den Schmerz spürbar durch die entzündungshemmende und analgetische Wirkung von Diaethylamin-salicylat

lindert den Schmerz nachhaltig

durch die anästhesierende und muskelrelaxierende Wirkung von Myrtecain

lindert den Schmerz

rasch infolge der erhöhten Penetrationsgeschwindigkeit, die durch die Oberflächenaktivität des Exciplens zustande kommt

Algesal-Creme fettet nicht und verursacht keinerlei Reizung der gesunden Haut. Der angenehme Geruch wird auch von anspruchsvollen Patienten geschätzt.



Indikationen: Entzündlicher und degenerativer Rheumatismus, Neuralgien und Muskelschmerzen, Tendinitis, Tendovaginitis und andere rheumatische und entzündliche Erkrankungen der Stütz- und Bindegewebe sowie schmerzhafte Prozesse wie Distorsion, Wirbelsäulensyndrom, traumatische Beschwerden u. ä. Zustände.

Keine Kontraindikationen.

Zusammensetzung:

100 g Algesal-Creme enthalten:
Diaethylamin-salicylat 10 g
Myrtecain 1 g
Exciplens ad 100 g

Tube mit 40 g DM 4,70



KALI-CHEMIE AG
HANNOVER

Fortschrittliche Rheuma-Therapie mit Dipyron®

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

Was sagen Klinik und Praxis über Dipyron?

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

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

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

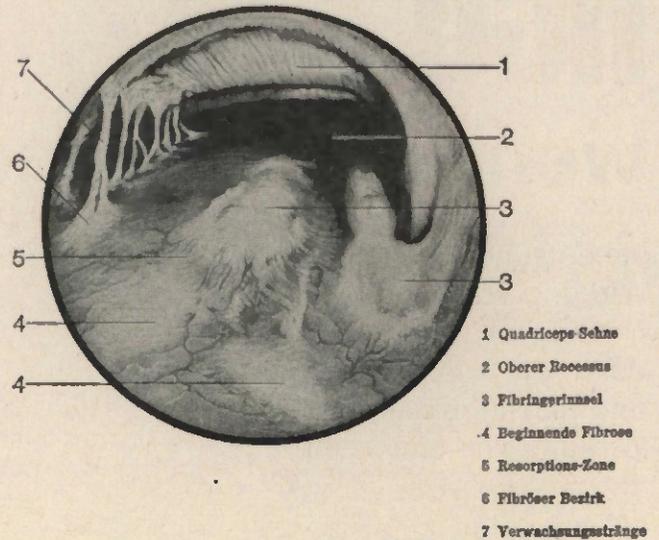
In HAMBURG: „*Schultersteifen* mit oder ohne Veränderungen der Halswirbelsäule standen im Vordergrund. In zahlreichen Fällen war die Erkrankung ... bei stundenlangem angespanntem *Sitzen hinter dem Steuer* auf der Autobahn aufgetreten. Behandlungsergebnisse: In 10 Fällen trat bereits in den ersten Tagen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

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

Wie wirkt Dipyron?

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

Der Wirkort von Dipyron



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

Bestätigt die Grundlagenforschung diese therapeutische Konzeption?

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

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

„Die Röntgendiagnostik der Periarthrosen und der Periarthritis“

von A. LEB, „Fortschr. Röntgenstr.“:

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

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

Dipyron - eine sinnvolle therapeutische Konzeption.

Hersteller: JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF

Zeitprobleme

Haschisch

von Professor Dr. med. P. Kielholz, Basel

In den letzten Jahren hat sich der Haschischmißbrauch unter Jugendlichen und Heranwachsenden in den europäischen Großstädten überraschend schnell ausgebreitet. Verschiedene Beobachtungen deuten darauf hin, daß auch in unserem Lande Haschisch zunehmend mißbräuchlich verwendet wird. Einige Zirkel wurden bereits ausgehoben. Die Gefahren des Haschischmißbrauchs sind zu wenig bekannt und werden leider immer wieder bagatellisiert.

Definition

Haschisch ist das Harz, das aus den Hoch- und Deckblättern der weiblichen Blütenstaube des indischen Hanfs (*Cannabis sativa* L. var. *indica*), gewonnen wird. Marihuana sind getrocknete Blätter und Blüten des indischen Hanfkrautes, die zur Blütezeit geerntet, getrocknet und in der Regel zum Rauchen zerschnitten werden. Je nach Sprache und Gebiet wird Marihuana verschieden bezeichnet. In Südamerika nennt man es Machona, in Marokko Kif, in Südafrika Dagga und in Indien Bhang.

Wirksubstanz und Anbau

Nach den Forschungen von ISBELL, de BOOR u. a. sind die psychotoxischen Wirksubstanzen Tetrahydrocannabinol, Cannabinol und Cannabidiol, die sich nur im Hanfkraut in wirksamer Menge finden, wenn die Pflanze in subtropischem oder tropischem Klima gewachsen ist. Hanfkraut und Haschisch mit psychotoxischer Wirkung stammt deshalb aus dem Vorderen oder Mittleren Orient, aus Afrika oder Südamerika. Indischer Hanf kann auch in unseren Breiten angepflanzt werden. Die Pflanzungen enthalten aber keine genügende Menge von Cannabinolen, um einen psychischen Effekt hervorzurufen. Die wichtigste Wirksubstanz Tetrahydrocannabinol wurde erstmals 1966 künstlich hergestellt. Zwei bis drei Tropfen dieser psychotoxischen Substanz genügen, um die gleiche Wirkung hervorzurufen, wie eine Dosis Haschisch. Der synthetische Wirkstoff ist nach neuesten Meldungen

aus Washington in Amerika bereits in Mißbraucherkreisen auf dem Schwarzmarkt in Erscheinung getreten.

Schwarzhandel

Das in Europa verwendete Haschisch und Marihuana stammt fast ausschließlich aus dem Orient, insbesondere aus Kabul und Istanbul, zum Teil auch aus Nordafrika. Es wird durch Reisende oder durch Jugendliche selbst nach Europa geschmuggelt und in den verschiedenen Großstädten auf dem Schwarzmarkt an Schüler und Studenten vertrieben. Es wird als Harz oder als ganz fein zerschnittenes Pflanzenmaterial, selten als gepreßtes Hanfkraut oder als Pulver geschmuggelt. Das in den USA verwendete Marihuana stammt vorwiegend aus Mexiko und Südamerika und wird über einen organisierten Schwarzmarkt an Jugendliche verkauft.

Anwendungsarten

Haschisch wird in Europa fast ausschließlich geraucht. Im Orient wird es auch gekaut, gegessen, geschnupft und als Hanföl getrunken. In Europa wird es in der Regel mit Tabak gemischt und in Pfeifen oder Zigaretten geraucht. Durch Inhalation des Rauches wird die größte psychotoxische Wirkung erreicht. Der Effekt kann durch den zeitlichen Abstand und die Tiefe der Inhalation der Züge besonders gut dosiert werden. Durch die Einatmung des Rauches entsteht ein Rausch.

Akute Vergiftung

Die ersten Züge sind meist unangenehm, sie lösen Brennen im Hals, Reizhusten, Tränenfluß, leichten Schwindel, Kopfdruck und Übelkeit, gelegentlich Brechreiz aus. Die unangenehme Anfangsphase wird schnell durch fröhlich-heitere Stimmung mit Neigung zum Lachen überdeckt. Es entsteht ein Gefühl der Leichtigkeit, des Schwebens, des Fliegens oder die Umwelt fliegt vorbei wie im fahrenden Zug. Das Entrücktsein führt zu einer wohligen Gleichgültigkeit gegenüber den Alltagsproblemen und der Vergangenheit. Das Denken wird subjektiv beschleunigt. Der Assoziationsreichtum mit erhöhter Phantasietätigkeit führt oft zu Selbstüberschätzung mit Größenideen. Gehobene Stimmung und gefühlsbetontes Denken bedingen eine psychomotorische Enthemmung mit erhöhtem Bewegungsdrang. Vereinzelt kann auch stilles ruhiges Vorsichhinträumen beobachtet werden.

Liquirit®
Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

KP 30/OP. 60 Tabl.

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

Alle Sinneswahrnehmungen werden schärfer und gesteigert, insbesondere Farben werden brillanter, greller und intensiver wahrgenommen und Musik wird tiefer und aufwühlender empfunden. Bei hohen Dosen treten vorwiegend optische Illusionen und Halluzinationen mit Veränderung des Zeit- und Raumgefühls auf. Besonders Depersonalisationserlebnisse und Störungen des Körperschemas können akute panikartige Angstattacken mit Selbst- oder Fremdaggressionen auslösen. Der Rauschzustand dauert, je nach Dosierung, 1 bis 6 Stunden und ist gefolgt von Hungergefühl, Müdigkeit, Apathie, gelegentlich Schlaf. Nicht selten kommt es aber zu mürrisch-reizbaren Verstimmungen, Übelkeit, Kopfschmerzen und depressiven Nachschwankungen.

Chronische Vergiftung

Bei wiederholtem, langdauerndem Mißbrauch von Haschisch oder Marihuana treten dysphorische Verstimmungen mit plötzlichen Erregungszuständen, aber auch delirösen Zustandsbildern auf. Gelegentlich können auch Tage bis Wochen dauernde halluzinatorische Zustandsbilder mit vorwiegend optischen Sinnestäuschungen und Wahnbildungen im Sinne eines Verfolgungswahnes beobachtet werden. Neben diesen andauernden Wahnzuständen führt die chronische Vergiftung auch zu Depressionen mit akuten Panikzuständen und zu Charakterveränderungen, insbesondere zu Willensschwäche, Verlust des Pflicht-, Takt- und Schamgefühls mit starken Verwahrlosungstendenzen.

Motive des Haschischmißbrauchs

Als Motiv werden Neugier, Langeweile, der Wunsch, einmal etwas Spezielles zu erleben, Angst vor Vereinsamung, Suche nach mitmenschlichem Kontakt und gemeinsamem Erleben, nach Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis angegeben. Unsere Untersuchungen haben gezeigt, daß die Ursachen zur Flucht aus der Realität und zum Wunsch nach Selbstverwandlung tiefer liegen. 52 % der Jugendlichen entstammen aus gestörten Familienverhältnissen (Scheidung, Trennung, Verlust eines Elternteils, gespannte familiäre Situation, Alkoholismus). 72 % leben in Konfliktsituation und Opposition zu den Eltern und versuchen sich

zu lösen und selbständig zu werden. Charakterlich herrschen Empfindsamkeit, Impulsivität, Aggression und infantile Züge bei guter bis überdurchschnittlicher Intelligenz vor. Verspätete Pubertät ließ sich in 56 % nachweisen. Nur bei 26 % fand sich eine unauffällige Entwicklung. Da bei einem Großteil keine echte familiäre Bindung, insbesondere keine Möglichkeit zu echter Aussprache besteht, flüchten sie zu Gleichgesinnten in gleicher Situation, bei denen sie sich verstanden fühlen. Sie flüchten aus ihrer Einsamkeit, vor ihrer Angst, nicht selbständig werden zu können, aus ihren Spannungen und Alltagsorgen in eine Gruppe Gleichgesinnter und mit diesen in einen Haschischrausch, in eine Traumwelt, in der sie die Realität vergessen können.

Gefahren des Haschischmißbrauchs

Der Haschischrausch ruft in der Regel eine euphorische Stimmung mit Assoziationsreichtum und wohliger Gleichgültigkeit hervor. Er ermöglicht dadurch eine Flucht aus der Realität in eine problemlose Scheinwelt, also Lustgewinn und Unlustverhütung. Dieser Lustgewinn drängt zur Wiederholung und es entwickelt sich deshalb schnell eine psychische Abhängigkeit, welche die Haschischraucher zum regelmäßigen Mißbrauch der Droge zwingt. So haben unsere Untersuchungen gezeigt, daß $\frac{1}{3}$ der Jugendlichen, die zunächst an gelegentlichen Parties teilgenommen haben, zum regelmäßigen Rauchen von Haschisch übergehen. Es wird immer wieder behauptet, daß Marihuana und Haschisch keine körperliche Abhängigkeit und keine Abstinenzsymptome hervorrufen. Wir konnten aber bei einzelnen chronischen Haschischmißbrauchern Entziehungssymptome wie Schlafstörung, Hypotonie, Schwitzen, feinschlägiger Tremor und Apathie, oder mürrisch-reizbare, depressive oder ängstliche Verstimmungen nachweisen.

Haschisch ruft somit eine Toxikomanie mit vorwiegend psychischer aber auch körperlicher Abhängigkeit hervor. Jeder Lustgewinn und jede Form von Abhängigkeit ruft nicht nur nach Wiederholung, sondern auch nach einer Intensivierung des Lusterlebnisses. 50 % der von uns untersuchten Haschischraucher begannen deshalb schon nach kurzer Zeit, nach Kombinationen mit stärkerem Effekt zu suchen. Sie nahmen zum Haschisch Amphetamine, Analgetika, Hypnotika, Romilar oder Peracon und Opiate, vereinzelt sogar Heroin, oder gingen auf diese Drogen über. Fast alle Heroinisten in USA haben mit Haschisch begonnen. Haschisch ist somit ein gefährlicher Schrittmacher und Wegbereiter für andere Süchte. So gehen ungefähr die Hälfte der chronischen Haschischabhängigen auf gefährlichere Suchttypen über oder werden polytoxikoman. Bei den Haschischmißbrauchern handelt es sich vorwiegend um Jugendliche und Heranwachsende. Je früher aber eine süchtige Fehlentwicklung einsetzt, um so schlechter ist die Prognose. Wir können bei den chronischen Haschisch-

Zur Durchführung des **Vorsorgeprogramms für Säuglinge und Kleinkinder** bitten wir, das „Deutsche Ärzteblatt“, Heft 37/1970, Seite 2681 ff, besonders zu beachten.

Über die Bezugsmöglichkeiten der sogenannten Scheckhefte innerhalb Bayerns werden Einzelheiten noch bekanntgegeben.

mißbrauchern und bei den Polytoxikomanen schon früh eine deutliche Willensschwäche, Interesseverlust, besonders aber Versinken in Gleichgültigkeit gegenüber allen Pflichten (Schule, Studium, Berufslehre) und eine dadurch bedingte Verwahrlosungstendenz mit sozialem Abstieg beobachten. Oft treten auch akute Angstzustände, depressive Verstimmungen paranoid-halluzinatorische Psychosen und Delirien auf.

Prophylaxe und Therapie

1. Die Bevölkerung, besonders Ärzte, Lehrer, Eltern und die Jugendlichen sollten in Diskussionen und mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln (Presse, Radio und Fernsehen) über die Gefahren des Haschischmißbrauchs aufgeklärt werden. Es muß insbesondere betont werden, daß der Haschischmißbrauch ein Wegbereiter für andere gefährlichere Süchte darstellt und daß Haschisch zu Abhängigkeit und schweren psychischen Schädigungen führen kann.
2. Um rechtzeitig zielgerichtete prophylaktische Maßnahmen ergreifen zu können, sind fortgesetzte prospektive Untersuchungen über Ausbreitung, Motive und soziologische Hintergründe des Haschischmißbrauchs in allen europäischen Ländern unerlässlich.
3. Den gelegentlichen Haschisch mißbrauchenden Jugendlichen sollten Beratungsstellen zur Verfügung stehen, in denen sie sich ohne Angst vor Strafverfolgung von einem Arzt beraten lassen können. Für die Drogenabhängigen sind spezielle Behandlungszentren zu schaffen, in denen Entziehungsbehandlungen durchgeführt werden können.

Nach der Entziehung und Entgiftung sollten durch diagnostische Abklärung, Einzel- und Gruppenpsychotherapie die sozialen Hintergründe, die Suchtmotive und die Störungen der Persönlichkeitsstruktur der Toxikomanen aufgedeckt und verarbeitet werden. Neue mitmenschliche Beziehungen und Bindungen sind die Grundlagen für eine stufenweise Wiedereingliederung. Die Prognose ist von der Intensität der nachgehenden Fürsorge und der ärztlichen Betreuung, aber auch vom Milieu, in welches der Jugendliche entlassen wird, abhängig.

Auch bei gründlicher Behandlung ist die Prognose bei dem jugendlichen Alter der Drogenabhängigen ungünstig. Es ist deshalb unverantwortlich, die Gefahren des Haschischmißbrauchs zu bagatellisieren.

— SÄI —

Feuilleton

Napoleon zweimal in Europa

von E. O. Haisch

„Die Freiheit des Staates hat die Freiheit des einzelnen zu gewährleisten. Solange es im Staat noch Menschen gibt, die um ihrer aufrechten Meinung willen Verfolgung leiden, kann es für die Gesamtheit keine Gerechtigkeit geben“ (Madame de Staël im Genfer Exil).

Die folgende Betrachtung schrieb ich vor 25 Jahren zum Kriegsende in mein Tagebuch. Ich war Infanterie-Truppenarzt an der Ostfront, kein Historiker. Doch hatte mich die übermenschliche, imponierende Einmaligkeit Napoleons seit jeher fasziniert, wenn auch mehr mit leisem Grauen als mit Bewunderung. Es hätte auch Alexander sein können oder Julius Cäsar oder Dschingis Khan, doch lagen diese ferner und unzugänglicher als der Franzosenkaiser, von dem ein Abkömmling später noch mein Patient geworden ist. Bücher über und um Napoleon füllten mein ganzes Regal, und nicht zuletzt ihnen verdanke ich die Orientierung während der Hitler-Ära. Napoleon und Hitler, zwei einsame Gipfel. Viele empört es, diese Namen gemeinsam nennen zu hören, doch zu Unrecht. Die Barbarei, bei Hitler manifest, war Napoleon nicht weniger immanent; dieser hatte es lediglich nicht nötig, selbst das Fallbeil in Gang zu setzen, weil es andere bereits getan hatten, aber im Vorderen Orient ließ er 1500 kriegsgefangene Mamelucken erschießen, um an Proviant zu sparen. Bei Gesprächen mit den Kameraden an der Front verblüffte ich bisweilen mit richtigen Prognosen über unser nächstes Schicksal: Was wird „er“ als nächstes tun, wie wird er reagieren? Ich gab die Antwort so, wie Napoleon gehandelt oder reagiert hätte.

