



Medizin und „Sexualwissenschaft“ *

von Annemarie Leibbrand-Wettley und Werner Leibbrand

I.

Das Problem der zeugmatischen Bindung

Die Medizin als Lehre von den Krankheiten und vom gesunden und kranken Menschen ist so alt wie die Menschheit selbst. Eine Sexualwissenschaft im weiteren Sinn als Lehre von den Beziehungen der Geschlechter ist genauso alt. Daß zwischen beiden besondere Verknüpfungen liegen, mehr als mit anderen Wissenschaftsgebieten, ergibt sich daraus, daß die Medizin den Menschen sowohl als natürliches wie als geistiges und gesellschaftliches Wesen begreifen muß, d. h., sie muß in ihrer Betrachtungsweise Naturwissenschaften, Geisteswissenschaften und Gesellschaftswissenschaftliches umfassen.

Merkwürdigerweise ist die „Sexualwissenschaft“ genau genommen und als Begriff formuliert heute erst 64 Jahre alt. Als er 1906 von Iwan BLOCH geprägt wurde, bedeutete er eine geistige Revolution, ein Umdenken, war doch bisher „Sexologie“ nur als Sexualpathologie innerhalb der Medizin greifbar und in der abendländischen Soziologie nicht tabuisiert, aber von dogmatischen Wertungen verschiedenster Herkunft beengt. Diese Wertungen weltanschaulicher, religiöser politischer Herkunft beherrschten im besonderen Maße die Medizin im Laufe ihrer Geschichte ebenso wie die Jurisprudenz.

Iwan BLOCH hatte sich gegen alle jene Einflüsse zu wehren; seine umstürzende Idee war, die „Sexualwissenschaft“ in der umgreifenderen Formulierung einer Lehre von den Geschlechterbeziehungen auf einen eigenen und vor allem wertfreien Raum zurückzuführen, sie als Phänomene menschlichen Daseins zu erkennen und ihre vielfältigen Ausdrucksformen von dem in seiner Zeit herrschenden medizinischen Entartungsbegriff zu befreien. BLOCH ging es darum, den Begriff der sexuellen Perversion, die ungefähr

alles beinhaltete, was nicht dem sogenannten „normalen“, also heterosexuellen und ehelichen Sexualverkehr mit dem Ziel der Kindererzeugung diene, abzubauen. Mit Hilfe des Begriffs der Elementargedanken des Ethnologen und Arztes BASTIAN formt sich BLOCHs Vorstellung von den natürlichen Variationen der Geschlechterbeziehungen.

Der Perversionsbegriff wird ersetzt durch eine anthropologische Sicht; die sogenannten „Perversionen“ sind nicht krankhaft, nicht lasterhaft, sind keine Entartungsstigmata, sondern allgemein menschliche, ubiquitäre Erscheinungen, „gehören“, wie BLOCH sagt, „gewissermaßen zu den Elementar- und Völkergedanken BASTIANs“. Zugrunde liegt ihnen der Geschlechtstrieb, der zunächst als physischer Trieb unberührt von Zeit, Ort und Kulturformen überall derselbe ist, daher sind eben jene Variationen ubiquitär. Sein Wesen liegt in seiner mann-weiblichen Differenziertheit, die er im Sinn HEGELs sich als Thesis, Antithesis zur Synthesis entwickeln sieht und die zu immer größerer Individualisierung und damit Vergeistigung gelangt, ohne von der sinnlichen Grundstruktur als Basis abzugehen. Wie bei HUMBOLDT wird diese Geschlechterdifferenzierung bei BLOCH zur eigentlichen Ursache von Natur und Geschichte.

HUMBOLDT hatte diese Gedanken erstmals 1795 in den „Horen“ veröffentlicht und später 1827/28 einen Entwurf vom Unterschied der Geschlechter und von den Formen geschlechtlichen Verhaltens mit dem Titel „Geschichte der Abhängigkeit im Menschengeschlecht“ dargestellt.

So formt sich BLOCHs Philosophie des Geschlechtslebens und seiner Metaphysik am Polaritätsbegriff der Romantiker und so finden sich in seinem Monumentalwerk „Das Sexualeben unserer Zeit“ von 1906 folgende programmatischen Worte: „Um die ganze Bedeutung der Liebe für das individuelle und soziale Leben und für die kulturelle Entwicklung der Menschheit zu würdigen, muß sie eingereicht werden in die Wissenschaft vom Menschen überhaupt, in der und zu der sich alle Wissenschaften vereinen, die allgemeine Bio-

*) Nach Vorträgen anlässlich des I. Sozialmedizinischen Kurses am 6. November 1970 in München vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin.

logie, die Anthropologie und die Völkerkunde, die Philosophie und Psychologie, die Medizin, die Geschichte der Literatur und diejenige der Kultur in Ihrem ganzen Umfang".

Iwan BLOCH wollte alle jene genannten Gebiete in die Sexualwissenschaft integrieren; wir heute sind geneigt, die Wissenschaft vom Menschen überhaupt, wie er es nennt, die Anthropologie im umfassenderen Sinn der Romantik, nicht im Sinn einer Anthropometrie etwa des 19. und 20. Jahrhunderts, an die Spitze zu stellen, eine Anthropologie, in der die Phänomene menschlichen Daseins aufleuchten und greifbar werden, greifbar, soweit die Relativität menschlichen Erkennens es zuläßt.

Das Thema „Sexualwissenschaft und Medizin“ sleht die Berechtigung darin, daß gerade die Geschichte der Medizin zeigt – und darin beruht der Protest BLOCHs – wie im Laufe ihrer abendländisch-historischen Entwicklung die freie Entfaltung einer „Sexualwissenschaft“ gehemmt wird und ein so spätes Erzeugnis geistiger Erkenntnis geworden ist.

Gerade die Ethnologie der letzten Dezennien – in Deutschland sind zu nennen das Ehepaar THURNWALD, in Amerika etwa Ruth BENEDIKT, Margret MEAD, BOAS u. a., oder in England Margret MURRAY, um nur einige Namen zu nennen – hat im Gegensatz zu Br. MALINOWSKI durch Ihre unvoreingenommene Forschung – unvoreingenommen bedeutet, wie Ruth BENEDIKT betont, frei von religiöser und rassistischer Dogmatik – jene grundsätzliche Umkehr, von der BLOCH sprach, beschleunigt. Von der Ethnologie her erhält heute die Anthropologie im gemeinten Sinn jene Ergebnisse, die für eine Synthese menschlichen Daseins etwas aussagen können.

Die geschilderte Verhaftung der „Sexologie“ in der Medizin und in zeitgebundenem weltanschaulich-religiösem Denken war daher für den Medizinhistoriker ein gegebenes Feld, und veranlaßt die Beschäftigung mit der Problematik der abendländischen Geschlechterbeziehungen, deren weiteres Ergebnis wir in kurzer Zeit vorlegen zu können hoffen.

II.

Vier kurze Teilgebiete

Stellen wir in vier Teilgebieten einige Tatsachen zunächst heraus: die beiden ersten beinhalten den Wert und das Wirken des Mythos innerhalb der Geschlechterbeziehungen, die beiden anderen Themen bewegen sich im engeren Sinn um sexualwissenschaftliche Fragen, die stärker mit der Medizin gekoppelt sind und in unsere Zeit hinein reichen. Sie zeigen gleichzeitig eine Art Geschichte der Sexualpathologie auf.

a) Die Etrusker

Zu wesentlichen Einsichten, ja, zum Leitmotiv fast, könnte man sagen, verhilft die Beschäftigung mit dem

Mythos. Nicht nur, weil etwa in der griechisch-römischen Antike die Ungebrochenheit von Eros und Sexus und damit die Eigenständigkeit und Gleichberechtigung des Menschen als Mann und als Frau in hetero- oder auch homosexueller Existenz nirgends klarer als im Mythos erscheint, sondern weil von ihm her die Stellung der Geschlechter in der jeweiligen Soziologie beherrscht wird. Seine Wirksamkeit hat sich bis heute erhalten.

Nirgends wird die Macht und das Wirken des Mythos deutlicher als in der heute so mächtig vorschreitenden Forschung über die Etrusker, von deren sozialen Leben wir viele, häufig sehr negative indirekte Zeugnisse besitzen, die der feindlich gesonnenen Griechen und Römer, aber noch mehr direkte Zeugnisse, die wir der Archäologie verdanken. Durch sie war es möglich, den Begriff des sogenannten Obszönen, als isoliertem, aus dem Menschen herausgebrochenem Sexus, der diesem Volk so lange tendenziös angehaftet hat, auf seinen tiefen mythologischen Sinn zurückzuführen, der sich im Totenkult am reinsten offenbart und mit Obszönität, oder wie wir heute so gebräuchlich sagen, Pornographie, nicht nur nicht das geringste zu tun hat, sondern eingebettet liegt im ewigen Geheimnis von Tod und Leben. In der Darstellung überlebensgroßer Phalli über dem Herdfeuer in den Grabmaleereien – das Thema erscheint auch literarisch – symbolisiert sich vielmehr die zeugende Lebenskraft, die den Tod überwindet und ganz im Göttlichen ruht. Diese Zurückführung des Obszönen auf seinen mythologischen Gehalt, nicht nur bei den Etruskern selbstverständlich, ermöglicht eine allgemeinere Einsicht und ein anderes Verständnis dessen, was säkularisiert mit Pornographie bezeichnet wird.