Heute faßt sich der Bundesbürger an den Kopf, wie es möglich sei, daß eine neue nationalistische Schlägerpartei entstehen konnte und Zulauf bekommt, ehe noch die Zeugen der letzten großen Tragödie verstummt sind. Allerdings erleben wir auch, wie Frankreich den korsischen Heros ehrt. Hitler hat im Gedächtnis des deutschen Volkes seinen endgültigen Niederschlag noch nicht gefunden; wie wird dieser in dreihundert Jahren einmal aussehen? Wer diesbezüg-

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

lich aus der Geschichte lernen möchte, dem sei für seinen nächsten Italienurlaub eine Stippvisite in Elba empfohlen (die er auch ohne Napoleon nicht besuchen wird). Er findet dort im früheren Domizil des Kaisers in der Zitadelle von Portoferraio, heute ein Museum, die haßerfüllten Zeugnisse seiner Zeitgenossen aus ganz Europa: Napoleon ein Ungeheuer, ein Vampir, ein Wahnsinniger und Besessener, ein bemitleidenswerter Irrer sogar. Die bevorzugte Illustration seines Lebenswegs ist eine auf- und absteigende Treppe, an deren unterem Ende der Teufel mit dem Dreizack auf ihn wartet, so wie in der Mozart-Oper die Hölle den Don Giovanni verschlingt. Die Kanzelprediger Europas deuteten triumphierend auf das Gottesgericht, das an dem Unhold sichtbar vollstreckt worden sei. Frankreich hat das rasch vergessen.

T a g e b u c h, Rußland 1944: Zweimal hat das Schicksal im knappen Zeitraum von eineinhalb Jahrhunderten den Genius eines politischen Übermenschen einem Blitz gleich auf die Erde geschleudert. Zweimal wurde die Welt für die Dauer eines Menschenalters durch die Titanen in Atem gehalten, und die Jugend Europas verblutete auf tausend Schlachtfeldern nach dem Plan ihrer Gehirne. Napoleon und Hitler, in beiden wirkte derselbe Dämon. Ihr Geschick gleicht sich, weil es sich auf demselben Boden und an denselben politischen Konstellationen verwirklicht hat.

Napoleon und Hitler. Der Blitz zündete das eine Mal auf der kleinen Insel Korsika, das andere Mal in dem absterbenden, kleingewordenen Österreich. Weder Korsika noch Österreich geben die Basis ab für einen, der die Welt bewegen will. Napoleon, der kaum der französischen Sprache mächtig war, wandte sich nach Frankreich. Hitler nach seinem Entschluß, Politiker zu werden, erwarb das deutsche Bürgerrecht. Beide kamen als Namenlose, aber beide im Namen ihrer glühenden Ideale. Beiden war ein maßloses, überhebliches, für einen gewöhnlichen Menschen schlechthin unbegreifliches Eingenommensein von sich selbst zu eigen, die Überzeugung, vom Schicksal berufen zu sein, und die halbgottähnliche Sicherheit, sich dieser Aufgabe gewachsen zu fühlen. Ihre ins Extrem verzerrte Verantwortungsfreude und Selbstsicherheit bedingte zugleich die Verachtung ihrer Mitmenschen. Es heißt, die Geschichte liebe keine Wiederholungen; gleichwohl wird das meteorhafte Erscheinen und Wirken dieser beiden Männer als eine fast lächerliche Wiederholung in die Geschichte eingehen. Die Gründe dafür sind leicht erklärbar:

Der Umsturz eines Zeitalters, die Revolution, rief beide auf den Plan. Sie fanden einen europäischen Raum, der von denselben Völkern besiedelt und von denselben politischen Grenzen durchzogen war. Politik und Strategie sind Wissenschaften wie die Mathematik. Zwei Mathematiker, die dieselbe Aufgabe zu lösen haben, müssen zu derselben Lösung kommen, wenn sie nur richtig rechnen. Napoleon und Hitler legten ihren Plänen dieselbe politische und physikalische

Landkarte Europas zugrunde, daher fanden sie dieselben Lösungen. Hitler bestätigt Napoleon, Napoleon bestätigt Hitler.

Frankreich in der großen Revolution, Deutschland in der Verarmung nach dem ersten Weltkrieg. Aus dem Gegeneinander der Kräfte, aus der Fragwürdigkeit der Werte, aus dem Verlust der Ordnung, aus der Ohnmacht erhebt sich beide Male ein Mann. Er kommt aus dem Volk, aber vereinigt in sich die Gewaltigkeit aller Herrscher. Über die Herzen des Volkes gewinnt er die Macht, und das Volk läßt sich seine Kühnheit gefallen, es sieht in ihm den Retter des Vaterlandes. Er freilich liebt dieses Volk nur wie man sein Werkzeug und sein Werk liebt und verachtet es zugleich. Seine Pläne für die Neugestaltung sind unzählbar. Er schafft ein neues Recht, eine neue Geschichtsschreibung, eine neue Kunst. Er schafft eine neue Sozialordnung, eine neue Moral. Er bestimmt neue Ehrbegriffe und stellt den Staat in den Mittelpunkt aller Interessen. Aus Beamten macht er Funktionäre. Bei allem begeistert, fasziniert und hypnotisiert er das Volk durch sein Auftreten und seine Reden. Er führt ein neues Finanzwesen ein, ein neues Wirtschafts- und ein neues Zollsystem. Er baut Straßen und Paläste. Was gibt es überhaupt, was er nicht täte! Vor allem aber, er schafft die größte Armee seiner Zeit, denn er bekennt sich zum Krieg als dem unausweichlichen Mittel für seine Ziele. „Meine Pläne sind so, daß sie das nochmalige Opfer von zwei Millionen Deutschen lohnen“ (Hitler). Während die Mehrzahl der Menschheit den Krieg als eine Katastrophe ansieht, die zu vermeiden sie die besten Kräfte und Anstrengungen anwendet, bereitet der „Retter des Vaterlandes“ seine Kriege mit kalter Berechnung vor. Nicht aus Freude am Krieg! Napoleon wie Hitler haben sich zeitlebens mit Entrüstung gegen diese Unterstellung verwahrt, und es besteht kein Grund, ihnen nicht zu glauben, denn beide hatten einen sozialen und politischen Aufbau als Ziel vor Augen: die Neugestaltung und Einigung Europas. Diese allerdings würde nur durch Kriege erreichbar sein. Vor der Entschlossenheit, diesem Krieg nicht auszuweichen, und vor der Kaltblütigkeit, mit der Napoleon und Hitler ihre Generation für sich sterben ließen, wird freilich jede Beteuerung von Friedensliebe zur Phrase.

Das Blut, das für den Übermenschen fließt, ist nur eine seiner Geißeln. Es gibt noch andere Bögen, die er überspannt. Einmal im Besitz der Macht, verliert er die Verbindung zu dem Volk, das sie ihm gegeben hat. Er handelt autark und rechtfertigt sich vor niemandem. Er umgibt sich mit seinen Verwandten und mit den alten Mitkämpfern. Er verschließt sich vor dem Wort der Straße, verbietet die freie Meinung und verbannt die Andersdenkenden. Er zensiert die Presse. Er mißachtet das Empfinden seiner Mitmenschen und der Nachbarvölker, die er sich alle untertan macht und deren er sich bedient. Napoleon bedient sich eines Fouché, Hitler eines Himmler. Er vergewaltigt und ver-

fälscht das beste Gut, das der einzelne Mensch wie die ganze Menschheit besitzt, das freie Denken und Urteilen, die Freiheit selbst. Rechthaberisch, unduldsam, tyrannisch, leidenschaftlich und unbelehrbar, in der eigenen Lebensführung spartanisch, aber in prunkvollem Rahmen, unermüdlich die Nacht zum Tag machend, fast ohne Schlaf arbeitet der Übermensch und zwingt den schwachen, magenkranken Körper zur Fron. Mit seinem glänzenden Gedächtnis erinnert er sich an jeden Namen, an jede Zahl und an jeden Bericht, den er einmal gelesen oder gehört hat. Napoleon kennt seine alten Veteranen aus den Revolutionskriegen mit Namen und überrascht seine Bataillonzahlmeister mit Zahlen aus der Abrechnung des ägyptischen Feldzugs. Hitler verblüfft die Ingenieure bei der Vorführung neuer Waffen, Maschinen und Schlachtschiffe durch seine Fragen und Detailkenntnis. Von Napoleon weiß man, daß er gleichzeitig den Vortrag eines Ministers anhörte, einen Bericht las und einen Brief diktierte. Hitler erfand für seinen Mitarbeiterstab ein besonderes System, durch das die Fülle seiner Befehle und Anregungen erfaßt und verwertet werden sollte. Nur ein höriggewordenes Volk konnte solange glauben, ein Mann wie Napoleon oder Hitler sei gütig oder gut! Wie kann einer gütig sein, der sich in einstudierter Zeremonie die Krone selbst aufs Haupt setzt! Kalt bis zur Brutalität, eisern rechnend, besessen von der eigenen Idee, intolerant bis zur Ermordung der Unbequemen, das ist die Stärke und zugleich die Schwäche dieser Naturen. Stolz, tapfer, ihrer Idee treu bis zum Untergang, das ist ihr Heroismus. Stellte man sich die Aufgabe, die Eigenschaften solch eines Menschen zu erfinden, man käme auf eben dieselben, die sie hatten.

Mehr noch als die Wesensverwandtschaft von Napoleon und Hitler imponiert die Gleichheit ihrer Geschichte. Der blutige Versuch der Unterwerfung Europas endete beide Male nach 12 Jahren der Macht mit einem völligen Scheitern und mit dem Zusammenbruch der von den Übermenschlichen für ihren Zweck mißbrauchten Nation. So klar wie ein mathematischer Schluß, ich sagte es schon, zwingen die Verhältnisse in Europa den Neugestalter als erstes zu einem Zusammenschluß der Kontinentalstaaten. Das bedeutet den Zusammenstoß mit Großmächten und Aufräumarbeit unter den kleinen Staaten. Unvermeidbar erwächst daraus die Gegnerschaft zu Britannien. Hitlers Hoffnung, in dieser Lage die Freundschaft Englands zu gewinnen, war verfrüht, ein Irrtum, den er alsbald, ebenso wie Napoleon, durch eine glühende

Feindschaft ersetzte. Beide verfügten die Kontinentalsperre und gierten lebenslang nach der Landung in England, doch konnten beide sie nicht verwirklichen.

Im Mittelmeerraum war es nicht anders. Eine Expeditionsarmee nach Spanien, die Eroberung Italiens, Krieg auf dem Balkan. Der Sprung nach Nordafrika; beide Male wurden die Armeen bei den Pyramiden geschlagen. Und welche andere Rolle konnte Rußland in diesem gewaltigen Schauspiel bedeuten als die einer undurchdringlichen Kulisse, die den Raum nach Osten abschloß?

Napoleon und Hitler, die es nicht ertrugen, daß dort einer geheimnisvoll und bedrohlich unangetastet blieb, und die es nicht ertrugen, daß Europa auf sich selbst beschränkt bleiben sollte, griffen an. Wie ein scharfgeschliffenes Messer in den knochenlosen Leib eines Weichtiers, so drangen ihre Armeen in den russischen Koloß ein. Aber soweit sie auch marschierten und so schonungslos sie kämpften, sie fanden die atmende Kehle nicht, die sie würgen wollten. Aus dem Vorstoß wurde eine tödliche Umschlingung, unrührbar und schweigend verdaute sie das Weichtier. Nichts blieb von ihnen übrig als das Grauen, das die Überlebenden von der Beresina und von Stalingrad mit zurückbrachten.

In diesem Augenblick erhoben sich die geschundenen Völker Europas gegen den schwankenden Tyrannen. Haß und Freiheitsjubiläum brausten durch die Länder und einigte diese mit Albion gegen den Unterdrücker. Ein Marschall Blücher rief aus: „Wenn ich den Kerl kriega, lasse ich ihn erschießen!“, und Hitlers Feinde gedachten, diesen aufzuhängen.

Es ist nicht die Absicht dieses Essays, zu deuten, was Heroismus ist. Heroisch waren diese beiden Männer schon um der Ziele willen, die sie sich gestellt hatten. Heroisch sind sie aber auch durch ihren titanenhaften Untergang. Vom Glück verlassen und von ihren Gattinnen verraten, glaubten sie noch immer an sich und an ihre Mission. Mit einer Fregatte floh Napoleon von Abukir, mit einem Pferdeschlitten aus der russischen Nacht, die Soldaten verratend, die dort für ihn zugrunde gingen. Hitler ließ sich auf eine solche persönliche Gefahr gar nicht erst ein, er weigerte sich, an die Front zu gehen. Beide taten dies in der Überzeugung, die Vorsehung verlange von ihnen das Leben und Weiterwirken. Im brennenden Moskau, angesichts seiner geschwächten Armee und des russischen Winters hatte Napoleon für seinen Gegner nur die großartigste Siegeszuversicht übrig; ohne Gewissen und Rücksicht

RECORSAN[®]

-HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

O.P. Tube zu 30 g

Recorsan-Gesellschaften Gräfeling und Lüneburg

auf den Friedenswunsch der Völker kehrte der Gestürzte von Elba zurück und vergoß neue Ströme von Blut für seine Herrschaft; nach zehnjähriger, demütigender Haft auf Helena endet er sein Leben damit, daß er der Welt eine schriftliche Rechtfertigung seines Lebenswerks vorlegte. Und so tat es auch Hitler: „Berlin bleibt deutsch, Wien wird wieder deutsch, Europa wird niemals russisch!“ war sein letzter Ruf an das Volk, ehe er sein Gehirn stilllegte. Beide starben wahrscheinlich durch Gift.

Hitler hat das deutsche Volk mit in den Abgrund gerissen wie einst Napoleon das französische. Von all den Verbrechen an der Menschheit haben die beiden Übermenschen das größte ihrem eigenen Volk zugefügt und haben ihm nichts dafür gegeben als den Ruhm des Untergangs. Doch die Geschichte fragt nicht nach Recht und Unrecht, nach dem Glück einer Generation, sondern allein nach der Intensität einer Wirkung. Daher wird Mythos sein um diese Männer. Nur fanden wir Deutschen nicht die milden Richter, die Frankreich vor 150 Jahren gefunden hat. Jenes wurde nicht geschmälert, nicht besetzt, nicht bestraft, sondern imperial restauriert. Im Herzen seiner Hauptstadt errichtete es einen Triumphbogen mit den unzählbaren Namen der Kriege, Schlachten und Scharmützel Napoleons, nicht als ein Mahnmal des Verbrechens, sondern des Stolzes. Und im Herzen von Paris verwahrt Frankreich noch heute die Überreste seines Übermenschen als Erinnerung an den Traum einer großen Zeit. Uns Deutschen bleibt statt dessen die Gefängnismauer in Plötzensee, vor der Hitler seine Widersacher hat erschießen lassen. Dort haben wir Deutschen unseren wahren Ruhm.

Napoleon zweimal in Europa. Wer an einen Fortschritt der menschlichen Kultur glaubt, sieht mit Genugtuung, daß die Infektion beim zweiten Mal eine wirksamere Immunität hinterlassen hat. Eines Tages werden euch die Franzosen ihr Geschichtsbild revidieren müssen, und H. THIRRING meint, daß es dann so aussehen wird:

„Als Offizier des revolutionären Frankreichs hatte der junge Napoleon Bonaparte sich zuerst 1795 bei der Bekämpfung von Aufständischen seine Sporen verdient, und in den beiden folgenden Jahren errang er glänzende militärische Erfolge in Italien. Seine Eroberungen waren ursprünglich Dienst an der Sache der Revolution; sobald er aber einmal bei der Tätigkeit des Eroberns warm genug geworden ist, verblaßt in ihm die Leidenschaft für Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit. Vielleicht bildet er sich noch ein, für die gloire de la nation zu kämpfen; in Wirklichkeit treibt ihn aber der gemeine Machthunger, und er wird zum Sklaven jener Handlung, mit der er Erfolg auf Erfolg erringt. Und so setzt er sich selbst die Kaiserkrone und seinen Brüdern geraubte Königskronen auf, fährt fort, Kriege zu führen und Völker zu unterwerfen, bis sich Europa gegen ihn erhebt und das ausgeblutete Frankreich genug von ihm hat. Der Schluß der Tragö-

die ist die Wiedereinsetzung der Bourbonen, Rückfall in eine immer stärker werdende Staatsform und Aufhebung der wichtigsten Errungenschaften der Revolution. Das Fazit seines Lebens: Mord an zehn Millionen Europäern und Vernichtung jenes Werkes, in dessen Dienst er seine Karriere begonnen hatte.“ (H. Thirring: „Homo sapiens“, Psychologie der menschlichen Beziehungen, Ullstein-Verlag, Wien.)