Eine der wichtigsten Fragen innerhalb einer historischen Darstellung der Geschlechterbeziehungen bestimmter Epochen ist die nach der Stellung der Frau. Die alte Streitfrage über Matriarchat oder Patriarchat etwa im Sinne BACHOFENs ist von der modernen Ethnologie auf eine andere Basis gebracht worden; sie ist nicht evolutionistisch zu betrachten, sondern beide Formen bestehen meist nebeneinander, mehr oder weniger vermischt oder mit Dominanz der einen oder der anderen. Sicher ist, daß in vielen Mischfällen auch ohne besondere dominante mutterrechtliche Soziologie die Stellung der Frau ökonomisch und sozial durchaus gehoben und gleichwertig ist. Bei den Etruskern herrschte kein Matriarchat, die Namengebung erfolgt durch den Vater, es besteht Paternität, aber im Gegensatz zu den Griechen und Römern besitzen viele etruskische Frauen nicht nur ein Gentilicium, sondern auch einen Vornamen, einen Individualnamen. In der etruskischen Sozialordnung besteht eine starke Beziehung der Frau zum Kult: Sie ist Spiegel des Mythos, in dem das Schicksal selbst in Gestalt der Göttin erscheint, der Göttin, die im Gesamt des etruskischen Götterstaates dominiert. Von hier aus irradiiert die Wirkung, die die etruskische Frau besitzt, in einem so starken Maße, daß sie selbst symbolhaft zur Göttin

wird. Diese so offensichtlich transzendierte Weiblichkeit besitzt ihren realen Ausdruck in ihrer soziologischen Gleichberechtigung gegenüber dem Mann. Wie er bewegt sie sich frei und selbständig im öffentlichen und häuslichen Leben, im Kult und es gibt im abendländisch-antiken Raum keine ähnliche Darstellung einer individualistischen Partnerschaft wie bei den Etruskern: im gemeinsamen Grab bestattet, sieht man sie auf den Grabmalereien beim gemeinsamen Totenmahl, das ihre Verbundenheit bis ins Jenseits hinein ebenso ausdrückt wie ihre Darstellung auf den berühmten Terrakottasarkophagen aus Caere, wo Mann und Frau gemeinsam auf dem Totenbett liegen.

Es ist sehr aufschlußreich, daß die berühmte etruskische Disziplin, die heiligen Bücher der Etrusker, in denen ihre Rechts- und Staatsordnung, ihr gesamtes öffentliches Leben aufgezeichnet und minutiös geordnet war, so gesetzlich wie die Juden ihr gesamtes Leben im Pentateuch geregelt hatten, nichts von einer besonderen Sexualmoral zu finden ist. Es gab sie ebensowenig wie im biblischen Judentum.

b) Die Hexe

Wie stark vom Mythos her ein anderes, uns wesentlich näher liegendes Phänomen begriffen werden muß, das jahrhundertlang das Abendland bewegt hat, ist das der mittelalterlichen Hexe. Als der große Hexenverteidiger und Arzt Johann WEYER im 16. Jahrhundert erklärte, es gebe keine Hexen, sondern nur erkrankte Frauen, deren Phantasie vom Teufel verwirrt werde, so daß sie seine Einflüsterungen für wahr halten – er glaubt real wie LUTHER an den Teufel – und im Verhör alles zugeben, was von ihnen erfragt werde, erklärte WEYERs großer Antipode und Hexenverfolger BODIN, die Hexe sei eine Realität, ihre Zauberwerke, vor allem ihr Pakt mit dem Teufel bestehe in Wirklichkeit und der Senatsrat Pierre DELANCRE bestätigte durch seine Expedition in Kantabrien, die er im Auftrag des französischen Königs ausführte, BODINs Meinung. Beide gelangten zu der Auffassung, es handle sich um eine nicht-christliche Sekte, in der paganisches Brauchtum, Sitten und fremde Götter verehrt wurden. Der Pakt mit dem Teufel, der bei der Frau im sexuellen Verkehr bestand, wurde bejaht, seine Legitimation aber vor allem aus jener mythischen Stelle des Alten Testaments genommen, Gen. 6, 1–4, wo von einer Vermischung zwischen himmlischen Wesen und den Töchtern der Menschen die Rede ist. In der apokryphen Literatur ist dann daraus der sogenannte Engelfall geworden und die Entwicklung der christlichen dämonologischen Vorstellungen haben hier besonders angeknüpft. Von der Patristik an bis zu Thomas von AQUIN wurde diese Vorstellung einer Vermischung von fremden Göttern oder Dämonen mit Menschen, die Kinder zeugen, lehrhaft übernommen. AUGUSTIN betont es in *de civ. dei*, gerade er hatte sich im besonderen Maße wie vorher Clemens von ALEXANDRIEN mit Kult und Mythos antiker Religionen auseinanderzusetzen.

In der Summa des Thomas von AQUIN I quaest. 51 wird die sexuelle Vermischung von Mensch und Dämon beschrieben; auf seine Auffassung stützt sich der Hexenhammer. Der Teufel erscheint als succubus und incubus, ist zweigeschlechtlich, eine Anschauung, die sich in Teufelsdarstellungen in der Kunst ausdrückt. Aus dieser Verbindung können Kinder hervorgehen. Den komplizierten Zeugungsvorgang, in dem sich der Teufel, der ein Geist ist, fremdes Sperma besorgt, übernehmen LUTHER und Autoren beider Konfessionen bis weit über die dem Hexenhammer folgenden Jahrhunderte. Das erzeugte Wesen ist menschlicher Herkunft. Aus diesem Pakt gehen alle anderen Hexenwerke hervor: Inzest, Promiskuität, Nackttänze, Verbrechen und Zauberei. Es ist offensichtlich, daß die Kirchenväter bis zu Thomas von AQUIN sich hier vom Mythos selbst, dem in seinen verschiedensten Herkunftsformen eine Vermischung von Göttern und Menschen nicht fremd war, nicht lösen können. Er verkörpert aber für sie die Welt des Bösen, des Lasters, die Nachtseite des Lebens. Sie rechnen mit einer Welt von Dämonen, zu denen sie seit der Patristik alle nicht-christlichen Götter degradiert haben und in deren Gefolge vor allem sexuelle Handlungen weiten Spielraum besitzen. Wie sehr indessen BODIN, DELANCRE und jene Inquisitoren Recht hatten, die die Realität des Hexenkultes bejahten, im Gegensatz zur Aufklärung WEYERs, die schließlich dazu führte, seit dem 18. und 19. Jahrhundert im Hexenphänomen hysterische Massenepidemien und Aberglauben zu sehen, zeigen die neuen anthropologischen und ethnologischen Untersuchungen der Ägyptologin Margret MURRAY, die eine neue Betrachtung der Hexenproblematik eingeleitet hat.

Nur ganz kurz sei in ein paar Sätzen auf ihre Ergebnisse eingegangen und auf ihr Werk verwiesen: *Witchcult in Western Europe*, erschienen 1921 und 1961/62 neu aufgelegt. MURRAY hat in einer umfassenden Untersuchung englischer, französischer und flämischer Gerichtsprozesse sowie aller einschlägiger Autoren und von bisher unveröffentlichtem Archivmaterial feststellen können, daß es sich bei dem Hexenkult tatsächlich wie es BODIN, DELANCRE u. a. vermuteten, um eine nicht-christliche, organisierte Religion handelt, deren Ursprünge in die antike Mythologie reichen und so vielfältiger Natur sind, daß im Augenblick eine einwandfreie Zurückführung auf bestimmte Göttergestalten und Mythen nur sehr bedingt möglich ist. Hauptgöttin ist Diana; daher nennt MURRAY den Kult Dianakult.

Hauptgott ist der gehörnte Gott, in dem, wie wir es in mythologischen Untersuchungen feststellen konnten, sich wohl vor allem Dionysos und Pan verbergen. Dieser Kult ist ein uralter Fertilitätskult; der gehörnte Gott, von christlicher Seite mit Teufel bezeichnet, ist der Gott der Fruchtbarkeit, der sogenannte Teufelspakt ist ein kultischer Fertilitätsritus, der nichts mit der viel zitierten Qbszönität zu tun hat.

Mit diesen Feststellungen und eigenen wissenschaftlichen Untersuchungen kann man sich indessen nicht begnügen. Als wir in Verfolgung entsprechender Literatur erfuhren, daß auf der Isle of Man ein Hexenmuseum existiert und der Kult dort noch lebt, entschlossen wir uns unsererseits zu einer Expedition. Wir schrieben an die Eigentümer des Museums, wurden herzlich zu Forschungen eingeladen, die zu einem vollständigen Ergebnis führten, denn wir befanden uns im Haus der englischen Hexenkönigin selbst, deren Gastfreundschaft wir 14 Tage genossen.