Anschr. d. Verf.: Dr. med. E. O. H a i s c h, Landeskrankenhaus Reicheneu, 7750 Konstanz-W./Bodensee

Äskulap und Pegasus

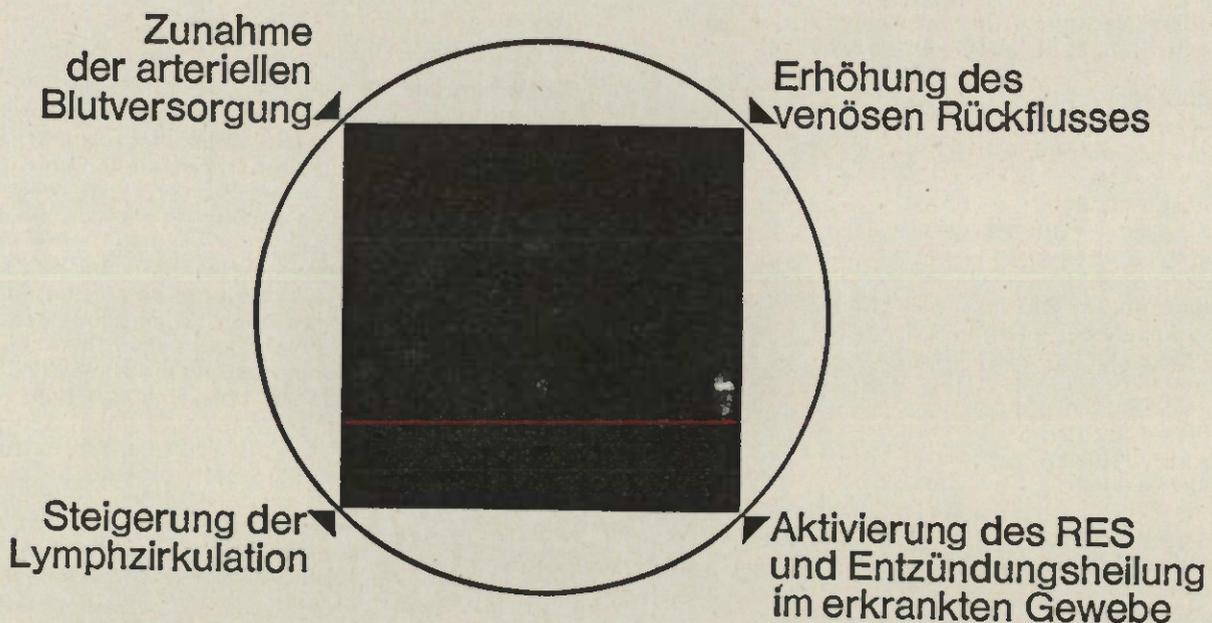
Eine profilierte Persönlichkeit der deutschen Ärztschriftsteller ist Dr. med. Armin JÜNGLING, 6211 Unterwössen, Josef-Aberger-Straße 9. Er ist auch eines der aktivsten Mitglieder unseres Verbandes, der unsere Tagungen regelmäßig besucht, sie mit seinen Beiträgen befruchtet und der durch seine Wechselbeziehungen zu anderen Schriftstellerverbänden uns Schriftstellerärzte nach außen wirksam vertritt. Armin Jüngling, 1909 geboren, war Schüler des Max-Gymnasiums in München und absolvierte in dieser Stadt auch das Studium der Medizin. Danach war er 30 Jahre lang Arzt in Württemberg und lebt seit 1965 als Schriftsteller in Oberbayern. Schon 1930 wurde er mit dem Lyrikpreis der Münchener Studentenschaft ausgezeichnet, im gleichen Jahr erschien sein Gedichtband „Die Brücke“. Als Student veröffentlichte er Kurzgeschichten und Gedichte in verschiedenen Zeitschriften. Vor dem Zweiten Weltkrieg war er Mitarbeiter in ärztlichen Fachzeitschriften. Im Jahre 1965 wurde er Mitglied des bayerischen Journalisten-Verbandes, 1967 Mitglied des Verbandes deutscher Schriftsteller. Seit dieser Zeit war er auch als Reisejournalist tätig mit zahlreichen Veröffentlichungen in Reisezeitschriften. Volkstumskundliche Arbeiten über den mit unserem Bayern verwachsenen Maler LEIBL und über das „Bundwerk am Bauernhaus des Chiemgau“ zeigen die Vielseitigkeit seiner künstlerischen Interessen. Neben Veröffentlichungen von Gedichten in Zeitungen schrieb er 1969 einen zeitgeschichtlichen Roman, der anonym erschien und es nach dem Wunsche des Autors auch bleiben soll, so daß wir leider nicht an dieser Stelle darauf hinweisen können. Weitere Romane und Lyrik Ausgaben sind in Vorbereitung. Jüngling hat auch eine Lyrik-Anthologie der Ärztschriftsteller, dessen Verband er seit 1970 angehört, zusammengestellt; es ist zu wünschen, daß er die zur Zeit laufenden Verhandlungen mit einem Verleger zu einem positiven Ende bringen kann. Drei besinnliche Gedichte und eine Glosse über die tägliche Papierflut im Briefkasten des Arztes sollen einen kleinen Einblick in sein Schaffen vermitteln.

Dr. med. Robert P a s c h k e, 8535 Emskirchen

Die Quadratur
der vollkommenen Gefäßtherapie mit

Esberiven[®] forte

1 Kapsel enthält: Mellilotusextrakt mit 5 mg Cumaridgehalt, 25 mg Rutin
1 Ampulle enthält: Mellilotusperkolat mit 3 mg Cumaridgehalt,
50 mg Rutinschwefelsäureester (Na-Salz)
Packungen mit 30 Kapseln und 5 Ampullen



Zur Langzeittherapie

Esberiven[®] Depot

1 Dragee enthält: 15 mg Cumarin,
84 mg Tri-(hydroxy-methyl)-rutin
Packung mit 20 Dragees

 Schaper & Brümmer · Salzgitter-Ringelheim

Aus dem schriftstellerischen Schaffen Jünglings

Abend der Krenken

Und die da starben,
mußten morgens sterben.
Ihr Stern verlosch noch eh der Tag begann.
Und zögernd, fast skandierend,
setzt ein der Zeiten Dämmerung.
Das Stöhnen aller schmerzbegoss'nen Wesen
verschwamm im Licht der letzten Stunde.
Es ruhen jetzt die blaß Verbannten
und in ihres Schlafes Träumen
wühlen Dinge, die einst Sinn des Lebens waren.
Es schweben durch die Hirne
dieser Kranken, die transzendent,
kaum körperlich noch leben,
Glück und Glanz vergang'ner Tage.
Und über matte, stille Gänge
kommt jetzt der Abend ruhsam her.
Wie ferne Brandung tönt
der Lärm der Straßen im Einklang
mit dem Nachtgebet der Schwestern
zur großen „Todesleidmusik“ in Moll –

Traum vom Arzt

Wie ein Gott
kam er daher geschritten
Silbermantel
goldene Hände
Heilen durch Handauflegen
und durch Schneiden
tiefer Wunden.
Pflanzer neuer Glieder
und auch anderer Organe.
Befreit von jedem eitlen Wahne.
Bereit sich pausenlos
verstehend hinzugeben,
Tag und Nacht,
bis zum Selbstaufgeben
geht er durch
ferne Zeiten.
Immer Vorbild.
Selten Abbild
dieses Standbilds
selnes Gottes
Asklepios.

Ein Mensch selner Zeit

Du hast es
nicht gewagt

zu reden vom Sterben
und vom Atom,
das unser Verderben.
Immer nur gelobt
seine Kraft gegen das Gift
faulender Zeilen,
seine Macht in Maschinen.
Du hast
immer nur geredet
von Schönheit der Körper
von Licht und von Glanz.
Du kennst
immer nur
Götter und Gute,
Heilige und Könige.
Aber du bist erhaben
über Fehltritt und Felschheit.
Du glaubst an alies
und bist wie ein Tier.
Du kennst keine Reue,
kennst kein Bekennen.
Dich kleidet ein Satanskleid
aus härenen Lumpen.
Aber du bist
ein Kind deiner Zeit.

Die Geister, die ich nicht rief . . .

„Mondo-Med“ gefiel mir. Ich hatte es abonniert. Es kam postregelmäßig. Noch regelmäßiger kamen unbestellte Zeitungsprodukte von Pharmafirmen und medizinischen Verlagen. Regelmäßig verstopfte wöchentlich die „medizinische Halbwelt“, „der unpraktische Arzt“, „die Volksmedizin“, „der Askulap“, „das weiße Viereck“, „der ungeborene Sexling“ meinen Briefkasten. Ich las sie nicht. Ich hatte keine Zeit. Meine Frau wog sie. Es war wöchentlich zwei Kilo Papier. Ich rechnete es aus mit Hilfe einer von einer Pharmafirma gestifteten Rechentafel: es waren jährlich 96 Kilo. Fast zwei Zentner. Am Tage X bestreikte ich den Postboten. Schmollend nahm er den „Sexling“ und „die Halbwelt“ wieder mit auf die Zentrale. Am nächsten Tag brachte er sie wieder. Der Vorstand hatte entschieden: die von mir nicht bestellten Zeitschriften seien postalisch abonniert und müßten abgenommen werden. Zu Demonstration meiner antiautoritären Gesinnung gegenüber den Staatsbetrieben lasse ich die Zeitschriften auf der Mauer, wo der Briefkasten wohnt, liegen. Die Papierhöhe betrug vorgestern ungefähr einen Meter fünfzig. Gestern tobte ein Föhnsturm. Die Mauer ist wieder frei. Die Straße vor meinem Haus eine Müllhalde. Heute fällt mir noch ein: Wer bezahlt eigentlich für mich die unverlangten Abonnements?

Adumbran[®]

Thomae

bewährt, zuverlässig,
wenn psychische Faktoren organisches Geschehen belasten.

4

Rechtsfragen

Für Druckfehler haftet der Autor, nicht der Verleger

Für die schädlichen Folgen einer falschen ärztlichen Behandlung wegen eines Druckfehlers in einem medizinischen Werk kann nicht der Verleger des Buches haftbar gemacht werden. Verantwortlich für Druckfehler ist der auch zur Korrektur des gesetzten Textes verpflichtete Verfasser. So hat soeben grundsätzlich der Sechste Zivilsenat des Bundesgerichtshofes entschieden.

Ein an dem Kreiskrankenhaus Bad Segeberg tätiger Assistenzarzt hatte einen Polizeibeamten zu untersuchen, der vermutlich an einer Störung des Wasserstoffwechsels (Diabetes insipidus) litt. Der junge Mediziner zog das Buch eines bekannten Professors über Diagnose innerer Krankheiten zu Rate, in dem ein Test durch Infusion einer 2,5prozentigen Kochsalzlösung beschrieben wurde. Ausgerechnet in der (sechsten Auflage des Werkes, in der der Assistenzarzt nachschlug, war das Komma falsch gesetzt worden, so daß von einer 25prozentigen Kochsalzlösung die Rede war. Bei der intravenösen Infusion dieser überstarken Lösung wurde, wie in dem Urteil weiter beschrieben wird, der Patient bewußtlos. In einem anderen Krankenhaus konnte dem Polizeibeamten nur mit Mühe das Leben gerettet werden.

Die Provinzial-Versicherungsanstalt Schleswig-Holstein, bei der der Assistenzarzt und auch sein Chefarzt versichert sind, gab dem in Stuttgart ansässigen Verlag des medizinischen Buches wegen des falschgesetzten Kommas die Schuld an der ärztlichen Fehlbehandlung und forderte DM 2000,- als Ersatz eines Teils der Schadenssumme, die dem Polizeibeamten gezahlt worden ist.

Das Oberlandesgericht in Schleswig hatte der Forderung entsprochen, doch der Bundesgerichtshof in Karlsruhe hob in endgültiger Entscheidung die Verurteilung des Stuttgarter Buchverlages auf. In der Begründung wird dazu von den Bundesrichtern gesagt, nach den Vereinbarungen zwischen dem Hochschulverband und dem Börsenverein Deutscher Verleger

und Buchhändler sei bei wissenschaftlichen Werken der Verfasser verpflichtet, die Korrektur zu lesen. Er sei dazu wegen seiner überlegenen Sachkenntnis besonders geeignet, jedenfalls noch besser als ein über allgemeinwissenschaftliche Kenntnisse verfügender Verlagskorrektor.

Die Bundesrichter geben zu, daß ein Verfasser bei der Korrektur seines eigenen, ihm vertrauten Textes über Druckfehler hinweglesen könne. Doch sei diese Gefahr allgemein bekannt, so daß von dem Autor die Hinzuziehung einer Hilfsperson verlangt oder zumindest erwartet werden könne. Die Verantwortung für die Richtigkeit des Textes treffe also den Verfasser, der rechtlich hinsichtlich der Korrekturtätigkeit nicht als Verrichtungsgehilfe des Verlegers betrachtet werden könne.

Die Bundesrichter drücken in ihrem Urteil ihre Verwunderung darüber aus, daß in dem vorliegenden Fall der Assistenzarzt nicht das falschgesetzte Komma gemerkt habe, denn „intravenöse Infusion von Kochsalzlösungen sei kein für einen Mediziner ungewöhnlicher Eingriff. Jedem Arzt sei die Unverträglichkeit einer so hohen Mischung von 25 Prozent für den menschlichen Körper geläufig“ (Aktenzeichen: VI ZR 223/68).

Kongresse

Symposium „Pharmako-Psychiatrie“ am 12./13. Oktober 1970 in München

Unter der Schirmherrschaft des Generalkonsuls von Frankreich, Monsieur Le Comte de BARTILLAT, findet unter der Leitung von Professor Dr. W. L e i b b r a n d am 12./13. Oktober 1970 ein Symposium „Pharmako-Psychiatrie“ in den Räumen der Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, München 22, Pfarrstraße 3, statt. Beginn: 9.00 Uhr. Gleichzeitig Neugründung einer Deutschen Sektion der Pariser Société Moreau de Tours in Gemeinschaft mit Gelehrten des Schweizer Centre de Recherches pour les Lipides und Vertretern der Max-Planck-Gesellschaft für Psychiatrie.

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 Kampfe · Hamburg 52

10. Bayerische Internistentagung

vom 20. bis 22. November 1970 in München

Die Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. findet vom 20. bis 22. 11. 1970 in München unter Mitwirkung der I. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar, Direktor: Professor Dr. H. Blömer, der II. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar, Direktor: Professor Dr. H. Ley, der II. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching, Chefarzt: Dr. A. Schrader, und der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Direktor: Professor Dr. med. C. Korth, statt.

Tagungsort:

Kleine Kongreßhalle des Ausstellungsparkes, München 12, Theresienhöhe 13

Freitag, 20. November 1970

19.15 Uhr:

Mitgliederversammlung im Konferenzraum der kleinen Kongreßhalle des Ausstellungsparkes

Samstag, 21. November 1970

Vorsitz: Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel, Leiter des Instituts der Friedrich-Baur-Stiftung

Thema: „Neurologie in der Inneren Medizin“

9.00 – 9.20 Uhr:

Eröffnung der Tagung durch den 1. Vorsitzenden der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, Dr. R. Schindbeck

9.20 – 9.45 Uhr:

Prof. Dr. A. Schrader

„**Differentialdiagnose der Hirndrucksymptome**“

9.45 – 9.55 Uhr:

Dr. med. F. Láhoda

„**Die Möglichkeiten der Ultraschalldiagnostik und Szintigraphie am Schädel**“

9.55 – 10.15 Uhr:

Prof. Dr. H. Blömer

„**Zerebrale Komplikationen bei Herzerkrankungen**“

10.15 – 10.35 Uhr:

Prof. Dr. F. Erbslöh

„**Akute Neurologie unter besonderer Berücksichtigung des Schlaganfalles**“

10.35 – 10.45 Uhr:

Diskussion

11.15 – 11.35 Uhr:

Prof. Dr. A. Struppler

„**Das Elektromyogramm bei der Differentialdiagnose peripherer Nerven- und Muskelerkrankungen**“

11.35 – 11.55 Uhr:

Dr. med. K. Kohlmeier

„**Das endemische Auftreten der virusbedingten Meningitis, Enzephalomyelitis und Polyneuritis**“

11.55 – 12.15 Uhr:

Prof. Dr. J. Kugler

„**Interne Erkrankungen als Ursache von Psychosen**“

12.15 – 12.25 Uhr:

Diskussion

Mittagspause

Vorsitz: Professor Dr. H. Ley, Direktor der II. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

Thema: „Nebenwirkungen bei der Therapie mit Medikamenten“

15.00 – 15.25 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. J. Rastetter

„**Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Behandlung mit Zytostatika**“

15.25 – 15.55 Uhr:

Prof. Dr. H. Ley

„**Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Therapie mit Hormonen**“

15.55 – 16.20 Uhr:

Prof. Dr. F. Scheiffarth

„**Immunsuppressive Therapie und ihre Nebenwirkungen**“

16.20 – 16.45 Uhr:

Prof. Dr. W. Siegenthaler

„**Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Behandlung mit Antibiota**“

17.10 – 17.35 Uhr:

Prof. Dr. W. Pribilla

„**Unerwünschte Nebenwirkungen bei medikamentöser Therapie auf die blutbildenden Organe**“

17.35 – 18.00 Uhr:

Rund-Tischgespräch über das Thema „Unerwünschte Nebenwirkungen bei der medikamentösen Therapie“ und Beantwortung von Fragen

Teilnehmer: B. Frosch, H. Ley, W. Pribilla, J. Rastetter, F. Scheiffarth, W. Siegenthaler

Sonntag, 22. November 1970

Vorsitz: Prof. Dr. C. Korth, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

8.45 – 9.05 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. A. Köhler

„**Die Beurteilung und Behandlung der Tachykardie in der ärztlichen Praxis**“

9.05 – 9.25 Uhr:

Dr. med. E. Lang

„**Das Für und Wider in der medikamentösen Behandlung des hohen Blutdruckes**“

9.25 – 9.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Schwarzbach

„**Ist die Kochsalzbeschränkung bei Herzinsuffizienz überholt?**“

9.45 – 9.55 Uhr:

Diskussion

10.25 – 10.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Hilmer

„**Die Adipositas als Problem der Sprechstunde**“



KORROSIONSSCHUTZ

für die Gefäße Ihres älteren Patienten

ROVIGON[®]

*hilft die Leistungsfähigkeit
des alternden Menschen zu bewahren
und die Prozesse des Alterns
zu verlangsamen und zu harmonisieren*

ROVIGON (VITAMINE A+E)

20, 50 und 100 Dragees

Hoffmann-La Roche AG · 7887 Grenzach



10.45 – 11.05 Uhr:

Prof. Dr. J. S c h m i d t

„Was der Internist von der Sportmedizin wissen sollte“

11.05 – 11.15 Uhr:

Diskussion

11.15 – 11.25 Uhr:

Dr. med. M. M e y t h a l e r

„Besonderheiten der Herzinsuffizienz im Röntgenbild“

11.25 – 11.40 Uhr:

Dr. med. E. H a u p t

„Alkohol und Fettleber“

11.40 – 11.50 Uhr:

Diskussion

Der Tagung ist eine Ausstellung pharmazeutischer Präparate und medizinisch-technischer Geräte in Halle 3 des Ausstellungsparkes angeschlossen.