Sie, die Königin, war mit einem ehemaligen Mitglied der Royal Air Force verheiratet, der aber nun als Oberpriester im Kult als gehörnter Gott erschien, während sie, Priesterin der Diana, den Kult leitete. Was diese beiden, hochgebildeten, noch jüngeren Leute uns anschaulich machten, bestätigte durchaus die Forschungen MURRAYs. Hauptgöttin des Kultes war Diana, ihr war eine Statuette auf dem Altar geweiht, der sich innerhalb eines mit Pentagrammen verschlossenen Kreises befand, ihr, Diana, opferte ein Mitglied der Gemeinde, ein alter Colonel, in unserer Gegenwart das Ersterzeugnis seiner Ernte.

Die religiösen Riten wurden nackt ausgeführt, weil Nacktheit, als Symbol hellenischer Schönheit und Gottähnlichkeit zugleich Weltoffenheit bedeutete, um die göttlichen Ausstrahlungen unmittelbar zu erfahren. Aus der Tatsache, daß die Mitglieder stets paarweise auftraten — die Liebesbeziehung war Bedingung — und aus anderen Hinweisen war auf religiöse Fertilitätsriten zu schließen, die uns als Außenstehenden natürlich verborgen blieben. Wir haben einen Teil unserer Untersuchungen über das Hexenproblem unter dem Titel „Vorläufige Revision des historischen Hexenbegriffes“ in der Festschrift zum 70. Geburtstag für Michael SCHMAUS veröffentlicht.

Nur noch hinzuzufügen wäre, daß in England 1951 im Parlament ein Gesetz herauskam, das diesem alten Kult, wie jeder anderen Religion, Schutz und Toleranz zusagte.

Für eine Sexualwissenschaft aber ist die Feststellung von Bedeutung, daß im Abendland eine Facette der Frau, die jahrhundertlang im sozialen Bewußtsein das Bild eines sexuell haltlosen und vom sogenannten Teufel verführten Wesens, das der Hexe trug, eine weltanschaulich-religiöse Konstruktion darstellte, vom Mythos beeinflusst, der in sein Gegenteil gewendet und dessen eigentlicher Sinn verstellt wurde.

Dieser Irrtum wurde genährt durch die seit GALEN und vorher durch ARISTOTELES vollzogene biologische Abwertung, in der die Frau eine unvollkommene Stufe geistig-körperlicher Entwicklung darstellte, gemessen an der Vollkommenheit des Mannes. Diese von der Medizin des Galenismus herkommende Entwertung erfuhr dann in der theologischen Betrachtung des Hexenphänomens ihre Krönung. Aus der jetzt möglichen, unvoreingenommenen Sicht über diese Frage ergibt sich aus der Ausstrahlung des Mythos

dieses Kultes nun ein Gegenbild. Die Frau ist Priesterin und stellvertretende Göttin, der sogenannte Teufel Symbol der männlichen Gottheit, alle Obszönität aber mündet ein in das Brauchtum und in die Riten eines Fertilitätskultes, in dem Eros und Sexus nicht auseinandergerissen sind.

c) Das Onanleproblem

Mit den nächsten zwei kurz zu skizzierenden Erscheinungen wird der engere medizinische Bereich betreten, in dem die Sexualwissenschaft als Sexualpathologie erscheint, in dem zugleich die weltanschaulich-religiöse Verhaftung der Medizin zu konstruktiven iatrogenen Krankheitsbildern führt, die bis in die moderne Zeit hineinwirken. Es handelt sich um die sogenannte Onanie und um den Begriff der sogenannten sexuellen Perversionen.

1710 erschien in London ein Buch „Onania oder die scheußliche Sünde der Selbstbefleckung“, von einem zunächst anonymen Autor. Er ist Arzt, namens BEKKERS, reformierter Christ, stützt sich auf die Sexualmoral des kalvinistischen Schweizer Theologen OSTERWALD und erklärt, jener OSTERWALD habe in seinen sexualethischen Vorschriften ein Laster, das zur Krankheit führe, nicht genügend abgehandelt; er nennt es die Sünde der Selbstbefleckung und gibt ihr unter Berufung auf Gen. I, 38, 1–10, den Namen Onanie. Die entsprechende Stelle im Pentateuch beinhaltet jenes Leviratsgesetz, d. h. die Verpflichtung zur Schwagerehe, die unter bestimmten Umständen einem Mann befiehlt, seine Schwägerin zu heiraten, wenn sein Bruder kinderlos stirbt. Der erste in dieser neuen Ehe geborene Sohn gilt dann als Sohn des Verstorbenen, um den Namen des Bruders weiterzuführen, und damit seine Unsterblichkeit — eine andere als die Fortpflanzung gab es im Pentateuch im Gegensatz zur nachbiblischen Zeit nicht — zu erhalten. Die entsprechende Stelle heißt, daß Onan, ein Sohn Jehudas, von seinem Vater den Befehl erhält, seine Schwägerin Tamar zu heiraten, weil sein älterer Bruder kinderlos gestorben war. Jehuda erklärt ausdrücklich, Onan solle die Schwagerehe erfüllen, d. h., seinem Bruder Nachkommen geben. Onan heiratet zwar Tamar, aber er war nicht willens, mit ihr ein Kind zu zeugen, das den Namen des Bruders trug. Deshalb heißt es, „ließ er sein Sperma zur Erde verderben“.

Diese Nichteinhaltung der Gesetzesvorschrift mißfiel Jahwe, lautet der Bericht weiter, und Jahwe ließ Onan sterben. Diese Leviratsehe ist innerhalb der jüdischen Heiratsgesetze, die eine Verwandtenehe ersten Grades ausschloß, eine Ausnahme. Sie war aber gerade als Ausnahme ein Gesetz, das, wie die übrigen, die Aufrechterhaltung des patrilinear ausgerichteten Familienverbands regelte und seinen Fortbestand. Das Gesetz ist auch insofern interessant, als es gleichzeitig ebenfalls das Recht der Frau auf Nachkommenschaft betont, wie die weitere Geschichte von Tamar

zeigt. Ich möchte hier auf die Dissertation von Moses SPIRA verweisen, über „Geschlechterbeziehungen im Alten Testament“, die zu völlig neuen Ergebnissen gelangt. Im Hinblick auf die sexualmoralischen Vorstellungen von OSTERWALD und BEKKERS ist es interessant, festzustellen, daß es im Alten Testament, zumindest in biblischer Zeit, keine besondere Sexualmoral gab. Alle Gesetze über die Heiratsregelungen bis zu denen der Diät etwa oder Reinheitsvorschriften standen im Dienst eines theokratisch ausgerichteten Lebens, in denen die Beziehungen der Geschlechter frei und natürlich waren. Sie erhielten ihre besondere Valenz vom älteren Schöpfungsmythos der Genesis her, in dem Jahwe den Menschen als Frau und als Mann schuf, und der spätere Schöpfungsbericht von der Entstehung der Frau aus der Rippe des Mannes ist, wie er in dieser früheren Zeit gewertet wurde, im Sinn der Einheit von PLATONS Mythos der zerschnittenen Kugelwesen aufzufassen; daher war in biblischer Zeit die Stellung der Frau gleichwertig mit der des Mannes, wenn sie auch in mancher Hinsicht nicht immer gleiche Rechte besaß.

Aber zurück zu BEKKERS' eigentümlicher Sexualmoral. Er legt in die Handlung Onans etwas völlig Wesensfremdes hinein, er interpretiert sie als Selbstbefleckung, Masturbation, und erklärt sie als Sünde gegen die Natur. Soziologisch ist interessant, daß BEKKERS der Auffassung ist, dieses „Laster“ sei in seiner Zeit bei beiden Geschlechtern weit verbreitet, deshalb sei er als Arzt verpflichtet, auf die Folgen jenes Lasters, da es zur Krankheit führe, aufmerksam zu machen. Es soll eine Art von Aufklärung bedeuten und was dabei herauskommt, ist jenes groteske Krankheitsbild der Onanie, das den Namen der Sünde selbst erhält und das nun bis in die neueste Zeit als verbindlich angesehen wurde. Wie sieht es aus: Über Störungen der Verdauungstätigkeit, Schwächung der Atemwerkzeuge, Erschlaffung des gesamten Nervensystems führt es zur sogenannten „Rückenmarksschwindsucht“ bis zum Suizid oder zum Tod durch vollkommene Erschöpfung.

Das Einzigartige ist, daß nach diesem Buch BEKKERS', das wie ein Fanal wirkte, besonders im puritanisch-kalvinistischen Raum, eine Fülle Onanieliteratur entsteht, und soziologisch noch wichtiger, daß BEKKERS eine Unmenge von Zuschriften verzweifelter junger Menschen erhält, die ihn um Hilfe bitten. Bis in die Belletristik hinein wirkt diese neue Krankheit in Form von Poemen mit Suizid Darstellungen. Das Buch wird rasch in alle Sprachen übersetzt und erfährt seine Krönung in dem Werk des ebenfalls kalvinistischen Arztes TISSOT von 1760 „L'onanisme ou dissertation physique sur les maladies produites par la masturbation“. Physiologisch gesehen, wird auf die alte Humorallehre eingegangen unter wörtlicher Zitierung von HIPPOKRATES, der an einer Stelle davon spricht, exzessiver Liebesgenuß sei krankheitsbildend, weil der Samen nach Abscheidung aus allen Körpersäften durch das Rückenmark zu den Zeugungsorganen geleitet werde.