Auskunft und Anmeldung: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin, 8036 Herrsching, Summerstraße 3, Telefon (0 81 52) 2 00

Symposium für Epidemiologie und epidemiologische Methodik

am 25./26. November 1970 in München

Die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin veranstaltet im Rahmen des I. Sozialmedizinischen Kurses (2. bis 27. 11. 1970) am 25./26. 11. 1970 erstmals ein Symposium für Epidemiologie und epidemiologische Methodik.

Das Symposium soll vorwiegend Mitarbeitern an Kliniken und Instituten, aber auch niedergelassenen Ärzten, die sich mit epidemiologischen Fragestellungen beschäftigen wollen, eine Einführung in die Methoden und Probleme der epidemiologischen Forschung geben.

Mittwoch, 25. November 1970

Prof. Dr. H. S c h a e f e r, Heidelberg

„Definition epidemiologischer Grundbegriffe“

Priv.-Doz. Dr. Maria B l o h m k e, Heidelberg

„Planung epidemiologischer Studien“

Prof. Dr. Chr. v o n F e r b e r, Hannover

„Entwicklung und Standardisierung von Fragebogen für epidemiologische Untersuchungen“

Donnerstag, 26. November 1970

Prof. Dr. H.-J. L a n g e, München

„Einführung in die moderne epidemiologische Statistik“

Dipl.-Volkswirt B. K o s c h o r r e k, Heidelberg

„Standardisierung epidemiologischer Daten“

Das vollständige Programm wurde in Heft 9/1970 des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht.

Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Sekretariat, Telefon (08 11) 21 84/259 – 260

Klinische Fortbildung in Bayern

Kurseinteilung

1. INNERE KRANKHEITEN

16. bis 21. November 1970

Wörzburg, Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. K ü h n

2. KINDERKRANKHEITEN

19. bis 21. Oktober 1970

München, Schwabinger Kinder-Krankenhaus

Kinderklinik und -Poliklinik der Technischen Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. H i l b e r

Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing

Chefarzt: Dr. P. S c h w e i e r

Kinderchirurgische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing

Chefarzt: Dr. H. S i n g e r

3. CHIRURGIE

12. bis 16. Oktober 1970

München, Chir. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Z e n k e r

19. bis 24. Oktober 1970

Erlangen, Chir. Klinik mit Poliklinik der

Univ. Erlangen-Nürnberg

Direktor: Prof. Dr. H e g e m e n n

26. bis 30. Oktober 1970

Wörzburg, Chir. Univ.-Klinik und -Poliklinik

Direktor: Prof. Dr. K e r n

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

voraussichtlich Herbst 1970

Wörzburg, Univ.-Frauenklinik und Hebammenschule

Direktor: Prof. Dr. S c h w a l m

5. PHONOKARDIOGRAPHIE (Anfängerkurs)

23./24. Oktober 1970

München, Stiftsklinik Augustinum

Chefarzt: Prof. Dr. M i c h e l

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon (08 11) 33 20 21, Apparat 34

Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin

am 10./11. November 1970 in München

Die Deutsche Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin veranstaltet am 10./11. November 1970 eine wissenschaftliche Arbeitstagung in München, Deutsches Museum.

Themen:

„Gesundheitliche Anforderungen an das fliegende Personal“

„Flugunfallverhütung“

„Fortschritte der Raumfahrtmedizin und -biologie“

„Probleme des Über- und Unterdrucks“

Auskunft: Dr. med. H. A. G e r l a c h, 8080 Fürstenfeldbruck, Kögelstraße 2



codicept[®]

für Ihren ungehorsamen Huster

● Zuverlässige Hustenblockade für 8-10 Stunden

● Protrahierte, gleichmäßige Codein-Abgabe aus programmierten Wirkstoffeinheiten

● Keine Müdigkeit, da ohne Antihistaminzusatz

codicept[®] Kapseln
1 Kapsel = 42,5 mg reines Codein
morgens und abends nur 1 Kapsel unzerkaut einnehmen. Packung mit 10 Retardkapseln

codicept[®] Retardsaft
Retardsaft (1 Eßlöffel = 15 ml) enthält 42,5 mg reines Codein (gebunden an Ionenaustauscher)

morgens und abends nehmen
Kleinkinder im Alter von 1-3 Jahren je 1/2 Teelöffel
Kinder im Alter von 3-6 Jahren je 1 Teelöffel
Kinder im Alter von 6-12 Jahren je 2 Teelöffel
Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren je 1 Eßlöffel
Flasche mit 90 ml Retardsaft

sanol

arznei-
mittel

Sanol-Arzneimittel
Dr. Schwarz GmbH
4019 Monheim/Rhld.

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin München

I. Sozialemedizinischer Kurs
2. bis 27. November 1970

Symposion für Epidemiologie und epidemiologische Methodik
25./26. November 1970

Wissenschaftliche Arbeitstagung „Büroarbeit“
am 4. Dezember 1970

C-Kurs für Arbeitsmedizin
1. bis 26. Februar 1971

Wissenschaftliche Arbeitstagung: „Nervliche und psychische Belastung am Arbeitsplatz“
18./19. März 1971

II. Sozialmedizinischer Kurs
19. April bis 14. Mai 1971

A-Kurs für Arbeitsmedizin
13. September bis 8. Oktober 1971

III. Sozialemedizinischer Kurs
8. November bis 3. Dezember 1971

88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 14. bis 17. April 1971 in München

Die 88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 14. bis 17. April 1971 in München, Theresienhöhe, statt.

Vier Leitthemen werden in Haupt- und Sondersitzungen (Vorträge, Forumssitzungen, Rundgespräche) abgehandelt.

1. **„Die Behandlung des Schwerverletzten“**
Dringlichkeitsfragen bei der Erstversorgung – Intensivbehandlung – Stumpfe Thorax- und Herztraumen – Basale Schädel-Hirn-Verletzungen – Verbrennungen
2. **„Tumoren“**
Tumorgenese – Chirurgie des Kolon- und Rektumkarzinoms – Hormonaktive Tumoren – Tumoren des Säuglings- und Kindesalters
3. **„Organersatz“**
Immunologische Grundlagen – Klinik der Organtransplantation – Autoplastischer Organersatz – Biotechnik und Chirurgie – Künstliche Organ- und Regelsysteme – Herzschrittmacher
4. **„Chirurgisch-eitrige Komplikationen“**
Chirurgisch-eitrige Komplikationen in der Abdominalchirurgie – Gefahren der Osteosynthese
„Experimentelle Chirurgie“
Lunge im Schock – Extra- und intrakorporale Organperfusion

Wissenschaftliche Ausstellung – Medizinische Lehrfilme – Dokumentation (Wissenschaftliche Filme in der Chirurgie)

Vortragsanmeldungen mit ganzseitiger Inhaltsangabe können bis spätestens **15. November 1970** beim Präsidenten der Gesellschaft, Professor Dr. med. A. G ü t t e m a n n, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, 5300 Bonn-Venusberg erfolgen.

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 Weiterbildungs-genehmigung anstreben, sind 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.

Veranstaltungen der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“

Mittwoch, 11. November 1970
Prien am Chiemsee

Thema:

„Die Fettleber“

Referenten: Prof. Dr. H. W. K o e p p e, München, und Prof. Dr. W. H i r s c h, Traunstein

Mittwoch, 2. Dezember 1970
Prien am Chiemsee

Thema:

„Neue Wege zur Verringerung der Rückfallgefahr bei psychischen Störungen“

Referent: Prof. Dr. H a a s e, Düsseldorf

A u s k u n f t: Dr. med. H. M a t u s c z y k, 8210 Prien am Chiemsee, Kneippkurhotel „Kronprinz“, Telefon (0 80 51) 4 82

Buchbesprechungen

Prof. Letterer: „**Allgemeine morphologische Immunologie**“. Leitfaden für Studenten und Ärzte als Einführung in die Morphologie. 122 S., 80 Abb., lam. kart. DM 36,—. Verlag F. K. Schattauer, Stuttgart.

Erich Letterer, einer der bekanntesten deutschen Pathologen, der nach seiner Emeritierung Leiter des Departments für Experimentelle Pathologie und Immunologie der Universität Navarra in Pamplona (Spanien) wurde, hat mit dieser Monographie einen Leitfaden der modernen allgemeinen Immunologie geschaffen. Es geht dabei nicht um eine Darstellung der Immunologie in ihrer vielfältigen Gesamtheit, sondern vielmehr um die Schilderung der Morphologie der Immunvorgänge und ihrer Folgen, sowie ihrer Bedeutung für den Organismus.

In kurzer, aber dennoch nicht zu knapper Darstellung, wird der Leser zunächst mit den Grundelementen des Immunitätsgeschehens vertraut gemacht, soweit diese morphologisch faßbar sind. Die morphologischen Aspekte der Antigenresorption und der ersten Antikörperbildung, d. h. die Aufnahme eines Antigens durch Phagozytose und die dadurch bedingten sichtbaren Zellveränderungen, werden, entsprechend ihrer Bedeutung für den Immunablauf, eingehend gewürdigt. Im Abschnitt über die Morphologie der Antikörperbildung werden in zahlreichen histologischen Abbildungen der Milz, der Lymphknoten und anderer Organe des RES die Veränderungen dargestellt, die als Folge eines Immunvorganges in diesen Organen sichtbar gemacht werden können. Der umfangreichste Abschnitt des Buches befaßt sich naturgemäß mit der Morphologie der Antigen-Antikörperreaktionen, wobei die zellulären Geschehnisse im Vordergrund stehen. Die Morphologie immunopathologischer Vorgänge findet in ihrer ganzen Vielfalt ebenso Erwähnung, wie ein kurzer Abriss über den Gesamtorganismus als Basis einer Antigen-Antikörperreaktion. Die Ausstattung des Büchleins und die Qualität der zahlreichen lichtmikroskopischen und elektronenoptischen (leider nur schwarz-weiß) Abbildungen ist ausgezeichnet. Man kann es vor allem

als eine Einführung in die immunologischen Abläufe denen empfehlen, die sich rasch über den modernen Stand dieses so wichtigen medizinischen Teilgebietes informieren wollen.

Dr. D. Adam, München

Dr. P. Neumann-Mangoldt: „**Der Arztbrief**“. 196 S., kart. DM 9,60. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Fibeln lenken ihre Aussagen auf Elementares. Der Sinn des Briefes als Form der Kommunikation von Allgemein-, Fach- und Krankenhausarzt, die Gestaltung des Briefes hinsichtlich Stils, Wortkürzungen, Formen der Anrede, Briefformats usw. werden in kurzweiliger Form dargestellt. „Anti“-Briefe sind den Ausführungen gegenübergestellt und lassen den Leser schmunzeln, aber: hat er wohl Gelegenheit, seine eigenen Werke nach Jahren noch einmal zu überlesen?

Historische Arztbriefe oder Jahrhunderte als erbauliches literarisches Rankenwerk sowie „ideale“ aktuelle Briefe, wie sie in verschiedenen ärztlichen Fachgebieten verfaßt werden könnten, runden das vorliegende Büchlein ab, das nebenbei seine Entstehung auf die Auswertung von Fragebögen, die Ordinarien, Klinikdirektoren und Fachärzten vorgelegt wurden, stützt. Die Persönlichkeit des einzelnen Briefschreibers soll nicht manipuliert werden; ein „Musterbriefe-Buch für passende Krankheiten“ soll nach des Autors Worten nicht vorgelegt werden. Daß dieses den Kern trifft, wird dem Leser schnell offenkundig. — Fazit: eine Fibel in Taschenbuchformat für den Urlaub. Dr. H.-W. Besirsky, München

Regierungsamtmann Wolfgang Radou: „**Betriebswirtschaftliche und steuerliche Besonderheiten der Ärzte**“. 5. Aufl. 1969, 24 S., DM 7,—, Rudolf Haufe Verlag, Freiburg.

Die Broschüre, die bereits in 5. Auflage vorliegt, gibt zunächst einen kurzen Überblick über die Praxisformen und Gebührenordnungen. Es folgt eine Übersicht der für Ärzte in Frage kommenden Buchführungs- und Aufzeichnungspflichten, wobei u. e. die zweckmäßige Gestaltung einer Einnahme-Ausgabe-Rechnung beispielhaft dargestellt wird. Den größten Teil der Darstellung nehmen netürlich die Steuerfragen ein. Unter Auswertung der gesamten einschlägigen Rechtsprechung wird die selbst-

ständige und unselbständige Tätigkeit voneinander abgegrenzt. Bei der Umsatzsteuer werden die steuerpflichtigen und steuerfreien Umsätze, die Apparategemeinschaft usw. dargestellt. Bei der Einkommensteuer u. a. die Fragen, die sich aus der Mitarbeit des Ehegatten, den Nebeneinkünften, Fortbildungs- und Reisekosten, Praxisveräußerung ergeben.

Prof. Dr. A. Heymer / Priv.-Doz. Dr. D. Ricken: „**Organtransplantation**“ Immunologie und Klinik (Symposion der Deutschen Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung). 409 S., 151 Abb., 94 Tab., lam. kart., DM 72,—. Verlag F. K. Schattauer, Stuttgart.

Das von Prof. Dr. A. Heymer (Medizinische Univ. Klinik Bonn) und seinem Oberarzt Priv.-Doz. Dr. D. Ricken arrangierte und geleitete Symposion befaßt sich mit den Fragen der Organtransplantation in fünf Themenkreisen: Transplantationsantigene — Histokompatibilität — Transplantatverwertung — Immunsuppression — Organkonservierung — Klinische Fragen der Organtransplantation. Einleitend betont Heymer, daß Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Empfängerorganismus die Voraussetzung für eine Organverpflanzung sind. Vorerst kommen sowieso nur Personen bis zu 55 Jahren als Empfänger gesunder Ersatzorgane in Betracht. Auf die 48 Vorträge kann hier nicht im einzelnen eingegangen werden. Sie beweisen augenfällig, daß das Transplantationsproblem ein Ausmaß angenommen hat, dem der einzelne mit seinen Kenntnissen und seiner Arbeitskraft kaum mehr gewachsen ist. Der Aufgabenbereich spannt sich von der molekularen Genetik bis zur unterkühlten Niere im Überdruckkühlschrank. Eins wurde bei dieser Teigung klar: Das Arbeitsfeld der Immunitätsforschung hat sich von den Geweben und Organen auf die Zellen (Monozyten, Lymphozyten) verschoben. Man wird in absehbarer Zukunft zu noch kleineren Dimensionen weiterschreiten müssen.

Trotz hervorragender chirurgischer Technik sind die Erfolge der Transplantationen noch unbefriedigend; das liegt zum größten Teil an den immunologischen Abwehrreaktionen des Empfängers. So wird die Immunologie für die weitere Forschung einen Schwerpunkt darstellen müssen. Dr. K. Pollak, München

Prof. Dr. K. Kolle: „Einführung in die Psychiatrie“. 93 S., kart., DM 9,80. Verlag Georg Thieme, Stuttgart.

Das kleine Buch, 1960 erstmals aufgelegt, liegt jetzt als 5. deutschsprachige Auflage vor, nachdem auch bereits japanische und englische Auflagen erschienen sind. Es soll nach der Absicht des Verfassers „eine Art Vorspann“ zu seinem bekannten Lehrbuch sein. Auf nicht ganz 100 Seiten wird ein Überblick über Aufgaben, Methoden, Problemstellungen des Faches gegeben. Die geschichtlichen Zusammenhänge werden sorgfältig verfolgt. Eine kritische Haltung wird gegenüber bestimmten Lehren, wie Psychosomatik, Psychoanalyse, die Körperbeulehre Kretschmers, die Rolle der Psychologie in der Psychiatrie, nahegelegt. Die Einführung steht wie das Lehrbuch auf dem Boden der klassischen europäischen Psychiatrie. Der besondere Wert des Buches liegt darin, daß durch seine Lektüre in kurzer Zeit ein Grundwissen zu gewinnen ist, das durch weiteres Studium und Erfahrung vertieft werden kann. Es besteht nicht die Gefahr, vor der Fülle der Details den Überblick über die Probleme eines Faches zu verlieren, das sich in manchem von anderen klinischen Disziplinen unterscheidet. Die Einführung kann auch dem schon Approbierten zu einem noch besseren Verständnis der Psychiatrie und ihrer heutigen Stellung in der Allgemeinmedizin verhelfen. Vor allem wird das Kapitel „Einteilung der psychiatrischen Krankheiten und Abnormitäten“, mit einer Diagnosetabelle, die Einordnung der psychiatrischen Krankheitsbilder in der Praxis erleichtern. Dem Buch ist daher eine weitere Verbreitung unter der Ärzteschaft zu wünschen.

Dr. Reinherdt, Erlangen

Priv.-Doz. Dr. Ottenjann: „Fortschritte der Endoskopie“. 247 S., 124 Abb., davon 50 mehrfarbig, 23 Tab., lam. kart. DM 92,—. Verlag F. K. Schattauer, Stuttgart.

Der vorliegende Band 1 enthält die Vorträge, die auf dem 2. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie e. V. vom 23. bis 25. 2. 1968 in Erlangen unter dem Vorsitz von Demling gehalten wurden. Das auch drucktechnisch, besonders bezüglich der Abbildungen, ausgezeichnete Buch gibt einen repräsentativen Querschnitt durch die meisten Zweige

der Endoskopie und ihren derzeitigen Stand. 45 Experten ihres endoskopischen Teilgebietes berichten über allgemeine methodische Probleme sowie die Fortschritte und eigene Erfahrung auf dem Gebiet der Endoskopie des Larynx, der Trachea und Bronchien, des Thorax, der Kieferhöhlen, des Ösophagus und Magens, des Kolon und der Bauchhöhle (Laparoskopie) sowie der gynäkologischen und der urologischen Endoskopie. Das Buch ist für jeden endoskopisch tätigen Arzt überaus wertvoll und anregend.