Daher der Begriff Rückenmarksschwindsucht, Schreckgespenst all derer, die sich der Onanie ziehen.

Dieser Rückgriff auf die Humorallehre, die im 18. Jahrhundert im wesentlichen verlassen war, ist deshalb besonders interessant, weil gerade jene Stelle des HIPPOKRATES, trotz des absoluten Herrschens der Humorallehre bis zum Barock, bisher keine Rolle spielte. Weder das Mittelalter, die Renaissance, noch der Barock kannten eine sogenannte Onaniefrage, obwohl diese Jahrhunderte medizinisch in der Physiologie von der galenischen Humorallehre lebten. Man berief sich vielmehr, soweit es sich um medizinisch-sexualpathologische Vorstellungen handelte, auf jene Galenstelle, die die Vergiftung des Körpers mit zersetztem und retiniertem Samen zum Inhalt hatte, wie wir es aus GALENS Hysteriegenese kennen. Man war deshalb der Auffassung, daß eine absolute sexuelle Askese gesundheitsschädlich war. Die Ärzte Avicenna und Arnald von VILLANOVA empfahlen im Mittelalter ausdrücklich ärztliche Verfahren der Samenentleerung als Therapie zur Ableitung aufgehäufter Giftstoffe. Der Kirchenmann Johann von WESEL berät in seiner bekannten Schrift an einem Karthäusermönch diesen am Ende des 15. Jahrhunderts in ähnlicher Weise und erklärt, Reinigung des Körpers von verdorbenem Samen mit Hilfe der Medizin sei nicht sündig.

Weitere Untersuchungen, besonders die durch uns veranlaßte Dissertation von JAKOBS über diesen Problembereich hat klar ergeben, daß jenes Monstrum Onanie als Ursache tödlicher Krankheit eine ärztliche Spekulation gewesen ist, die im puritanisch-kalvinistischen Raum entstanden, bis zum 20. Jahrhundert die Lehrbücher der Sexualpathologie, der Psychopathologie u. a. beherrscht hat. Wie die Hysterie ist auch die Onanie als ein iatrogenes Krankheitsbild aufzufassen, dessen Suggestivkraft ähnlich groß war.

Wichtiger aber ist noch eine andere Folge, und damit gelangen wir unmittelbar in den Perversionsbegriff des 19. Jahrhunderts, den wir heute endlich bereit sind, abzubauen. 1848 wird diese Onanie, die die Sexualpathologie des 18. Jahrhunderts darstellt, von einem ruthenischen Arzt, Heinrich KAN, durch den Begriff „Psychopathia sexualis“ ersetzt, der hier zum erstenmal auftaucht. KANs Psychopathia sexualis soll die Varianten des Sexuallebens innerhalb der Pathologie, wie es ausdrücklich heißt, aufzeigen. Sie sollen die Abweichungen umfassen; dazu gehören Päderastie, Homosexualität – der Name entsteht erst später –, Sexualverkehr mit Leichen, Tieren und Statuen. Alle diese Abweichungen kennt KAN nur aus der Literatur. Sie verschwinden hinter der eigentlichen großen Sexualkrankheit der Onanie, die als pars pro toto für die gesamte Psychopathia sexualis steht. KAN ist der Auffassung, daß die Ursache der Psychopathia sexualis in der menschlichen Natur selbst liegt und sich daher von jeher in allen Völkern und Kulturen und zu allen Zeiten gefunden habe. In seiner methodischen Einteilung in quantitative und qualitative Va-

rianten berührt sich KAAAN direkt mit dem eigentlichen Begründer der Sexualpathologie, von KRAFFT-EBING, der etwa 30 Jahre später seine Schrift über die *Psychopathia sexualis* veröffentlichte.

War der Onaniebegriff in nicht zu übersehender Weise weltanschaulich-religiös betrachtet, so war es der Perversionsbegriff von KRAFFT-EBING ganz gewiß in sehr ähnlicher Weise, nur wußte er selbst kaum noch etwas davon. Nachzuholen ist hier, daß der Begriff „perversus“ schon 1695 bei dem sächsischen Juristen CARPZOW als Ausdruck für ein strafbares Delikt auftaucht und sich im Recht auf alle Formen nichtheterosexuellen Verhaltens bezieht; es bedeutet Laster und Verbrechen, ist soviel wie verkehrt, unrecht, falsch, sündige Liebe. Von hier aus wird dieser Begriff von dem Arzt SCHURIG im 17. Jahrhundert übernommen und behandelt, er wird, wie bei CARPZOW, aus der Sicht theologischer Sexualmoral bewertet.

d) Morels *Dégénérescence*

Der Perversionsbegriff des 19. Jahrhunderts beruht ebenfalls auf einem Theologumenon, auf ihm ist primär die gesamte Lehre der *dégénérescence*, der Entartung aufgebaut. Sie geht zurück auf ihren Begründer, B. A. MOREL, der bezeichnenderweise zunächst Theologie studierte und später Arzt wurde. 1857 erschien sein Buch „*Traité des dégénérescences physiques intellectuelles et morales de l'espèce humaine et de ses causes, qui produisent ces variétés malades*“. Dieses Buch war ausdrücklich Vorbereitung für sein drei Jahre später erscheinendes Werk über die Geisteskrankheiten. Der Begriff „*dégénérescence*“ war nicht MORELs Erfindung, er wurde in der Pathologie, Zoologie und Ethnologie benützt, aber er erfährt bei dem der Theologie entronnenen und doch stark verhafteten MOREL eine völlig andere Bedeutung. Sein Werk, erklärt er wörtlich, soll eine „natürliche Geschichte der Menschheit“ darstellen und den Ursprung der krankhaften Varietäten der menschlichen Art aufzeigen. Das klingt ethnologisch, aber MORELs Geschichte der Menschheit steht im Zusammenhang mit der Schöpfungsgeschichte der Genesis. MOREL setzt an den Anfang der Menschheit einen „*type primitif*“, es ist Adam, der erste Mensch vor dem Fall. Wie alle anderen Teile der lebenden Schöpfung trägt er die Elemente seiner Kontinuität in sich, die Gott in einem dreifachen Gesetz für die lebende Schöpfung ausgesprochen hat. So ist der Mensch weder ein Zufallsprodukt noch letzte Erscheinung vorangegangener Umwandlungen; diese These wird auch nach Erscheinen von DARWINs Entwicklung der Arten 1859 beibehalten. Die Ursache von Entartung und Krankheit enthält bei MOREL daher stets den Gedanken einer Abweichung von diesem postulierten „*type primitif*“. Ursache ist die Korrumpierung, der Sündenfall der menschlichen Natur. Die Frage nach der Entartung enthält die Frage nach dem Wesen der Krankheit schlechthin und damit auch die Frage nach dem Zusammenhang von böse und krank. MOREL will sie „wissenschaftlich“

feststellen, d. h., er prüft nun die Bedingungen, in die der Mensch nach seinem Fall hineingestellt ist. Er sieht sie in der Wirkung von Einflüssen, die vor dem Fall wirkungslos waren; erst jetzt kann sich der Mensch nicht mehr dem Einfluß der äußeren Welt, dem Klima, der Nahrung und vor allem der Erbllichkeit dieser Einwirkungen entziehen. Sie alle führen zu Abweichungen vom „*type primitif*“, der die Züge göttlicher Ebenbildlichkeit am reinsten in sich trug. Diese Abweichungen schaffen zwei große Richtungen, die zu zwei völlig voneinander verschiedenen Arten menschlicher Spezies führen: den natürlichen Varietäten des Menschengeschlechts, zu den normalen Racenbildungen und zu jenen, die MOREL Entartungen nennt. Um es kurz zu machen, die gesunden Racen setzen bei MOREL die Einheit der menschlichen Art in ihren verschiedenen Formen fort, während die Entartungen, die sich in ihnen entwickeln oder auftreten, von zwei fundamentalen Gesetzen beherrscht werden: der doppelten Vererbung im Sinn des körperlichen und moralischen Übels und der Progressivität der Entartung bis zum Aussterben des Geschlechts, das MORELsche Gesetz genannt. MOREL klassifiziert die Entartungen nach ihren ätiologischen Gesichtspunkten: sie sind die gleichen wie die der normalen Varietätenbildungen, wirken aber übertrieben auf den Menschen ein, der nun im Adaptationskampf unterliegt; diese Übertreibungen werden zu krankhaften Ursachen, die auf der ganzen Welt, wie er meint, zu Entartungen führen. Dieses Prinzip liegt auch den Geisteskrankheiten zugrunde; er führt hier erstmals die ätiologische Betrachtungsweise in die Psychiatrie ein und die Erbllichkeit spielt die größte Rolle und umfaßt die größte Gruppe der psychopathologischen Krankheitsbilder. Praktisch tragen alle anderen Ursachen potentiell die Möglichkeit der weiteren Erbllichkeit und damit Entartung in sich. Entartete und Geisteskranke werden identisch. Unter die entsetzlichste Gruppe der Entarteten und Geisteskranken rechnet er die Träger sogenannter sexueller Persionen. Er benutzt den Begriff Persion und nennt Satyriasis, Nymphomanie, Erotomanie, Nekrophilie und aus sittlichen Gründen verschließt er sich bewußt einer ausführlicheren Darstellung.

Diese sexuellen Persionen sind also Entartungen, sind Geisteskrankheiten, aber zugleich Laster und Verbrechen, deren letzte Ursache im Erbsündenbegriff liegt. Wie bei KAAAN gibt es nur eine Sexualpathologie, sie ist in die Medizin, die Psychiatrie integriert. Die französischen Psychiater MAGNAN und CHARCOT schließen sich an. MAGNAN folgt MOREL vor allem deshalb, weil MOREL die ätiologische Betrachtungsweise in die Psychiatrie eingeführt hatte, aber MAGNAN, der Darwinist war, kritisiert den religiösen Ausgangspunkt des „*type primitif*“. Anstelle eines vollkommenen Menschen als Ausgangspunkt einer Menschheitsgeschichte setzt MAGNAN nun die Evolution, in der der Mensch einen ständigen Entwicklungsweg nach oben nimmt, bis er einmal zu einer Vollkommenheit gelangt. Auf diesem evolutiven Wege aber, nimmt er

an, ereignen sich Störungen, die Aufwärtsbewegung wird gehemmt, es kommt zu Hemmungen, nicht zu Atavismen im Sinne LOMBROSOS als Regression, sondern zu qualitativen Veränderungen, eben den Entartungen, und hier trifft er sich mit MOREL. Dieser Typus ist der Dégénééré. Wie bei MOREL werden auch die Folgen der Entartung, die Vererbung körperlichen und moralischen Übels und das Aussterben der Sippe als Gesetze beibehalten. Wie bei MOREL ist der Geisteskranke der Entartete par excellence und dort, wo die Erblichkeit am stärksten ausgebildet ist, erscheint jener dégrééré, der déséquilibré. Er ist gekennzeichnet durch „obsessions“ und „impulsions“, sie sind äußerst vielgestaltig und MAGNAN hat die klinisch auffälligsten Symptome in einer besonderen Klassifikation aufgestellt. 22 tragen Eigenbezeichnungen, wie Agoraphobie, Dipsomanie, Pyromanie, Kleptomanie, und die wichtigste Gruppe sind die sexuellen Perversionen, denen er eine eigene Abhandlung widmet. FREUD wird später diese ganze Gruppe als Neurosen bezeichnen, abgelöst vom Entartungsbegriff. Die Theorie der Entartung hat sich in Frankreich, besonders aber in Deutschland, nicht nur auf alle Gebiete der Medizin erstreckt, sondern auch im literarischen Naturalismus bedeutsamen Ausdruck gefunden. Erst BUMKE hat in den Jahren zwischen 1912 und 1920 in der Psychiatrie mit dieser spekulativen Theorie Schluß gemacht.

Die foloenschwerste Entwicklung in Deutschland liegt in der Weiterführung dieses Begriffes bei von KRAFFT-EBING, der als eigentlicher Begründer der modernen Sexualpathologie gilt. 1879 stellte er zunächst die sexuellen Perversionen innerhalb seiner dreibändigen Psychiatrie dar, ganz wie MAGNAN, aber 1886 entreißt er sie der Psychiatrie und läßt sein Buch „Psychopathia sexualis“ erscheinen. Hier erhalten die sexuellen Perversionen als Anomalien des Geschlechtslebens in der allgemeinen Pathologie ihren Platz, als Störungen der Triebe und des Wollens. Sie werden eingeteilt in Anaesthesia, Hyperaesthesia, Paraaesthesia und Paradoxia sexualis, ganz ähnlich wie bei KAAN. Von KRAFFT-EBING faßt nun das gesamte Wissen seiner Zeit über das sogenannte pathologische Sexualleben in einer systematischen Nosologie und Klassifikation zusammen. Die Onanie, die bei KAAN Ausdruck der Psychopathia sexualis war, wird bei ihm zur Ursache von Geisteskrankheiten und löste Psychopathia sexualis aus. Die Ursache ihres Auftretens ist die Entartung. Pathologisch-anatomisch bedeutet sie krankhafte Anlage des Gehirns und des Nervensystems mit der Annahme psycho-sexueller Zentren, die, wie die Geschlechtsdrüsen, bisexuell angelegt seien und sich normal zur Monosexualität entwickeln sollen, aber durch die Entartung in ihrer Evolution gestört werden. Die eigentlichen großen Perversionen sind Sadismus, Masochismus, deren Begriffe von KRAFFT-EBING prägte unter Beziehung auf Marquis de SADE und den Schriftsteller SACHER-MASOCH, der sich bitter darüber beklagte, in dieser Form in die Geschichte einzu-

gehen, ferner Fetischismus und konträre Sexualempfindung. Der Begriff der konträren Sexualempfindung wurde 1870 durch WESTPHAL eingeführt, 1869 sprach ein Arzt mit dem Pseudonym KERTBENY zum erstenmal von Homosexualität. In den sechziger Jahren hatte sich der Name Uranismus des Juristen und Schriftstellers ULRICHS eingebürgert, der, selbst homosexuell, sein Leben der Verteidigung der Homosexualität widmete. CHARCOT-MAGNAN bezeichneten sie als Inversion. Der Begriff Fetischismus von 1887 geht auf den Franzosen BINET zurück; der Ausdruck Fetisch ist durch eine Schrift Charles de BROSSES 1760 über Fetischgötter in Gebrauch gekommen, trägt also mythischen Charakter. Auf die Einzelheiten der Beschreibung von Pathologie und Klinik der Psychopathia sexualis von KRAFFT-EBINGs, dessen Werk von 1886 1924 durch MOLL bearbeitet und verändert die 16. und 17. Auflage erhielt, ist hier nicht einzugehen.

Zusammengefaßt ist festzustellen: Sexualvarianten sind innerhalb der Jurisprudenz Crimina, die theologische Sexualmoral hat sie dazu gemacht. SCHURIG behandelt sie im Barock als Arzt, aber auch für ihn sind sie Sünde und Laster. BEKKERS beginnt als Arzt, die Folge sündigen Sexualverhaltens als Krankheit in der Onanie darzustellen, sein puritanisch-kalvinistischer Ausgangspunkt ist unübersehbar. Die Entartungstheoretiker gaben ihnen ihren Bereich in der Pathologie und der Begriff Entartung selbst ging schließlich auf MORELs Erbsündenbegriff zurück. Sexualverhalten wird, soweit es nicht dem sogenannten normalen heterosexuellen Verkehr – in der Ehe selbstverständlich – entspricht, von der Sexualmoral religiöser Herkunft, der Jurisprudenz, die damit zusammenhängt und von der Medizin, der Pathologie bestimmt, die sich als Diener jener erweist. Von KRAFFT-EBING erklärt z. B. im Ernst u. a. „nur psychisch degenerierte Frauen zeigen das Phänomen pathologischer Liebe zu anderen Männern“ und er fährt grübelnd fort, „eine noch sehr der wissenschaftlichen Klärung bedürftige Erscheinung im Gebiet der Psychopathia sexualis“.

Eros und Sexus als Ausdruck der Geschlechterbeziehungen werden getrennt, der Sexus wird isoliert, all dies erkennt erst Iwan BLOCH wieder, der in seiner anthropologischen Darstellung zu einer Metaphysik der Geschlechterbeziehungen gelangt, eine Auffassung, die einschließlich des im mythologischen Raum ungetrennten Eros und Sexus für die modernen Auffassungen von größter Bedeutung sind.

III.

Geschichte und Diagnostik

Das Vorgetragene reichte hin, näherzubringen, daß in der Medizin der Geschichtsfaktor zum diagnostischen Verstehen hinzugehört, daß also die nominalistische Bezeichnung aus dem Bereich des naturwissenschaftlichen Raumes nicht nur unzureichend ist,

sondern Verwirrung und Mißverständnis hervorrufen muß. Dieser Nominalismus ist ein modischer Schnelderzuschnitt zur jeweiligen biologischen Haltung, mag sie nun Darwinismus, Häckelismus oder Degenerationslehre heißen. Es muß eben immer passen, das ist die Hauptsache. Verständigung ist also in diesem Fall ein Generationsproblem; der relativistische Anteil daran ist unübersehbar. Ein neues Moment tritt hinzu, nämlich das Methusalem-Alter des einen Referenten, das wie Nestor viele Menschenalter sah. Diese autobiographische Note wirkt hinein, weil es heuristischen Nutzen haben kann, wenn man sich selbst als jenes diagnostisch so wichtiges Stück Geschichte einführt, das wir vertreten und das, ohne immer Einsicht zu finden, für praktisch bedeutend gelten muß. Das neue Jahrhundert, in dessen Endwende wir stehen, begann, die Thematik mit großer Leidenschaft echter Wissenschaftlichkeit zu befeuern. So etwa die Wende von 1905 zu 1906, als der der Praxis entwachsene Iwan BLOCH jenen Begriff aufbrachte, der die alte Psychopathia sexualis von KRAFFT-EBINGs vom literarischen und akademischen Schreibpult fegte: die Sexualwissenschaft. Den heutigen Amtskollegen ist dieser Begriff noch jetzt teilweise unbekannt, teilweise ein Anstoß und Ärgernis, die die Verdrängung nach sich ziehen.