Dr. Dr. R. Fischer, Bad Kissingen

Prof. Dr. Holzmenn: „Herzrhythmusstörungen“. Neue experimentelle, klinische und therapeutische Gesichtspunkte. 319 S., 208 Abb., 45 Tab., lam. kart., DM 39,—. Verlag F. K. Schattauer, Stuttgart.

Auf einem internationalen Symposium in Wien (März 1968) haben Physiologen, Pharmakologen und Kardiologen neuere, sowohl experimentelle als auch klinische und therapeutische Gesichtspunkte der Herzrhythmusstörungen diskutiert. Der vorliegende Band, mit Geleitwort von Professor Holzmann versehen, enthält insgesamt 29 Referate mit zahlreichen Diskussionsbeiträgen und eigenen Literaturhinweisen. Wegen der großen Zahl der Abhandlungen kann hier nur ein Überblick gegeben werden.

Neben interessanten experimentellen Arbeiten, die dem Verständnis für Rhythusbildung und Rhythmusstörung dienen (Misfin, Antoni) steht kardiologisch biochemische Grundlagenforschung und der Einfluß rhythmisierender Substanzen auf den Myokardstoffwechsel (Kovach, Helwing). Ausführlich werden pharmakologische Eigenschaften verschiedener antiarrhythmischer Substanzen, ihre Anwendungsweisen und ihre spezielle Indikation herausgearbeitet (Petter, v. Phillipsborn, Weidner, v. Luterotti). Neben Chinidin, Procainamid, Digitalis und β -Rezeptorenblockern (Bender) wurden das Rauwolfialkaloid Ajmalin und sein Derivat N-Propyl-Ajmalin-bitartrat (GT 1012) (Kottysch) das Antihistaminikum Antazolol (Herbst) und ihre Kombination mit Spartein als Pulsnorma (Pillen) in Einzelreferaten behandelt. Neben den Grundlegenden der Elektrotherapie (Dittmer) wies Rosenkranz auf die Bedeutung und die Art der medika-

mentösen Vor- und Nachbehandlung hin. Weitere Themen waren Herzrhythmusstörungen und ihre Behandlung bei Herzinfarkt (Schneider), im Kindesalter (Keck), bei Nierenerkrankungen (Lowitz) und im postoperativen Stadium (Lunkenheimer).

Um das weit gesteckte Thema abzurunden, wurde noch auf die Möglichkeiten der Behandlung der Perasytolie eingegangen, die nach Schrittmacherimplantation immer wieder auftritt (Avenhaus), sowie auf interessante therapeutische und diagnostische Anwendung von Ajmalin in Form des Ajmalintests beim WPW-Syndrom (Homola).

Alles in allem eine gelungene Ausgabe eines Buches, das sowohl einen Querschnitt als auch viele wesentliche Einzelheiten zu dem immer bedeutender werdenden Problem der Herzrhythmusstörungen bringt. Für Kollegen, die sich mit klinischer Kardiologie beschäftigen, ist es mit Sicherheit von großem Nutzen.

Dr. R. Haasis, Erlangen

Dr. F. Geiger: „Die Führung einer Allgemeinpraxis“. 148 S., kart. DM 14,50. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Die Reform der Aus-, Fort- und Weiterbildung einer an neue medizinische, soziale und administrative Bedingungen gebundene Ärztesgeneration veranlaßt den Verfasser, unter diesen Gesichtspunkten die Situation des „Arztes für Allgemeinmedizin“ darzustellen. Ethische, philosophische, psychologische und soziale Aspekte sind zu Gedenkenpassagen zusammengefaßt, wie sie dem Anfänger oder dem schon fänger selbständig Tätigem flüchtig durch den Sinn gegangen sein mögen, um dann bald in der Tages Routine zu versanden. — Interessant, wenn auch hinsichtlich der Thematik etwas unglücklich, die Schilderung allgemeinärztlicher Tätigkeit im Felde der Therapie im Hinblick auf Persönlichkeit des Therapeuten und sein Verhältnis zur monetären Wirkung. — Dem Schlagwort „Rationalisierung“ werden allgemeine Hinweise gewidmet, sachliche Impulse konkreter Art bleiben dem eventuell suchenden Leser vorenthalten.

Ein Literaturverzeichnis zur Vertiefung der philosophischen und anderen genannten Probleme ist beigegeben. Dr. H.-W. Besirsky, München

Prof. Dr. Kurt Kolle: „Große Nervenärzte“. Band 1., 2. Aufl., 309 S., 21 Porträts, 8 Falltafeln, Genzleinen, DM 39,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1970.

Der seit langem vergriffene erste Band des dreibändigen Werkes liegt endlich in einer neuen Auflage vor. Der Anhang „Die Lehr- und Forschungsstätten für Psychiatrie, Neurologie, Neurochirurgie und Neuropathologie im deutschen Sprachgebiet“ wurde auf den neuesten Stand gebracht. Neu hinzugekommen ist die vom Verfasser früher enderenorts veröffentlichte Arbeit „Genealogie der Nervenärzte des deutschen Sprachgebietes“. Das Werk von Kolle ist nicht nur für den Medizinhistoriker ein unersetzliches Quellenwerk, sondern eine „Werbeschrift“ für die Psychiatrie, die noch immer nicht im Studiengang die gebührende Stellung gefunden hat. Darum sollte dieses Werk zur Pflichtlektüre der Medizinstudierenden und der Medizinalassistenten gehören. Vielleicht kann es den einen oder anderen jungen Kollegen veranlassen, sich dem Beruf des Psychiaters zuzuwenden.

Dr. K. Pollak, München

...ohne Rücksicht auf Verluste. Stationen. Die bittere Arznei der Zeit. Erster Teil von Achim Anderer. Pbk, 244 S., DM 12,—. Verlag Karl Knödler, Reutlingen, 1970.

Der Verfasser ist heute Nervenarzt; er schreibt zu seinem Buche: „Die Personen sind frei erfunden. Darum ist dies Buch ein wahres Buch. Als Werbeschrift für das Medizinstudium ist es nicht gedacht.“ Gewiß, das Buch ist keine Propagandaschrift für das Medizinstudium, aber es handelt vom ärztlichen Beruf, von Ärzten und solchen, die es werden wollen und es spielt in einer schweren Zeit, als es nicht leicht war, Arzt zu sein oder es gar werden zu wollen. Derum ist es wertvoll für uns, das Buch zu lesen. Der junge stud. phil. Steinkamp, Gefreiter bei den Gebirgsjägern, macht seine erste Bekenntenschaft mit dem ärztlichen Beruf, als er an Ruhr erkrankt, von der vordersten Kaukasusfront für einige Wochen zur Erholung zurück ins Truppenrevier geschickt wird. Sein Freund Reginald, der wegen politischer Unzuverlässigkeit nicht weiter studieren durfte, leitet als Sanitätsunteroffizier das Revier. Steinkamp darf diesem bei der Versorgung der Verwundeten und

Kranken der Truppe sowie der Zivilbevölkerung assistieren. „Da geschah etwas. Steinkamp beneidete den Mediziner, daß er so etwas tun konnte. Er half Kranken. Ganz gleich, wer es war — Kameraden oder Russen.“ So kam er vom Tötenmüssen des Krieges zum Helfendürfen des ärztlichen Berufes. Der Weg, bis es ihm gelingt, Studienurlaub zu bekommen, ist ein weiter. Zunächst zieht es ihn — wie es allen ergangen ist — wieder zu seinem Haufen zurück, aber zur nicht ausgeheilten Ruhr kommt eine Verwundung und damit der Transport in die Heimat. Hier wird er dann für sechs Monate g. v. H. geschrieben und zum Medizinstudium nach München beurlaubt. Dort erlebt er sein erstes medizinisches Semester, am Rande die Tregödie der Weißen Rose und das Treiben in einer Kameradschaft, das sich auf dem Hause eines ehemaligen Corps abspielt. Er erlebt dabei die Wahrheit der Worte des Dichters Bergengruen, daß das Medizinstudium die innere Emigration des deutschen Studententums ist. Das letzte Kapitel ist einem Sanitätslehrgang, den auch die Medizinstudenten mitmachen müssen, gewidmet. Dabei wird ganz besonders der kameradschaftliche Geist und das Verbindende unseres ärztlichen Berufes geschildert und am Schlusse eine nette Synthese zwischen den beiden Berufen: Arzt und Priester dargestellt, die ja beide einer Wurzel entsprungen sind. Der Schreibstube gefreite Pater Ambrosius sammelt Engel und gibt Steinkamp manche wertvolle Hilfe, daß er bei der Studentenkompanie weiter bleiben kann. Er hat sich mit den Medizinstudenten angefreundet und kommt mit ihnen zu geistvollen Gesprächen zusammen: „Über Engel kann man immer sprechen“, sagte Pater Ambrosius. „Engel kann man nicht verbieten. An Engel zu glauben, ist Privatsache. Wir dürfen keine Engel sein... Aber wir sollten versuchen, Gottes Willen zu tun wie sie... an den anderen... ihnen beizustehen in der Stunde der Not, tregren helfen, was ihnen zu schwer wird...“ Das Buch Achim Anderers ist ein ungewöhnliches Buch, es ist realistisch geschrieben und trifft in seinem Tone genau das Milieu jener Zeit, die darin auftretenden Personen sind lebensnah und wahr geschildert. Es gibt wenig Bücher über unseren ärztlichen Beruf aus jener schrecklichen Zeit des Krieges, die Erfolgsbücher wurden; das

Buch Achim Anderers würde es verdienen, ein solches zu werden. Dem für Ende 1970 in gleicher Ausführung angekündigten zweiten Teil, der den Titel „Studentenkompanie“ tregren wird, kann man nur mit Interesse entgegensehen. Übrigens hat der Autor auf dem diesjährigen Kongreß der UMEM Szenen aus seinen beiden Büchern unter großem Beifall der Ärzte aus aller Welt vorgetragen.

Dr. R. Paschke, Emskirchen

Mitteilungen

Ausschreibung der Stiftung „Hufeland-Preis“

Für die beste Arbeit über „Vorbeugende Gesundheitspflege“ ist bis auf weiteres jährlich ein Preis von DM 10 000,— ausgesetzt worden.

Der Hufeland-Preis kann auch zwei Autoren, deren Arbeit als gleichwertig anerkannt worden sind, je zur Hälfte zugesprochen werden.

Die Vergebung des Preises erfolgt in Form einer Ausschreibung. Zwecks Durchführung dieser Ausschreibung ist ein Kuratorium gebildet worden.

Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Preisrichterkollegium, dessen Mitglieder von dem Kuratorium bestellt werden. Die Verleihung des Preises nimmt das Kuratorium auf Vorschlag des Preisrichterkollegiums vor.

Die Durchführung der Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ erfolgt unter Aufsicht eines Notars.

Die Entscheidung des Kuratoriums ist unanfechtbar.

Für alle im Zusammenhang mit dieser Ausschreibung entstehenden Streitfragen wird der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen.

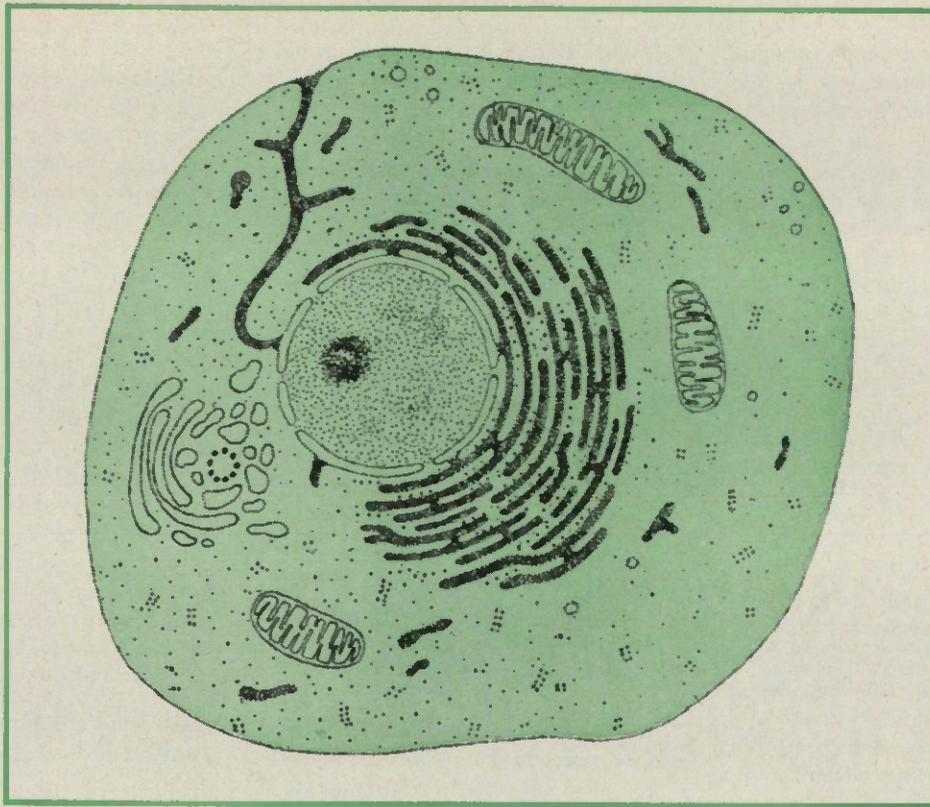
Das Kuratorium fordert hiermit öffentlich zur Teilnahme an der Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ 1971 auf.

Der Preis wird durch die Concordia Lebensversicherungs - Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung —, Köln, zur Verfügung gestellt. Zur Teilnahme sind berechtigt: Deutsche Ärzte und Zahnärzte.

I.

Die Arbeit muß zum Inhalt haben ein Thema auf dem Gebiet der

a) Gesundheitsvorsorge oder



Schematische Darstellung einer Zelle mit Organellen

Die Zelle ist Schauplatz der elementaren Prozesse des Stoffwechsels und damit der Enzymaktivität.

Verminderte Nahrungsaufnahme und erhöhter Vitaminverbrauch führen zum latenten Vitaminmangel.

Latente Vitaminmangelzustände verursachen eine biochemische Läsion der Zelle.

Das Enzymdefizit in der Rekonvaleszenz nach erschöpfenden Krankheiten ist ein wesentlicher Faktor bei der Verzögerung der völligen Gesundung.

Wichtige Bausteine wesentlicher Fermente sind die B-Vitamine. Darum sollte der Bedarf des Genesenden an den Vitaminen des B-Komplexes durch Zufuhr größerer Mengen gedeckt werden, als dies durch die Nahrung allein möglich ist.

BVK (ROCHE) LIEFERT 7 IM FERMENTAUFBAU FÜHRENDE FAKTOREN

BVK (ROCHE)[®]

HILFT IHREM GENESENDEN AUF DEM WEGE ZUR GESUNDUNG

7 WICHTIGE B-VITAMINE

Ampullen, Dragees und forte Dragees, Tropfenlösung und Sirup



HOFFMANN-LA ROCHE AG · 7887 GRENZACH

- b) der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Volksgesundheit von Bedeutung sind, oder
- c) der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krankheitsbilder oder Schäden, die die Lebenserwartung der Allgemeinheit beeinträchtigen oder Berufsunfähigkeit zur Folge haben können.

Unter den genannten Themenkreis fallen auch Arbeiten, die Maßnahmen zur Wiederherstellung von Frühgeschädigten oder sozialhygienische oder psychohygienische Fragen behandeln.

II.

Die Darstellung muß durch Schrift oder Film in allgemeinverständlicher Form erfolgen.

Wissenschaftlichen Gepflogenheiten entsprechend, soll jede Arbeit möglichst eine Zusammenfassung der wichtigsten Tatsachen sowie des Ergebnisses und ein Quellenverzeichnis enthalten.

III.

Voraussetzung ist ferner, daß die Arbeit auf eigenen ärztlichen Erkenntnissen beruht, die von dem Preisrichterkollegium als wesentlich und wissenschaftlich vertretbar angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter medizinischer Tatsachen erfüllt diese Voraussetzung nicht, es sei denn, daß sie in einem bestimmten neu erarbeiteten Zusammenhang gesetzt und dadurch neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden.

Die Arbeit darf noch nicht veröffentlicht worden sein und bis zur Verleihung des Preises nicht veröffentlicht werden.

Das Kuratorium kann auf Antrag die Veröffentlichung einer Arbeit vor der Verleihung des Preises gestatten, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

Jede Arbeit darf nur einmal eingereicht werden. Sie darf auch nicht zu anderen medizinischen Preisausschreibungen eingereicht worden sein oder bis zur Verleihung des Hufeland-Preises des betreffenden Jahrgangs eingereicht werden.

Das Kuratorium kann auf Antrag gestatten, daß von diesen Bestimmungen abgewichen wird.

Nach dem 31. Mai 1971 abgesandte Arbeiten können nicht berücksichtigt werden. Es gilt das Datum des Poststempels.

Das Kuratorium kann Personen, die allgemein oder beruflich straffällig geworden sind oder gegen die ein Strafverfahren schwebt, von der Teilnahme ausschließen.

Sofern gegen die Person des Verfassers aufgrund der Gesetze Bedenken nicht zu erheben sind, wird der Preis von DM 10 000,— dem Einsender der besten Arbeit zugesprochen, die die Voraussetzungen unter I. bis III. erfüllt.

Entspricht keine der eingereichten Arbeiten den genannten Voraussetzungen, so kann von einer Verleihung des Preises abgesehen werden.

Mit der Einreichung der Arbeit unterwirft sich der Teilnehmer den Bedingungen dieses Preisausschreibens und gibt für den Fall, daß seine Arbeit preisgekrönt wird, seine Zustimmung, daß die Festlegung von Form und Ort der Erstveröffentlichung im Einvernehmen mit dem Kuratorium der Stiftung erfolgt. Das Kuratorium behält sich das Recht vor, Form und Ort der Erstveröffentlichung zu bestimmen.

Die Arbeit ist bis zum **31. Mai 1971** an folgende Anschrift zu senden: „Hufeland-Preis“, Notariat, 5000 Köln, Norbertstraße 21.

Die Arbeit selbst ist mit einem vom Verfasser gewählten Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. Auf einem besonderen Bogen sind anzugeben: Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, Tag der Approbation, Alter, genaue berufliche Stellung und Tätigkeit des oder der Verfasser sowie das Kennwort der Arbeit. Die Arbeit ist in doppelter Ausfertigung einzureichen.

Der Einsender einer Arbeit verpflichtet sich, für den Fall, daß seine Arbeit mit dem „Hufeland-Preis“ ausgezeichnet wird, ein Exemplar der Stiftung für ihr Archiv zu überlassen, ohne daß seine Urheberrechte dadurch beeinträchtigt werden.

Grußkarten aus Himalaya und Karakorum

Als Leiter der Jörg-Lehne-Gedächtnis-Expedition, deren Ziel der 8047 m hohe Broad Peak mit seinem noch unbestiegenen Mittelgipfel (8016 m) ist, will ich nun meine bereits 1954 von mir begonnenen wissenschaftlichen und bergsteigerischen Arbeiten in diesem Gebiet fortsetzen. Die Finanzierung der Expedition ist äußerst schwierig und es soll daher auch diesmal wieder eine **Grußkarten-Aktion** durchgeführt werden, auf die ich alle meine Kollegen höflichst aufmerksam machen möchte.

Bei dieser Gelegenheit soll gleichzeitig auf unsere Groß-Expedition im Olympiajahr 1972 zum Mount Everest hingewiesen werden. Auch für dieses Unternehmen stehen Grußkarten (eine Everest-Ansicht in Farbe) zur Verfügung.

mehrgleisige

ferment-therapie

Physiologische Therapie und Substitution

eupeptum

Oberbauchstörungen
Meteorismus
Dyskinesien

O. P. 24 Dragées
O. P. 100 Dragées
außerdem Anestaltpackungen

IFAH GMBH HAMBURG 22



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

für offene
und stumpfe Traumen
Hämatome Prellungen
Distorsionen

Traumeel[®]-Salbe

zur Therapie posttraumatischer
und postoperativer
Weichteilschwellungen



-Heel

Biologische Heilmittel Heel GmbH Baden-Baden

**Manche sagen:
Es wird immer schwerer, Geld richtig anzulegen.**

**Stimmt.
Bevor Sie sich den Kopf zerbrechen, fragen Sie
lieber unseren Anlageberater.**

Ein Sandertip für Arbeitnehmer:

624 Mark vermögenswirksam auf dem Sparkassenbuch anlegen.



wenn's um Geld geht-

SPARKASSE

überall in Ihrer Nähe

1. Gegen Einsendung von DM 10,— erhalten die Einzehler demnach ein Originalfoto mit der Ansicht des Broad Peak (8047 m) per Luftpost zugesandt. Die Karte wird mit pakistanischen Sondermarken beklebt sein.
2. Gegen Einsendung von DM 15,— erhalten die Einzehler ein farbiges Originelfoto vom Mount Everest (8848 m) mit nepalesischen Sondermarken.

Die oben angegebenen Karten werden ein Grußwort und die Unterschriften sämtlicher Expeditionsteilnehmer mit dem Datum der Errichtung des Hauptlagers enthalten, außerdem noch mit dem Expeditionsstempel und dem Fingerabdruck des einheimischen schreibunkundigen Postläufers versehen sein.

Einzahlungen sind zu leisten auf folgende Konten: Postscheckkonto München Nr. 885, „Deutsche Himalaya-Expedition“, oder auf das Bankkonto: „Deutsches Institut für Auslandsforschung“ bei der Bayerischen Hypotheken- und Wechsel-Bank München, Nr. 4 052 820.

Dr. med. habil. K. M. Herrligkoffer

Vereinigte Kranken und Salus mit zufriedenstellendem Abschluß

Die Vereinigte Krankenversicherung AG, mit der unsere Ärztekammer bekanntlich einen Gruppenversicherungsvertrag unterhält, verzeichnete im Geschäftsjahr 1969 ein zufriedenstellendes Wachstum: Versichertenbestand und Beitragseinnahmen haben sich weiterhin positiv entwickelt. Hier die wichtigsten Daten (einschließ-

lich der eingegliederten Tochtergesellschaft „Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG“):

Die Versichertenzahl stieg im Berichtsjahr um 86 118 (1968: + 72 011) auf 1,78 Mio. Maßgeblichen Anteil an dieser Steigerung hatte erneut die selbständige Teilversicherung. Des Wachstum der Beiträge in Höhe von 12,3% (Branchendurchschnitt: + 10,3%) entsprechend in etwa dem der Vorjahre. Per 31. Dezember 1969 belief sich das Beitragsaufkommen auf DM 443,0 (394,5) Mio.

Bereits im fünften Jahr in ununterbrochener Reihenfolge sind die Schedenausgaben im Verhältnis zu den Beitragseinnahmen überproportional angewachsen, was sich in einer auf 74,7% erhöhten Schadenquote ausdrückt. Die nach den Richtlinien des PKV-Verbandes mit 85,6% ermittelte Leistungsquote (= Versicherungsleistungen + Beitragsrückerstattungen + Zuführung zu den technischen Rückstellungen in Prozent zu den Beiträgen) gehört damit weiterhin zu den höchsten in der Branche.

Der Verwaltungskostensatz beider Gesellschaften betrug im Vorjahr 5,76%: Er liegt damit nicht unwesentlich unter dem Durchschnitt der privaten Krankenversicherung.

Die Kapitalanlagen wurden im Berichtsjahr um DM 42,6 Mio. aufgestockt. Die Vermögenserträge stiegen — bei einer beachtlichen Durchschnittsverzinsung von 6,76% auf insgesamt DM 23,3 Mio.

Die Deckungsrückstellung erhöhte sich im Geschäftsjahr auf DM 166,5 Mio. An Beitragsrückerstattungen wurden über DM 16 Mio. ausgeschüttet.

Krebsvorsorgeuntersuchung auch in der Sozialhilfe

Den Krebserkrankungen in ihren mannigfaltigen Arten kann man nur wirksam begegnen, wenn man sie durch Vorsorgeuntersuchungen frühzeitig erkennt. Durch solche gezielte Vorsorgeuntersuchungen können, insbesondere bei bestimmten Arten von Erkrankungen, von denen vor allem Frauen betroffen werden, auch die Vorstadien einer Krebserkrankung mit hoher Sicherheit erkannt werden.

Nach § 36 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) können zur Früherkennung von Krankheiten Vorsorgeuntersuchungen gewährt werden. Auf diese gesetzliche Möglichkeit weist nunmehr das Bayerische Staatsministerium des Innern in einer eigenen Entschließung vom 29. Mai 1970 (MABl. S. 291) an die Sozialhilfeträger nochmals hin. Danach sollen die Sozialhilfeträger den Hilfeberechtigten auf Antrag Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere für die Früherkennung von Krebs, in jedem Fall ermöglichen, soweit die sonstigen gesetzlichen Voraussetzungen für eine Hilfestellung seitens der Sozialhilfe vorliegen. Dabei darf sich die Hilfe für Krebskranke nicht allein auf die medizinische Behandlung, die Versorgung mit Arzneimitteln, die sonstigen ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen und sonstige zur Genesung oder zur Linderung der Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen beschränken. Sie ist vielmehr auch um die gleichermaßen bedeutsamen Hilfen, die die Heilung und Milderung der Krankheit begleiten sollen, z. B. Hilfe zur Pflege (§§ 68, 69 BSHG) oder Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§§ 70, 71

ROWACHOL®

Cholagogum Choloretikum

**Tropfen
Kapseln
Suppos.
Comp.**

**Rationell
und gezielt
therapieren**

**Bei
Leber- und
Gallenleiden
Gallensteinen**

ROWA-WAGNER K.G. ARZNEIMITTELFABRIK 506 BENSBERG

BSHG) zu erweitern. Neben vorbeugender Hilfe soll auch nachgehende Hilfe gemäß § 6 BSHG gewährt werden.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern empfiehlt weiterhin wegen der besonderen Art der Krebserkrankung, deren Dauer und der mit ihr verbundenen finanziellen und seelischen Belastung der Angehörigen nicht die Allgemeine Einkommensgrenze, sondern – soweit sie nicht ohnehin einschlägig ist – die Besondere Einkommensgrenze (DM 600,- Grundbetrag + DM 110,- Familienzuschlag + Kosten der Unterkunft) anzuwenden. Eine Übernahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Sozialhilfe ist selbstverständlich nur möglich, soweit nicht ein entsprechender vorrangiger Anspruch gegen eine Krankenkasse besteht. —alpe—

Therapeutika

Cresnitin®

rezeptpflichtig

Zusammensetzung:

Cresnitin (L-Asparaginase) ist L-Asparagin-amidohydrolase aus *Escherichia coli*.

Indikationen:

Lymphoblastenleukämie (akute lymphatische Leukämie). Cresnitin hat auch zu Remissionen geführt bei Promyelozytenleukämie, Monozytenleukämie, Lymphosarkomatose, leukämische Retikulose, ekutem Schub einer chronisch myeloiden Leukämie.

Kontreindikation:

Grevidität. Vor Anwendung von Cresnitin: intrakutane Vortestung (Genaueres siehe Ärztesprospekt)

Anwendung:

Crasnitin wird langsam intravenös oder in einer Kurzinfusion (20–30 min)

mit physiologischer Natriumchloridlösung verabreicht.

Dosierung:

Im allgemeinen für Erwachsene und Kinder: 200 E. pro kg Körpergewicht pro Tag.

Behandlungsdauer:

Ein Ansprechen auf die Therapie mit Crasnitin ist im allgemeinen nicht vor Ablauf von 14 Tagen zu beurteilen. Bei Ansprechen beträgt die Behandlungsdauer mindestens 4 Wochen.

Es ist zu beachten, daß die tägliche Behandlung nicht für einen oder mehrere Tage unterbrochen wird; andernfalls besteht die Gefahr der Sensibilisierung.

Handelsformen und Preise:

10 Inj.-Flaschen zu 2000 E. Crasnitin + 10 Ampullen zu 10 ml sterile physiologische Natriumchloridlösung
DM 78,80 m. MWSt.

10 Inj.-Flaschen zu 10000 E. Crasnitin + 10 Ampullen zu 10 ml sterile physiologische Natriumchloridlösung
DM 333,05 m. MWSt.

Hersteller:

Bayer, 5090 Leverkusen

Nicoplectel® reterd

Zusammensetzung:

1 Retardkepsel enthält 200 mg Nicotinsäure und 110 mg Roßkastanienextrakt.

Indikationen:

Veskuläre Insuffizienz jeder Lokalisation und Genese. Periphere Durchblutungsstörungen, Arteriosklerose, intermittierendes Hinken (Raucherbein), Parästhesien, M. Raynaud, zerebrale Gefäßsklerose, Folgezustände von Apoplexien und Schädel-Hirntraumen, M. Ménière, Retinopathien.

Eigenschaften:

Nicoplectal macht die Therapie mit Nicotinsäure noch erfolgreicher, weil es durch gleichzeitige Tonisierung

der Venen den hämodynamischen Nutzen der Vasodilatation erhöht.

Eine arterielle Erweiterung der Strombahn allein nützt nur bedingt, weil sie wahllos gesunde und krenke Gefäßabschnitte erfaßt und den Blutdruck sinken läßt, was sich nachteilig gerade auf die insuffizienten Gefäßabschnitte auswirkt. Nicoplectal bewirkt es deshalb nicht bei der arteriellen Dilatation, sondern mobilisiert durch den darin enthaltenen Roßkastanienextrakt gleichzeitig Blut aus den venösen Depots und führt es der arteriellen Seite des Kreislaufs zu. So wird die auffallende Wirkung von Nicoplectal bei Behandlung vaskulärer Insuffizienz jeder Lokalisation und Genese verständlich.

Dosierung:

Morgens und abends je eine Retardkepsel.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 20 Retardkapseln
DM 8,90

Packung mit 50 Retardkapseln
Klinikpackung mit 500 Retardkapseln

Hersteller:

Klinge, 8000 München 23

Segontin®

Dragees zu 15 mg werden nicht mehr hergestellt.

Die Farbwerke Hoechst geben bekannt, daß nur noch Segontin-Dragees mit einem Wirkstoffgehalt von 60 mg geliefert werden. Segontin S (Dragees mit 15 mg Segontin und 15 mg Phenyläthylbarbitursäure sowie Suppositorien mit 50 mg Segontin und 25 mg Phenyläthylbarbitursäure) ist weiterhin im Handel.

Handelsformen und Preise:

Segontin® 60 mg: Dragees zu 50 Stück DM 20,30. Anstaltspackung zu 250 und 1000 Stück;

Segontin® S: Dragees zu 30 Stück DM 5,70, Dragees zu 75 Stück DM 12,90, Anstaltspackung zu 300 und 1000 Stück, Zäpfchen zu 10 Stück DM 6,50, Anstaltspackung zu 50 Stück.

NÜRNBERG
Gleißbühlstraße 7
Tel. 09 11/20 39 03

Röntgen- und elektromedizinische Apparate
Arzt- und Krenkenhausbedarf
KURT PFEIFFER

FRANKFURT
Gartenstraße 116
Tel. 06 11/62 10 31/32

Praxiseinrichtung – Beratung – Projektierung – Kundendienst – Finanzierung
Spezialabteilung: Laborbedarf

Kongreßkalender

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

November 1970

1. – 4. 11. in Baden-Baden:
Einführungskurs in die ärztlich gezielte manuelle Therapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostentallee 83.

1. – 8. 11. Baden-Baden:
38. Tagung der Gesellschaft der Ärzte für Erlahrungsheilkunde. Auskunft: Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde, 6900 Heidelberg 1, Postfach 843.

2. – 27. 11. in München:
I. Sozialmedizinischer Kurs. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

5. – 7. 11. in Bremen:
Wissenschaftlich-praktische Fachkonferenz in Verbindung mit einem Ärztesymposium über den Alkohollismus. Auskunft: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 4700 Hamm, Bahnhofstraße 2.

5. – 7. 11. in Hörter:
18. Fortbildungskurs für physikalische Therapie an der Weserbergland-Klinik. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. E. Wiedemann, 3470 Hörter, Weserbergland-Klinik.

6. – 7. 11. in Nürnberg:
Arbeitslegung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Dr. H. W. Opderbecke, Anästhesie-Abteilung der Städtischen Krankenanstalten, 8500 Nürnberg 5.

6. – 8. 11. in Erlangen:
Seminar über moderne internistische Untersuchungsmethoden in der Sportmedizin. Auskunft: Medizinische Poliklinik der Universität, Sportmedizinische Abteilung, 8520 Erlangen, Östliche Stadlmeuersstraße 29.

6. – 8. 11. in Kassel:
EKG-Fortbildungs- und Übungskurs. Auskunft: Prof. Dr. R. Helnecker, 3500 Kassel, Mönchebergstraße.

7. – 8. 11. in Bad Ems:
Fortbildungs-Wochenendtagung. Auskunft: Prof. Dr. K. Ph. Bopp, Direktor der Staatlichen Kur- und Spezialklinik für Atemkrankheiten, 5727 Bad Ems.

7. – 8. 11. in Hennel:
Sportärzte-Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. D. Schnell, 5224 Ruppichteroth, Otto-Willech-Straße 2.

9. – 20. 11. in Neutrauchburg:
Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie. Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Neutrauchburg.

11. – 12. 11. in München:
Symposium über Polyensäuren. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 6000 Frankfurt, Feldbergstraße 28.

12. – 15. 11. in Stuttgart:
7. Fortbildungskongreß für praktische Medizin der Bezirksärztekammer. Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, 7000 Stuttgart-Degerloch, Jahnsstraße 32.

14. – 15. 11. in Bochum:
Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4–6.

16. – 20. 11. in Neuherberg:
Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädler Landstraße 1.

20. – 23. 11. in Wiesbaden:
Tagung der Arbeitskreise des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands. Auskunft: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands, 4000 Düsseldorf, Königselfee 22.

20. – 22. 11. in München:
10. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns. Auskunft: Dr. med. R. Schindlbeck, 8036 Herrsching, Summerstraße 3.

21. – 22. 11. in Zürich:
Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Radiologie. Auskunft: Dr. Giedion, Steinwiesstraße 75, CH-8006 Zürich.

28. – 29. 11. in Frankfurt:
3. Gastroenterologische Fortbildungstagung. Auskunft: Dr. Köhl, 6000 Frankfurt, Ludwig-Rehn-Straße 14.

28. – 29. 11. in München:
Kurs für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke. Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostentallee 83.

30. 11. – 5. 12. in Wiesbaden:
Gynäkologisches und Geburtshilftliches Symposium. Auskunft: Prof. Dr. H. Albers, 6200 Wiesbaden, Idsteiner Straße 111.

30. 11. – 15. 12. in Berlin:
Klinische Fortbildung in Berlin. Auskunft: Prof. Dr. med. W. Heim, 1000 Berlin 65, Augustenburger Platz 1

Belegenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte von folgenden Firmen beigelegt:

Ludwig Heumann & Co., Nürnberg
Bene-Chemie GmbH, München
Chemipharm GmbH, Saarbrücken
C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim
Galactine GmbH, Neu Isenburg

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 332021, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreise vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 5252, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gebler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 558081, Fernschreiber: 0523662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht-verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereitet der Umschlag mit Rückporto beigelegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis vorausgesetzt, wenn eine auszugsweise Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn besondere Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.



Mitteilungen des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.