Was meinte BLOCH 1906, nachdem er schon ein bedeutendes Werk „Das Sexuelleben unserer Zeit“ veröffentlicht hatte? Ganz kurz zusammengefaßt bedeutet dies unter zeitgeschichtlicher Anerkennung von Albert EULENBURG folgendes:

Sexualbetätigung ist weder unmoralisch, noch krankhaft. Sexus kann daher weder medizinisch noch theologisch umgreifend erschöpft werden. Also brauchen wir eine eigene Wissenschaft, die zu jenen akademischen Disziplinen quer steht, mit anderen Worten, die mit ihrem Jargon nicht erfaßbar wird. BLOCH schuf mit seinem Begriff eine Sonderwissenschaft völliger Unabhängigkeit, konkret gesprochen, jenseits von der bisher sie beherrschenden Psychiatrie oder gar nur von der sie bisher betreibenden Venerologie. EULENBURG erkannte rasch, daß die ungeheuerere Verzweigung des Gebietes sie in einen allgemeineren anthropologischen Raum verwies. Das war klug, denn damals kannte zwar BLOCH durch die Lektüre HEGELS die Phänomenologie, die es uns viel leichter macht, dieser von ihm gewünschten Sezession zu folgen; man war aber nicht bereit, diese philosophische Methode in die Medizin, vor allem in die Psychiatrie einzubauen. Es bedurfte vieler Jahrzehnte. Der Schnittpunkt liegt beim Auftreten Max SCHELERs, dessen „Formen der Sympathie“ hier trüchtig wurden. Später folgte Ludwig BINSWANGER durch Nutzung der Daseinsanalyse nach der Zeit FREUDs. Die Auflockerung, die der Begriff Sexualwissenschaft brachte, ermöglicht auch emotionale Interessen von außen. Hierher ist der produktive Georg HIRTH mit seiner Zeitschrift „Jugend“ zu rechnen, die in „Wege zur Heimat“ hier in

München 1909 den Begriff rezensierend akzeptierte. Als Dichter bemühten sich schon 1892 Frank WEDEKIND mit „Die Büchse der Pandora“ sowie Karl KRAUS in Wien. Von ärztlicher Seite folgten Magnus HIRSCHFELD und der Leipziger ROHLEDER.

HIRSCHFELD hat eine leider nur ein Jahr bestehende Zeitschrift für Sexualwissenschaft herausgegeben. Aber schon 1907 hat Willy HELLPACH, der gewohnt war, über des Nachbars Zaun zu schauen, ein sexualwissenschaftliches Handbuch gefordert; er fügte der Anthropologie die Ethnologie methodisch hinzu, die bekanntlich ein embryonales Dasein führte, vermochte doch ein Mann wie S. FREUD nur aus FRAZER zu schöpfen, bis die Publikationen von HAVELOCK-ELLIS dazu traten. Bekanntlich hat später dann von psychoanalytischer Seite her MALINOWSKI diese ethnologische Betrachtung gefördert, während Lévy BRÜHL im Primitivenbegriff wertphilosophisch lange Jahre steckenblieb, bis er sich selbst am Lebensende widerlegte. BLOCH spricht bei der Doppelnatur des Geschlechtslebens noch von der biologischen und kulturellen Seite, während er selbst in der Tat die geisteswissenschaftliche vertrat, die über das Kulturelle weit hinauslangte. Endergebnis war jedenfalls die Verselbständigung des Forschungsgebietes, die unter Benutzung vieler gelehrter Gebiete nicht etwa nur eine additive Zusammenfassung sein wollte, sondern eine selbständige Einheit. Man wollte keine nominalistischen Spezialfremdworte schaffen, also Perversion, Inversion, Fetischismus, Ipsation usw., man wollte freibleibend Phänomene allerorten beschreiben. Man wollte kein Doulos anderer medizinischer Teilgebiete werden oder gar eine neue Spezialität begründen.

Man sollte der Vielseitigkeit der Probleme näher treten. Im Grunde war das BLOCH schon ab 1902 klar. Dieses Umfassende entdeckte BLOCH bei Wilhelm von HUMBOLDT, der an einen „Entwurf eines Systems der Sexualreform“ dachte. Von HUMBOLDT meinte eine Neugründung der Sozialwissenschaft und war dabei vom Zentralpunkt der Prostitution ausgegangen. Seine Versuche in SCHILLERs „Horen“ von 1795 waren genannt. BLOCHs Konzeption – und darauf verweist zu Recht der Psychoanalytiker Wilhelm STEKEL – brach damit zugleich mit dem Degenerationsgedanken, da die ethnologischen Ergebnisse dem widersprachen und heute widersprechen. BLOCHs grandioses Werk über die Prostitution erschien 1912 im „Handbuch der gesamten Sexualwissenschaft in Einzeldarstellungen“. Einer der ersten Pioniere der Sozialhygiene, sein Freund Alfred GROTTJAHN, begeisterte sich für eine neue Forschungsrichtung. Somit war also im Sinn HUMBOLDTs die Fragestellung vom Äußeren, ja, vom Äußerlichen ins Innere verlegt, denn so waren dessen Worte.

„Wenn aber die Weltgeschichte wahrhaft innerlich, als ein Abriß der wirklich gewordenen Erscheinungen des geistigen und empfindenden Menschen genommen werden soll, so müssen nicht bloß Menschen in ver-

Arznei Müller Bielefeld



Monapax®

Verschreibungsformen:

Monapax® - Tropfen 20 und 50 ml

Monapax® - Dragees 40 und 100 Stück

Monapax® - Hustensaft 165 g

Monapax® - Kinderzäpfchen 10 Stück

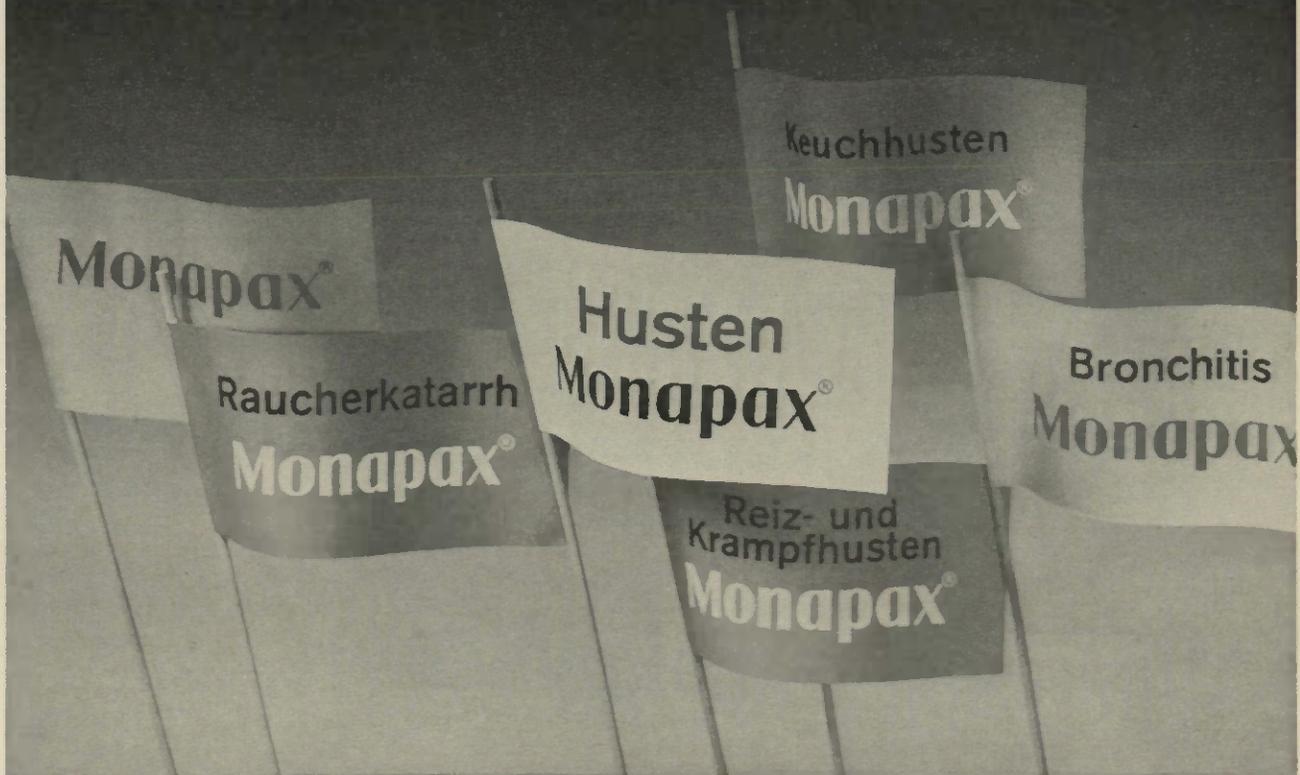
Monapax® - Tropfen mit Dihydro-Codein 20 ml

Monapax® - Saft mit Dihydro-Codein 100 g

Klinikpackungen

Alle Formen für Diabetiker geeignet

Der Arzt bezwingt den Husten



FLUMIDIN COMP. *beseitigt Grippe*



FLUMIDIN COMP.