BEILAGE ZUM BAYERISCHEN ÄRZTEBLATT

Nummer 1

München, Oktober 1970

5. Jahrgang

Aus der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkranke der Universität München (Direktor: Professor Dr. H. H. Naumann)

Zur Pathogenese, Symptomatologie und Therapie der Schwimmbadinfektion der Nasennebenhöhlen

von Ernst Kastenbauer

Die Infektionen der Nasennebenhöhlen mit der akuten Verlaufsform der Badesinusitis können auch heute noch trotz der neuesten Therapiemöglichkeiten ein gefährliches Krankheitsbild entwickeln.

Die Verunreinigung des Wassers mit pathogenen Keimen, Allergenen und Reizstoffen, physikalische Einflüsse, die Unterkühlung des Körpers sowie eine gewisse Disposition zu Nebenhöhlenerkrankungen spielen bei der Entstehung der sogenannten Badesinusitis sicher eine entscheidende Rolle. Der Mensch bewegt sich im Wasser in einer für ihn unphysiologischen Umgebung (HITSCHLER, TAYLOR), der er sich nur schlecht oder gar nicht anzupassen vermag, während die im Wasser lebenden Tiere beim Schwimm- und Tauchvorgang die Gehör- und Nasengänge verschließen können. In den Sommermonaten können in den Zeiten der Überfüllung der Schwimmbäder hochpathogene Schadstoffe entstehen, so daß regelmäßige Erneuerung und Chlorierung des Wassers, Umwälzanlagen sowie rascher Zu- und Abfluß beim stehenden Gewässer die Grundbedingungen für einen hygienischen Badebetrieb sind.

So wird bekanntlich der ausgeschiedene Harn im Wasser aerob zu Nitrat umgewandelt. Diese Nitrate – für die Algen kräftige Düngemittel – führen zu einer sogenannten Eutrophierung des Wassers. Die dadurch vermehrte Algenbildung wiederum vollzieht die Reduktion der Nitrate zu Nitriten, die einen noch schädlicheren Reizstoff als die Nitrate darstellen. Dabei muß man wissen, daß der Harnstoffgehalt mancher Beckenbäder erstaunlich hoch sein kann. Bei einer Analyse einer Wasserprobe eines städtischen Schwimmbades fand sich bei einem Wasservolumen von 3000 m³ ein Harnstoffgehalt von ca. 8 kg, was einem Harngehalt von 320 l (0,01 %) entspricht (BÜRGER).

Zweifelsohne besteht zwischen Infektion und Allergie eine enge Beziehung. Einerseits kann eine Infektion allergische Erscheinungen und andererseits eine allergische Reaktion eine Infektion begünstigen. Im ersten Falle sprechen wir von einer Infektallergie, im zweiten von einer superinfizierten Allergie (NAUMANN). Die unter normalen Verhältnissen im Nasensekret vorkommenden Keime wie Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken, Haemophilus influenzae und Kollibakterien können bei einer Resistenzverminderung pathogen werden. Es erscheint verständlich, daß das Eindringen von solchem mit Reizstoffen angereichertem Wasser in Verbindung mit pathogenen Keimen in den Nasenhöhlen zu den verschiedensten Reaktionen mit allergischer Schleimhautschwellung und profuser Nasensekretion führen kann. Ein ähnliches Bild kann allein schon durch zu stark chloriertes Badewasser hervorgerufen werden.

Intravital- und fluoreszenzmikroskopisch ist zu beobachten (NAUMANN), daß es Bakterien gelingen kann, bereits auf gesunder Schleimhaut Sekretfilm und Ziliarbereich zu überwinden, in das Epithel und damit in die Mukosa einzutreten und hier entzündliche Verteidigungsmechanismen in verschiedener Stärke auszulösen.

Bei der Infektion durch Viren ist die Situation völlig anders. Virusinfektionen der Nase und der Nebenhöhlen treten zahlenmäßig immer mehr in den Vordergrund. Der Infektionsmechanismus ist derart, daß für diese Erreger in der Regel weder Sekret plus Ziliarapparat noch Epithel ein wirksames Hindernis darstellen. Die pathogenen Rhinoviren sind vorwiegend epitheliotrop. Sie dringen in die Epithelzellen ein und führen zur Destruktion der Wirtszellen, wobei offensichtlich praktisch die gesamte Schleimhaut der Nase, aber auch die der Nebenhöhlen von der Infektion betroffen wird. Kennzeichnend für den rhinotropen Virusinfekt ist die schwere Epithelschädigung einschließlich der Ziliarschädigung zu Beginn der Erkrankung, die in dieser Form bei rein bakteriellen Infektionen nicht beobachtet wird. Eine derart von Viren vorgeschädigte Schleimhaut ist gegenüber einer Bakterien-Invasion erheblich weniger resistent als eine gesunde; die bakterielle folgt der Virusinfektion daher oft nach. Neben diesen Gesichtspunkten müssen auch eine gewisse Disposition für Erkrankungen der Nasenneben-

höhlen mit Septumdeviation und Muschelhyperplasien sowie bestimmte anatomische Gegebenheiten im Ausführungsgangsystem der Nebenhöhlen berücksichtigt werden. Die Ostien der Kieferhöhle und der Keilbeinhöhle werden von einer dünnen Knochenlamelle oder mitunter nur von einer Schleimhautduplikatur gebildet, so daß Schwellungen in diesem Bereich meist nur vorübergehend zu einem Höhlenabschluß führen. Anders ist dies bei der Stirnhöhle, da diese mit einem schmalen Gangsystem in die Nasenhöhle mündet, wobei aufgrund einer entzündlichen Reaktion der Gangschleimhaut ein partieller oder totaler Höhlenabschluß und somit das Empyem eintreten kann (PESTI, Abb. 1).

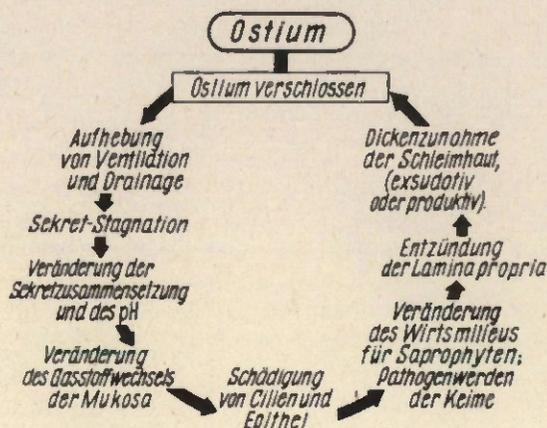


Abbildung 1
Entstehung und Folgen des Ostiumverschlusses
(nach H. H. NAUMANN)

Die Verunreinigung unserer Gewässer und Bäder mit Keimen ist sehr unterschiedlich, wie aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlich wird. Die Skala reicht von Trinkwasserqualität bis zu einer erheblichen Verschmutzung mit Kolibakterien und anderen Keimen.

Untersuchungsergebnisse der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt München, 1967:

Ort	Agarkultur	
	37 Grad C Keimzahl	Coli in ccm
Flußbad Ö.		
Planschbecken	27 630	in 10 ccm +
Schwimmbekken	500	in 100 ccm +
Freibad H.	108 000	in 10 ccm +
Städtisches Bad N.		
Nichtschwimmerbecken	unzählbar	in 160 ccm -
Schwimmerbecken	600	in 160 ccm -
Städtisches Bad M.		
Nichtschwimmerbecken	0	in 160 ccm -
Schwimmerbecken	0	in 160 ccm -
Großer oberbayerischer See an 19 Stellen entnommene Proben	100-54 000	in 10-0,1 ccm +

Es ist zu ersehen, daß gerade der letztgenannte Badesee einen sehr hohen Kolititer hat. Grundsätzlich ist zu sagen, daß sich Kolibakterien in jedem Oberflächen-gewässer finden, einmal wegen der Abwasserzuführung und der natürlichen Düngung der umliegenden Wiesen, zum zweiten scheidet je die im Wasser lebenden Tiere ebenfalls Kolibakterien aus. In Deutschland soll der Kolititer 0,1 ml nicht überschreiten, d. h., in 1 ml Wasser sollen nicht mehr als 10 E. coli-Keime nachweisbar sein.

Nach den Untersuchungsergebnissen der letzten Jahre sind die Keime in gechlorten Beckenbädern nicht gleichmäßig verteilt. Ihre Zahl liegt in den Oberflächenschichten bis zum Tausendfachen höher als in den tiefen Wasserschichten. Dies ist darauf zurückzuführen, daß an der Grenzschicht Wasser-Luft der Chlorgehalt stärker abnimmt und die an der Wasseroberfläche treibenden – und hier wiederum speziell die aus der Nase und Nebenhöhlen stammenden – Keime wegen ihrer Schleimhülle resistenter gegen Chlor sind. Aus diesem Grunde sollte in jedem Schwimmbad eine möglichst schnelle Abführung der oberflächigen Wasserschichten erfolgen.

Die allgemeinhygienischen Probleme und größeren seuchenhygienischen Gefahren bei ungenügender Desinfektion haben in den meisten Ländern dazu geführt, daß die Anforderung an die Wasserqualität von Beckenbädern im Vergleich zu den Anforderungen an Freigewässer sehr hoch sind. Die Beschaffenheit des Wassers von Beckenbädern hinsichtlich der Gesamtkeimzahl soll der des Trinkwassers entsprechen, d. h., die Gesamtzahl darf höchstens zweistellig und E. coli als Indikator für Fäkalienverunreinigung in 100 ml nicht nachweisbar sein (CARLSON).

Symptomatologie

Die Badesinusitis finden wir nahezu ausschließlich bei jüngeren Patienten und hier wiederum häufiger beim männlichen Geschlecht, da sich dieser Personenkreis beim Schwimmen, Springen und Tauchen entsprechend mehr exponiert. Der Zeitraum von der Infektion beim Baden bis zur stationären Aufnahme betrug bei unserem Krankengut zwischen 1 bis 14 Tagen. Gewöhnlich erreicht das Krankheitsbild am zweiten oder dritten Tag seinen Höhepunkt. In einem Fall traten die Symptome mit Kopfschmerzen und Oberlidödem so rasch auf, daß der Hausarzt glaubte, ein Insektenstich sei die Ursache der Schwellung (Abb. 2 – KASTENBAUER).

Die ersten Anzeichen der Erkrankung mit ziehenden Kopfschmerzen und Druckgefühl im Bereich der erkrankten Nebenhöhle können entweder sofort im Anschluß an die Tauchversuche oder Sprünge auftreten oder sich nach wenigen Stunden einstellen. Die hochakute, stürmische Verlaufsform hängt vom Grad der Verunreinigung des Wassers und der Art der Virulenz der Keime ab. Zunehmende lokalisierte Kopfschmerzen, Klopfempfindlichkeit der Kiefer- oder Stirnhöhle,

Jetzt in neuer Qualität

Die Kompressionsbinden

Elastoplast[®] L
luftdurchlässig

werden jetzt mit **vollsynthetischer** Klebmasse
auf Acrylatbasis hergestellt

Vorteile

besonders hautverträglich,
auch bei empfindlichen Patienten
die Hautatmung bleibt erhalten
durchlässig für Röntgenstrahlen
verklebt nicht mit den Haaren

Beiersdorf AG Hamburg 20



Abbildung 2
Pralles Oberlidödem links bei Übergreifen einer Siebbeineiterung auf die Periorbita

Druckempfindlichkeit des Stirnhöhlenbodens im Bereich des medialen Augenwinkels, verlegte Nasenatmung mit wechselnd starker Nasensekretion sind die weiteren Symptome. Die Absonderung von Nasensekret kann beim Sinusabschluß fehlen.

Man darf sich bei diesen Patienten nicht von einem unauffälligen rhinoskopischen Befund täuschen lassen, da sich dieser gerade bei einem Durchbruch des Eiters durch die Stirnhöhlenvorderwand unter das Periost des Stirnbeins und bei der beginnenden Stirnbeinosteomyelitis finden kann. Neben dieser akuten Verlaufsform begegnen wir immer wieder der subakut ablaufenden, durch Antibiotikagaben kaschierten Form, bei der sich etwa zwei bis drei Wochen nach der Infektion nach einem kurzen, subjektiv beschwerdefreiem Intervall die Zeichen einer Orbitalphlegmone oder einer Stirnbeinosteomyelitis einstellen können (Abb. 3). Diese Stirnbeinosteomyelitis stellt eine sehr ernste Komplikation dar, da sie unter anderem zu multiplen Epiduralabszessen führen kann. Die Symptome sind neben den Zeichen der akuten Sinusitis frontalis das periorbitale Ödem und als Charakteristikum die flächenhafte, teigige Schwellung im Bereich des Stirnbeins. Die Komplikation einer Orbitalphlegmone mit Einbruch der Eiterung vom Siebbein in die Periorbita und Orbita deutet sich mit der Ausbildung eines periorbitalen Ober- und Unterlidödems an. Bei Weiterstreiten des Prozesses bildet sich eine Verdrängung des Bulbus nach vorne und seitlich aus, die mit Doppelbildern und Motilitätsstörungen des Bulbus sowie einer Chemosis einhergeht.

Im Kindesalter verlaufen diese akuten Nebenhöhlenkrankungen etwas anders als beim Erwachsenen,

da die Stirnhöhle meist nicht vor Abschluß des ersten Lebensjahrzehnts entwickelt ist. Um so häufiger finden wir in diesem Alter die akuten Siebbeinentzündungen mit Orbitalbeteiligung, da die mediale knöcherne Orbitawand dem Auge mit ihren zahlreichen Suturen und Gefäß- und Nervendurchtrittsstellen einen relativ schwachen Schutz gegen ein Übergreifen einer akuten Siebbeineiterung auf die Orbita bietet.

Therapie

Die konservative Therapie hat meist nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn sie möglichst sofort nach dem Infektionsereignis einsetzt. Abschwellende Maßnahmen müssen gezielt vorgenommen werden, Schwitzpackungen und Kopflichtbäder werden die antibiotische Therapie unterstützen. Bei Beteiligung der Kieferhöhle wird diese selbstverständlich gespült, Spülungen der Stirnhöhle werden mittels der BECKSchen Bohrung durchgeführt. Die operative Behandlung ist angezeigt bei Übergreifen der Siebbeineiterung auf die Orbita, bei Durchbruch des Eiters des Siebbeins oder der Stirnhöhle unter die umgebenden Weichteile und der Stirnbeinosteomyelitis.

Zusammenfassung

Die verschiedenen Möglichkeiten des Infektionsvorganges der Badesinusitis werden besprochen. Neben der Unterkühlung des Organismus und der Herabsetzung der Abwehrkraft wird den Allergenen und Reizstoffen eine bedeutende Rolle zugeschrieben. Diese Reizstoffe entstehen zum Teil aus Abbauprodukten von Harn (Nitrate und Nitrite). Die bakteriologischen



Abbildung 3
Typische Schwellung im Bereich der Stirn bei einer Stirnbeinosteomyelitis (schraffierter Bezirk) mit Durchbruch des Eiters durch die vordere Stirnhöhlenwand unter das Periost des Stirnbeins

Untersuchungsergebnisse zeigen, daß unsere Bäder und Seen zum Teil sehr erheblich verunreinigt sind und somit eine ständige Infektionsquelle darstellen. Die Symptomatologie und Therapie dieses Krankheitsbildes werden abgehandelt. Trotz der Antibiotika kann die Badesinusitis auch heute noch eine schwere Erkrankung darstellen.

Literaturverzeichnis

- BÜRGER, K.: Mündl. Mitteilung (Professor für analytische Chemie, Technische Universität München)
- CARLSON, S.: Zur Hygiene der Freibadegewässer und öffentlichen Schwimmbäder. Bundesgesundheitsblatt 9, 12 (1966)
- DRETTNER, B.: Vascular reactions of the human nasal mucosa on exposure to cold. Acta oto-laryng. (Stockholm) Suppl. 166 (1961)
- FLOTTE, L.: La physiologie des sinus. Zit. n. NAUMANN, H. H.
- CLERC, P., und RIU, R.: Handbuch für HNO-Heilkd., Bd. 1, 145, 1964, Thieme, Stuttgart
- HERRMANN, A.: Bedosteomyelitis bei Wassersportlern. In: Gefahren bei Operationen am Halse, Ohr und Gesicht und die Korrektur fehlerhafter Eingriffe. Springer, Berlin, 1968, S. 497
- HITSCHLER, W. J.: The relationship of swimming and diving to sinusitis and hearing loss. Laryngoscope (St. Louis) 59, 7:99 (1949)
- KASTENBAUER, E.: Zur Pathogenese der Badesinusitis. HNO-Wegweiser (Berlin) 16, 308 (1968)
- KASTENBAUER, E.: Badesinusitis, Schwimmbadinfektion der Nasennebenhöhlen. Fortschr. Med. 87 (1969), Nr. 19, 840
- NAUMANN, H. H.: Kurze Pathophysiologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen. In: Handb. für HNO-Heilkd. Bd. 1, 145, 1964, Thieme, Stuttgart
- PETERSON, V.: Ärodynamik in der Physiologie der oberen Luftwege. Arch. Otolaryng. 45, 117 (1947)
- PESTI, L.: Über die Pathogenese der Mucocelen von anatom. Gesichtspunkten. Acta oto-laryng. (Stockholm) 36, 481 (1948)
- TAYLOR, H. M.: Otitis and sinusitis in the swimmer. J. A. M. A. 113, 10 (1939)

Anschr. d. Verf.: Dr. med. E. Kastenbauer, 8000 München 15, Pettenkofenstraße 8a

Sportmedizinische Institute mit orthopädischer Ausrichtung

von A. N. Witt und H. J. Refior

Die zunehmende sportliche Betätigung weitet Kreise der Bevölkerung, sowie der immer intensiver betriebene Leistungssport hat der Sportmedizin in den letzten Jahren auch in der Bundesrepublik eine immer größere Bedeutung verschafft. Im Hinblick auf die ärztliche Betreuung der steigenden Zahl der Leistungssportler und wegen der Erforschung der Reaktionen des menschlichen Organismus unter den Höchstbelastungen des Leistungstrainings, sind in der Bundesrepublik in den letzten Jahren verschiedene sportmedizinische Institute, die vorwiegend Universitäten und Hochschulen angegliedert wurden, gegründet worden. Dabei fällt jedoch auf, daß sich das Hauptaugenmerk der Sportmedizin auf die Erforschung der Reaktionsweisen von Herz und Kreislauf unter sportlichen Höchstleistungen gerichtet hat.