- kausale und symptomatische Komponente der Grippe-
Behandlung in einer Tablette - vereinfacht die Durchführung
der Therapie bei reduzierten Behandlungskosten.

Information und Muster durch Deutsche Kabi GmbH,
8 München 15, Postfach 182



DEUTSCHE
KABI
GMBH

FLUMIDIN COMP.

schiedenen Zuständen, sondern auch die allgemeinen Zustände an verschiedenen Menschen und Völkern betrachtet werden." HUMBOLDT, der romantischen Zeit entsprechend, redet von gewordenen Erscheinungen. Der Phänomenologe ist daran desinteressiert; er hat, wie wir sehen werden, ein Interesse der Durchforschung der Existenz-Radikale, zu denen der Sexus gehört, und so wird er ohne den Mythos nicht auskommen.

Um noch einmal von äußeren Zufahrtswegen zu reden: Dichter, *hommes de lettres* – bei uns verpönt, in Frankreich wichtiger als Professor – bemerkten den neuen Anbruch rascher. Karl KRAUS, der „Fackelkraus“, widmete sexualwissenschaftlichen Problemen viel Raum, da ihn die Kriminalität als Anthropologicum interessierte; die Wiener Schriftstellerin Rosa MAYREDER, mit STRINDBERG bekannt, wurde für das Gebiet wach; zu den Interessenten gehörte auch Julius PREUSS, der Schöpfer der späteren Weimarer Verfassung, ROSCHER in Dresden, der Romancier Fedor von ZUBELTITZ und zuletzt auch einige Ärzte wie EBSTEIN, W. PAGEL, NÄCKE. WEDEKINDs dramatische Figuren zeigen bemerkenswerte Intuitionen bei der Darstellung sexueller Probleme, so die Lulu, die Geschwitz, Jack, die geradezu schicksalspathologische Eigenschaften darstellen. Hier zeigt sich der Wegweiser des Mythos von neuem. Im beginnenden sogenannten Naturalismus ist ein OSTWALDs „Lieder aus der Gosse“ als *Revenu François VILLONS* zu denken und an jenen so früh verstorbenen Novellisten Hermann CONRADI, der der Lungenschwindsucht in den Armen einer Berliner Kellnerin erlag.

Dies also kann man aus den Lettern, aus Gedrucktem entnehmen. Aber wie der romantische Brownianismus in unserem Land zwar Tausende gedruckter Seiten füllte, so war es auch hier; der Durchschnittsberater, der Praktiker ahnte von all dem gar nichts. Hierzu einige Bemerkungen.

a) Fin de siècle und Jahrhundertbeginn

Zwar hatte S. FREUD schon 1899 die Traumlehre geschaffen – aber seine Schriften entdeckte man als Mediziner frühestens 1919. Dem Hausarzt war der Name unbekannt; er lebte noch in der Onanieangst, die man bei Leuten wie LEYDEN noch finden kann. Mochte M. HARDEN in der „Zukunft“ über den EULENBURG-Prozeß schreiben, mochte Karl KRAUS gegen die Tabus wettern, HIRTH seine „Jugend“ verbreiten, das Gartenlaubenzitalter, die Welt des „Daheim“ setzte sich gleichzeitig fort wie heute die „Bunte“ BURDAs und verfestigte den Viktorianismus in den klein- und großbürgerlichen Familien. Das bedeutete die Fortsetzung aller jener tabuisierten Legenden des Sexus, die wir weidlich kennen.

In jenen Jahren der Gärung zur Sexualwissenschaft erschien ebenfalls nach der FREUDSchen Traumlehre in erster Auflage 1903 ein seltsames Buch eines jungen Mannes Otto WEININGER über „Geschlecht und

Charakter“, das entscheidendes Licht in das Verhältnis der Geschlechter bringen wollte. Der Verfasser, vielbelesen und hochgebildet, versprach sich nichts von der Anthropometrie eines LUSCHAN, sondern er begründete ein Prinzip. Die geistigen Differenzen der Geschlechter wollte er in ein System bringen; er wollte aber bei aller Empirie auch deuten; er nannte das schrittweise psychologische Vertiefung. An ihr ist er dann durch Suizid zugrunde gegangen. Die Methode ist wertphilosophisch. WEININGER bezeichnete sich als Platoniker, Kantianer und Christ. Er entnimmt der Naturphilosophie und Biologie die männliche + weibliche Durchmischung beider Partner, von der schon WEISMANN handelte. Er übernimmt die Zwischenstufentheorie der Homosexualität, die er von der Päderastie abtrennt, bringt die weibliche Emanzipation mit der Homosexualität zusammen und glaubt an die Männlichkeit allen Genies. Wir gelangen staunend wie die Paturier zur Zeit wieder zu einer weiblichen Abwertung (Weib habe kein Ich); hierbei bezieht er sich auf chinesische Vorstellungen; kurzum, es gibt kein weibliches Genie! Das kann gar nicht sein. Denn Genialität ist Tiefe, sie fehlt hier. Es gibt kein weibliches Interesse für Wissenschaft, mag sie das auch Psychologen vorlügen. Das „*Cherchez la femme*“ heißt eigentlich „*Cherchez l'homme*“! Wozu diese Exklusivität erfährt man nicht. Sie neigt zur Ehe oder zur Prostitution.

Die Gedanken von 1903 sind nicht neu, sie sind übernommener Lombrosianismus. LOMBROSO dachte ebenso, ließ aber seine Tochter Gina studieren.

Für alle Misogynen war dieser lombrosianische Aufguß eine Fertigware, die ihnen den Gang ins Bordell erleichterte, da ja das Weib tiefen- und seelenlos war. Wie also sollte der Verfasser eines solchen Buches das Leben ertragen?

Eine kurze Einblendung S. FREUDs ist einigermaßen schwierig. Ich muß und darf Grundlagen voraussetzen. FREUD kam vom Energetismus seiner Zeit; Ottomar ROSENBACH hatte ihn in die Klinik eingeführt. FREUDs Libidotheorie begann also energetisch, wie auch JUNGs Lehre. Die kindliche Sexualität – das hat er nicht gewußt – stammt von Franz Joseph GALL, der sie kranioskopisch auffaßte. Der polymorph perverse (sic!) Säugling war ein Hypothese. Einschließlich der Verdrängungslehre bleibt er also energetisch.

FREUDs große Wende wurde ausgelöst durch die Pariser achtziger Jahre in der Salpêtrière bei CHARCOT. Seine Vorlesungen hat er mustergültig übersetzt; die Berührung mit den Wirkungen der Hypnose und Suggestion sind deutlich; aus ihnen formt sich die Methode der freien Assoziation. CHARCOT soll nach Aussage BOURNEVILLES auch das Wort hingeworfen haben, der Hysterie liege stets Sexualität zugrunde. So gelang ihm die Aufdeckung früherer Psychotraumata. Zunächst benutzte er noch mit BREUER zusammen den hypnotischen Halbschlaf. Genau wie A. FOREL lernte er die Technik in Nancy bei BERNHEIM 1889.

Mit BREUER zusammen erschienen 1895 die „Studien über Hysterie“. Die Hypnose wich der aktiven Beteiligung, aus dem rein energetisch-naturwissenschaftlichen Denken entstand ein Mixtum, nämlich das wirk-same Hinzutreten der bewußten Biographie. FREUD nannte das die radikale Offenheit, ein zweifellos bedenkllicher Irrtum. Zum biographischen Gehalt trat die Bedeutung des Trauminhalts als ebenso bedenkliche Informationsquelle; die Publikation darüber entstand 1900. Auf diesem Weg ereignete sich der pansexualistische Charakter (drei Abhandlungen zur Sexualtheorie); ihm fügte er erst nach 20 Jahren einen neuen theoretischen Trieb, den Todestrieb, zu. Ich würde ihn nicht als Negativum deuten, vielmehr als „Leben zum Tode“ im existenziellen Sinn. So hielt sich diese These bis heute bei Herbert MARCUSE. Indessen hatte die Psychoanalyse den ärztlichen Bereich längst verlassen, der Kampf um die Laienanalyse war entstanden, und das gesamte Gebäude wurde in eine Art dogmatische Weltanschauung hinaufgehoben, die deren echte Zeichen innerhalb des Schrifttums und Novizats der geforderten Lehr- und Selbstanalyse trug. 1927 zeigte das Buch „Die Zukunft einer Illusion“ deutlich, daß man sich zwischen Philosophie und negativer Theologie befand. Wo setzt die bei einer Dogmatik so mißliebige Kritik ein; nicht dort, wo sie seinerzeit BUMKE hinstellte, sondern auf mannigfache andere Weise. Aus wenigen Einzelfällen von Inzest wurde eine allgemeine Tatsache gemacht. Nicht anders ging es mit der Kastrationsangst, die Frage des Ödipuskomplexes macht deutlich, daß die Lehre patriarchal war, daß ihr Antigonekomplex inexistent blieb, und daß die ethnologischen Ergebnisse lediglich auf FRAZER aufbauten. Und hier bemerken wir etwas Tragisches. Auch diese pansexuelle Lehre ist eine männliche Erfindung, sie negiert die Frau nicht unähnlich WEININGER und allen entsprechenden Vorgängern in den Jahrhunderten. Es fehlt völlig jener Schuß von Etruskertum, das wir archäologisch bewundern dürfen, jene echte Dualunion, ohne die es keine Liebe gibt, und im FREUDschen System gibt es keine. In diesem Punkt bleibt er hinter der Auffassung von der hebräischen Frau im Pentateuch ebenso zurück wie der Veroneser LOMBROSO in seiner Art. FREUD lebte im Zeitalter des Guten Alten Herrn von Schönbrunn, also in einer Gesellschaftsschicht, die uns der Dichterarzt Arthur SCHNITZLER, dessen „Letzte Masken“ deutlich psychoanalytische Verdrängungszüge tragen, doch atmosphärisch wärmer nahegebracht hat. Immerhin in der Geschichte bedeutet FREUDEin überragendes eximium opus. Die Mannhaftigkeit, mit der er bis zum Tode 1939 seine schweren Leiden trug, zeugt von stoischer Größe. Manche andere geistigen Wendungen haben das System überholt, so die aus dem Existentialismus geborene Daseinsanalyse Ludwig BINSWANGERS und die phänomenologische Gesamtrichtung, die sich bis zu V. von GEBSATTEL hinzieht.