Diese Tendenz findet auch in den sportärztlichen Publikationen ihren Niederschlag. Sportmedizinische Zeitschriften werden vorwiegend von internistischen

Themen beherrscht. Diese Tatsachen können dem laienhaften Betrachter beinahe vergessen machen, daß die vom Sportler erzielten Leistungen auch ein Resultat der aufs höchste trainierten Muskulatur, der Sehnen, Bänder und Gelenke sowie des Nervensystems sind. So erscheint es nicht unbillig, bei aller Würdigung der Herz- und Kreislaufmedizin im Rahmen der Betreuung von Leistungssportlern, eine Beteiligung des Fachgebietes zu fordern, das die Lehre vom Haltungs- und Bewegungsapparat vertritt: die Orthopädie.

Wie wichtig dieses Fachgebiet im Rahmen sportärztlicher Tätigkeit ist, beweisen die alltäglichen Verletzungen auf Fußball- und Handballfeldern, sowie auf Skipisten, die sich im Bereich der Extremitäten oder der Wirbelsäule manifestieren. Hier beginnt das weite Tätigkeitsfeld von Orthopäden und Unfallchirurgen.

Jede Form sportlicher Betätigung führt zu einer Beanspruchung des Haltungs- und Bewegungsapparates, die die normalen alltäglichen Belastungen überschreitet und die eine Adaptation des Organismus verlangt. So ist es verständlich, daß diese erhöhten funktionellen Anforderungen an Sehnen, Bänder, Gelenkkapseln, Muskeln und Skelett besonders im Leistungstraining kindlicher und jugendlicher Sportler Probleme aufwerfen, die dem Orthopäden zu lösen vorbehalten sind.

Es ist in diesem Rahmen interessant, darauf hinzuweisen, daß verantwortungsvolle Großvereine der deutschen Fußballbundesliga sich bereits diese Erkenntnis zu eigen gemacht haben und zur sportärztlichen Betreuung ihrer Spieler auf den Facharzt für Orthopädie zurückgreifen.

Erweitertes Forschungsprogramm

Der zunehmenden Bedeutung der Sportmedizin wird in den großen orthopädischen Universitätskliniken schon dahingehend Rechnung getragen, daß im Forschungsprogramm dieser Kliniken sportmedizinische Probleme aufgenommen werden. Eine gezielte sportmedizinische Betreuung und Forschung, und hier sei z. B. auf die Problematik des kindlichen und jugendlichen Leistungsturnens hingewiesen, ist insbesondere im Hinblick auf die Ausrichtung der Olympischen Spiele 1972 in München notwendig. Auch der Alterssport, der im letzten Jahrzehnt eine immer größere Bedeutung bekommen hat, weist viele orthopädische Probleme auf, die es zu klären gilt.

Durch eine moderne Einstellung und eine aufgeschlossene Geisteshaltung hat der alte Mensch von heute den Wert sportlicher Betätigung, der in der Erhaltung seiner Spannkraft und Aktivität liegt, erkannt. Den alten Menschen hier zu steuern und anzuleiten, damit Verletzungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates, die durch altersbedingte degenerative Veränderungen begünstigt sind, verhindert werden, muß als weitere Aufgabe des Orthopäden angesehen werden. Es muß nicht extra betont werden, daß zu diesem Aufgabenkreis die Rehabilitation nach Sportverletzungen zählt. Hier kommt es darauf an, dem verletzten Sport-

ler durch eine zielstrebige Therapie und eine individuelle Steuerung der einzelnen Nachbehandlungsphasen zur Wiedererlangung seiner alten Leistungsfähigkeit zu verhelfen.

Darüber sei der Versehrten Sport nicht vergessen. Hier lagen schon von je Betreuung und Organisation weitgehend in den Händen der Orthopädie. Die Bedeutung des Versehrten Sportes ist nach wie vor durch die zahlreichen Unfälle im Straßenverkehr und im Beruf uneingeschränkt. Hier zeichnen sich die sozialen Aspekte einer gezielten sportmedizinischen Forschung ab, falls deren Ergebnisse zum Nutzen der Versehrten Anwendung finden.

Wenn auch in jedem Fall die ärztliche Teamarbeit in der Betreuung sowohl des Versehrten Sportlers als auch des Leistungssportlers keine Vernachlässigung erfahren darf, erscheint es jetzt doch angebracht, mit Nachdruck die Errichtung von sportmedizinischen Instituten mit orthopädischer Ausrichtung, wie sie schon lange mit Erfolg im anderen Teil unseres Vaterlandes arbeiten, zu fordern. Diese Forderung sollte im Hinblick auf 1972 unser aller Anliegen sein.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. A. N. Witt und Dr. med. H. J. Refior, Orthopädische Klinik und Poliklinik der Universität, 8000 München 90, Harlachinger Straße 51

Stellungnahme des Landesvorsitzenden Dr. E. Gossner

Seit acht Jahren setzt sich der Bayerische Sportärzte-Verband für die Errichtung eines sportmedizinischen Institutes in München ein. Schon vor fünf Jahren haben wir Pläne erarbeitet und den zuständigen Stellen zugeleitet. Inzwischen ist die Entwicklung weitergegangen. Der Bayerische Landessportverband hat mit fachlicher Unterstützung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes eine sportmedizinische internistisch ausgerichtete Untersuchungsstelle in München-Grünwald errichtet. Es ist beabsichtigt, hier noch zusätzlich eine orthopädische Abteilung einzurichten. Während das von Professor WITT angesprochene Institut mehr klinisch-medizinisch ist, ist die sportärztliche Beratungs- und Untersuchungsstelle in München-Grünwald sportlich-medizinisch ausgerichtet. Sie soll vor allem der Beratung der Sportler, Trainer, Sportärzte in den Vereinen sowie der Jugend und den Vereinsvorsitzenden dienen. Es wird also im eigentlichen Sinne keine Grundlagenforschung betreiben, wenn auch wissenschaftliche Arbeiten vorgesehen sind. Ein der Universität München angeschlossenes Institut hat vor allem die Aufgaben, Grundlagenforschung zu betreiben und die Verbindung zu den Kliniken der Universität und der Stadt München aufrechtzuerhalten. Beide Institutionen sind also notwendig, können gut zusammenarbeiten und sich gegenseitig ergänzen.

Über die sehr gut angelaufene Arbeit in der Sport- schule Grünwald wird in der nächsten Nummer Herr Dr. Franz Schlickerrieder, Bezirksvorsitzender von München und Oberbayern, berichten.

Kurznachrichten

Verbandsärzte gesucht

Der Bayerische Radsportverband sucht beratende Ärzte für den Radsport in München, Nürnberg, Augsburg, Würzburg und Schweinfurt. Benötigt werden Kollegen, die mit der Materie des Radsportes vertraut sind und den Verband bzw. in den genannten Städten befindliche Radsportvereine beraten. Einer dieser Herren wird dann zur Beratung des Verbandes in München als Verbandsarzt herangezogen. Er soll gleichzeitig den Verband beraten, wie auch uns im Rahmen des technischen Ausschusses des Bayerischen Sportärzte-Verbandes als Fachmann zur Seite stehen.

Der Bayerische Turnverband sucht ebenfalls einen beratenden Sportarzt im Münchener Raum, der entsprechende Kenntnisse besitzt. Hinsichtlich der Spitzenturnerinnen arbeitet der Verband mit unserem Vorstandsmitglied Frau Dr. med. Inge BAUSENWEIN, Nürnberg, zusammen. Dieser versierte Kollege soll – eventuell nach Absprache mit Frau Dr. Bausenwein – sowohl dem Verband als auch uns als Berater zur Verfügung stehen.

Der Bayerische Skibob-Verband sucht ebenfalls einen Verbandsarzt.

Meldungen mögen, bitte, an die Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, 8000 München 2, Brienner Straße 50, „Haus des Sports“, gerichtet werden und sollen möglichst instruktive Angaben über die Sachkenntnisse enthalten.

Dr. med. W. F u n k e

Schwimmbadhygiene

Das Bedürfnis nach körperlicher Betätigung in unserer technisierten Welt findet seit mehreren Jahren in einer ständig steigenden Zunahme badefreudiger Mitmenschen seinen Ausdruck. Schwimmen ist außer Zweifel ein geeigneter Ausgleichssport zur Stärkung der körperlichen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit. Herz und Kreislauf werden durch thermische Regulationsvorgänge beeinflusst und der Stoffwechsel durch biochemische Badeeffekte der Haut gefördert. Bei aller Propagierung der gesundheitlichen Aspekte des Schwimmens darf jedoch die einwandfreie Beschaffenheit des Badewassers nicht vergessen werden, die bei vielen Bädern, insbesondere während der Spitzenbelastung, hygienisch sehr bedenklich ist.

Da viele natürliche Badegelegenheiten, wie z. B. die Flüsse, wegen des hohen Abwassergehaltes aus gesundheitsschädigenden Gründen für Badezwecke nicht mehr in Frage kommen, sind in letzter Zeit er-

freulicherweise viele künstliche Freibecken- und Hallenbäder gebaut worden. Diese unterliegen im Vergleich zu natürlichen Gewässern jedoch höheren hygienischen Anforderungen bezüglich der Wasserbeschaffenheit, da sie meist bei kleinerem Wasservolumen höhere Besucherzahlen aufweisen.

Jeder Badende hat auf der Oberfläche seiner Haut und Schleimhäute Bakterien, Viren, Pilze und andere Mikroorganismen, die beim Baden zum Teil vom Wasser abgespült werden. Wissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, daß z. B. 20 bis 30 % aller Menschen mit Staphylokokken behaftet sind, und 1 % aller Badenden zeitweise Keimträger oder Ausscheider von Salmonellen sind. Ebenfalls werden, besonders im Sommer und im Herbst, in verstärktem Maße Darmviren ausgeschieden, die über das Badewasser auf andere Menschen übertragen werden können. Neben der Verunreinigung durch pathogene Organismen wird das Badewasser auch in unterschiedlicher Weise mit organischen und anorganischen Substanzen verschmutzt, so daß die Funktionsfähigkeit einer Schwimmbadeanlage jeweils von der Leistungsfähigkeit ihrer Reinigungs- und Desinfektionsanlage abhängig ist.

Daraus ergibt sich für jedes Schwimmbad bei günstigen Durchströmungsverhältnissen, richtig dimensionierten Filteranlagen, einem angemessenen Austausch des Beckenwassers durch Frischwasser und Zugabe der allgemein üblichen Flockungsverfahren, eine maximale stündliche höchstzulässige Belastung, die bei jedem Neu- oder Umbau von Badeanlagen unbedingt berücksichtigt werden muß. Dies bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen erfahrenen Bauingenieuren und den verantwortlichen Gesundheitsbehörden.

Dr. Eckart Best — dgk/DMI

Landesvorsitzender Dr. Gossner in Schwaben aktiv

Wie wir den „Mitteilungen des Bayerischen Landessportverbandes“ entnehmen, war Chefarzt Dr. Gossner, Haunstetten, im BLSV-Kreis 5 (Bezirk Schwaben) der Vorkämpfer für die Idee des „Zweiten Weges“ im Sport.

Dr. Gossner hat als Kenner der Materie, als Sportarzt, die Einführung der Aktivitäten des „Zweiten Weges“ für unsern BLSV-Bereich, zusammen mit dem DSB und den Erkenntnissen auf Bundesebene ausgewertet und untersucht und sich dabei besonders verdient gemacht. Nachdem bereits in vielen Städten der Bundesrepublik diese Aktion des „Zweiten Weges“ von großem Erfolg gekrönt war, hat Dr. Gossner seinen umfangreichen Schriftverkehr mit seinen Analysen, Feststellungen und Vorschlägen auf diesem Gebiete dem BLSV-Kreis 5 übergeben.

Durch diese Pionierarbeit war es möglich, Herrn Palm — vom DSB aus Frankfurt und zugleich Hauptsachbearbeiter des „Zweiten Weges“ im Sport — in einem

aufschlußreichen Vortrag nach Augsburg zu verpflichten. Dieser hervorragende Aufklärungs- und Lichtbildervortrag hat dann die Herren Pfeiffer und Ultsch in Verbindung mit dem Sportreferenten der Stadt Augsburg, Herrn Bürgermeister Breuer, veranlaßt, die erste Aktion starten zu lassen. Der erste Kurs „Mutter und Kind“ in der Augsburger Sporthalle hatte damals einen sehr großen Erfolg.

Schweizer Sorgen

Nach der Meinung von noch zu vielen sollten sich Turnen und Sport nur an der Praxis orientieren. Was zählt, ist die sogenannte „praktische Erfahrung“. Sporttheorie und Sportwissenschaft scheinen in der Schweiz vielen Praktikern überflüssig; für viele Wissenschaftler ist der Sport (noch) nicht salonfähig. Der Sport kann sich nur voll und richtig entwickeln, wenn Praxis und Theorie gefördert werden, wenn quantitativ wissenschaftlich mehr gearbeitet wird, wenn Sportpraktiker und Wissenschaftler miteinander ins Gespräch kommen. Sporttheorie, Sportwissenschaft verlangt nach Sportforschung, und zwar Grundlagenforschung und angewandter Forschung. Der internationale Spitzensport hat sich die Sportwissenschaft schon längst zunutze gemacht. Die Praxis wird dort — wenn sie sich bewährt — durch die Wissenschaft untermauert oder aber — wenn notwendig — verändert, verbessert. Spitzenleistungen werden mit Hilfe der Wissenschaften aufgebaut.

Aus den Bezirken

Die über 120 Mitglieder der Bezirksgruppe München-Oberbayern werden die nächsten drei Jahre von Dr. Franz SCHLICKENRIEDER geführt. Auf der Hauptversammlung in der Sportschule Grünwald wurden Dr. Albert EBERTSEDER als zweiter Vorsitzender und Dr. Hans GALLI als Schatzmeister gewählt. Im Hinblick auf 1972 stehen die oberbayerischen Ärzte vor einer Reihe großer noch offener Probleme.

Anläßlich einer Sitzung der schwäbischen Sportärzte in Augsburg wurden Neuwahlen durchgeführt. Als Bezirksvorsitzender von Schwaben wurde Dr. Christian de WERTH, Schwangau, gewählt. Als Beisitzer Dr. HEYDRICH und Dr. FUHRMANN aus Augsburg.

Die BLSV-Ehrennadel in Silber erhielten vom Präsidenten des Bayerischen Landessportverbandes, Rudolf Sedlmayer, unsere Mitglieder Dr. E. GOSSNER und Dr. W. FUNKE.

Das Sportmedizinische Untersuchungszentrum unter der Leitung von Dr. Franz SCHLICKENRIEDER hat in Grünwald bereits 300 Untersuchungen durchgeführt. Das Untersuchungszentrum ist täglich von 9.00 bis 17.00 Uhr besetzt. **Anmeldung:** Fräulein Greil-ler, Sportschule München-Grünwald, Telefon (0811) 649626

Besserer Schlaf für Exraucher

Wenn ein chronischer Raucher aufhört zu rauchen, bessert sich sehr rasch sein Schlaf. Das wurde von einem Team des Schlafforschungsinstituts am Medical Center der University of California in Los Angeles erklärt.

DMI

Veranstaltungen

Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Rekonditionsmedizin

am 30./31. Oktober 1970 in Ohlstadt/Murnau

Die Arbeitsgemeinschaft für Rekonditionsmedizin im Bayerischen Sportärzte-Verband e. V. veranstaltet am 30./31. Oktober 1970 in Ohlstadt/Murnau eine Tagung unter der Leitung von Professor Dr. med. H. W. Kirchhoff.

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. H. W. Kirchhoff, 8080 Fürstenfeldbruck, Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe

Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärzte-Bundes e. V.

vom 6. bis 8. November 1970 in Erlangen

Der Deutsche Sportärzte-Bund e. V. veranstaltet vom 6. bis 8. November 1970 im neuen Hörsaal des Hochschul Institutes für Leibesübungen in Erlangen eine Fortbildungsveranstaltung.

Thema: „Internistische Sportmedizin“

Telnehmergebühr: DM 20,- für Mitglieder des Deutschen Sportärzte-Bundes
DM 30,- für Nichtmitglieder

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat der sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, Telefon (0 91 31) 36 63

Ausbildungskurs des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.

am 28./29. November 1970 in München-Grünwald

Der Bayerische Sportärzte-Verband e. V. veranstaltet am 28./29. November 1970 in der Sportschule München-Grünwald einen Ausbildungskurs unter der Leitung von Dr. med. Peter Lenhart.

Thema: „Sportmedizin“

Auskunft und Anmeldung: Dr. Peter Lenhart, 8032 Gräfelfing, Irminfriedstraße 33

Internationale Wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.

vom 11. bis 13. Dezember 1970 in München-Grünwald

Der Bayerische Sportärzte-Verband e. V. richtet im Auftrag des Deutschen Sportärzte-Bundes e. V. vom 11. bis 13. Dezember 1970 in der Sportschule München-Grünwald die 4. Internationale Wissenschaftliche Tagung aus.

Tagungsleiter: Chefarzt Dr. med. Eugen Gossner

Anmeldung: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, 8000 München 2, Brienerstraße 50, „Haus des Sports“

Seminar über präventive Kardiologie

vom 17. bis 23. Januar 1971 in Höhenried

Der Bayerische Sportärzte-Verband e. V. richtet im Auftrag des Deutschen Sportärzte-Bundes e. V. vom 17. bis 23. Januar 1971 in der Klinik Höhenried (Starnberger See) ein Seminar über präventive Kardiologie aus.

Seminarleiter: Professor Dr. M. J. Halhuber

Auskunft und Anmeldung: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, 8000 München 2, Briener Straße 50, „Haus des Sports“

Bayerischer Sportärzte-Verband e. V.

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

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

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

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