Dieser längste Weg macht Ernst mit der Loslösung von nur naturwissenschaftlichen Vorstellungen, macht

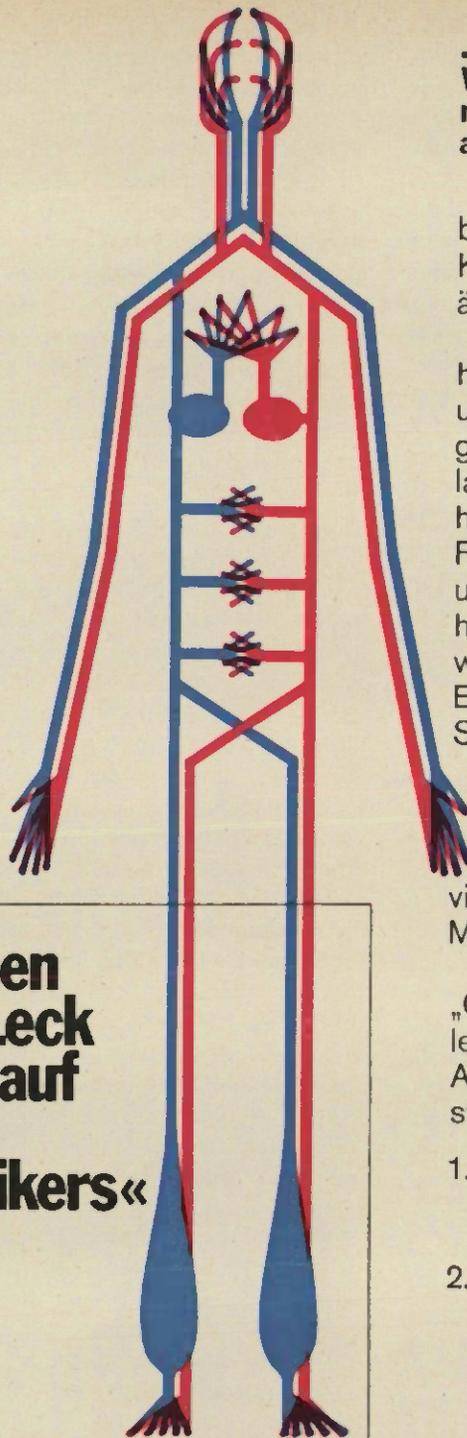
auch Ernst mit der romantischen Forderung, daß die Frage nach krank und gesund uninteressant sei, da es nur auf jene Deutung ankomme, mittels deren man die Daseinsformen besser verstehen und damit dem Objekt näherrücken kann. Diese hier nur allgemein gezeichneten Momente haben der Sexualwissenschaft erheblich gedient. Insbesondere da, wo man diese Methodik eben mit Historie vereint, die freilich des Relativismus nicht entraten kann. Der Fortschritt besteht in der Aufgabe des + und – Wertens, denn alles, was es gibt, vom Inzest über die Homosexualität oder Gruppensex ist eben schon einmal gewesen und wird immer weiter sein. Diese Frage hat man sich zu stellen, wenn man von der sogenannten „Sexwelle“ unserer Zeit redet. Das ist völlig verfehlt. Die Sexualwissenschaft vermag zu zeigen, daß die Zeiten Karls II. von England, die Erotik des 18. Jahrhunderts und die der sogenannten pornographischen Klubs im 19. Jahrhundert Englands sich kaum von der Gegenwart unterscheiden. Die sexuellen Existenzialien sind durchgängig, sie schlummern im ewigen Mythos, der nicht stirbt, der heute die gleiche Berechtigung hat wie in der Antike. Wer das Erlebnis von der „Puella divina“ der CATULLschen Zeit aufgibt, ist die Liebe gar nicht wert.

Doch wenden wir uns zunächst der weiteren Auffassung des FERUDschen Zeitalters zu. Erst etwa 1919 wurde FREUD in weiteren Kreisen bekannt, obwohl die Hauptwerke bestanden hatten. Als Mediziner in der psychiatrischen Klinik erfuhr man nichts. Überhaupt nichts vom Sexus, nirgendwo waren akademische Informationsmöglichkeiten dafür. Man mußte andere Wege gehen.

b) Das Humanitäre des Wollens bei M. Hirschfeld

In Berlin betrieb ein Praktischer Arzt eine Kassenpraxis, aus der er als Evolutionist seiner Zeit und daher als Häckelianer sein Krankengut morphologisch sicherte. Er ließ sich dabei anamnestisch erzählen, wie diese naturwissenschaftlich erforschbaren Individuen lebten. Hinzu trat freilich etwas Unobjektives, nämlich ein humanitäres Wollen, das ihn diesen Fragen näherbrachte; Magnus HIRSCHFELD war ein äußerlich wenig anziehender Mann von vernachlässigtem Äußeren, von einer Mischung von Hilfsbereitschaft und Neugier. Wir haben uns Jahrzehnte lang gekannt. Sprechen wir es sachlich aus: er war homosexuell; in der Inflationszeit „Unter den Zelten“ im alten Berliner Westen stellte er mit dem Kunstgriff einer Stiftung „Humanitäres Komitee“ ein beachtliches wissenschaftliches Institut auf die Beine.

Schon 1897 hatte er eine Petition an die gesetzgebenden Körperschaften des Deutschen Reiches eingereicht, die er dann in jenen Jahren, also um 1920 herum, auf breiter Basis wiederholte. Es ging um die Abänderung des § 175 RStGB und dessen Diskussion im Reichstag. HIRSCHFELD berief sich auf große Vorgänger wie R. VIRCHOW und LANGENBECK, die die Aufhebung des Paragraphen verlangt hatten (1869), also



**Beinvenen
sind das Leck
im Kreislauf
des
»Orthostatikers«**

**... oder:
Wie sich die Elastizität der Venen
nachteilig auf die Hämodynamik
auswirken kann.**

Die Venen sind dank der Dehnbarkeit ihrer Wände befähigt, ihre Kapazität in weiten Grenzen zu ändern.

Diese Eigenschaft ist zweifellos hämodynamisch nützlich, wenn es um die Regulation der Blutverteilung geht. Unter der natürlichen Belastung durch die aufrechte Körperhaltung kann sie aber unangenehme Folgen haben. Dann nämlich, wenn ungenügender Wandtonus dem hydrostatischen Druck nicht gewachsen ist und mehr Blut in den Beinvenen versackt als die arterielle Seite entbehren kann.

Und gerade der „Orthostatiker“ ist ein solcher „Venenschwächling“. Bei ihm versackt fast doppelt so viel Blut in den Beinvenen wie bei Menschen mit normalem Wandtonus.

AMPHODYN® retard hilft dem „Orthostatiker“, dem Kreislauflabilen, indem es den physiologischen Anpassungsvorgang des Kreislaufstabilen nachahmt:

1. Kräftige Venentonisierung verhindert, daß zu viel Blut in den Beinen versackt.
2. Zusätzliche maßvolle und gleichmäßige Tonisierung der Arterien stabilisiert den Blutdruck endgültig.

AMPHODYN® *retard*

stabilisiert Kreislauf und Blutdruck



Indikationen:
Hypotonie,
orthostatische Fehlregulation,
periphere Kreislaufschwäche
(nach Infektionen,
Operationen, Geburten,
während der Schwangerschaft,
vegetative Vasolabilität
(vasomotorischer Kopfschmerz,
Föhnbeschwerden).

Zusammensetzung:
1 Retardkapsel enthält:
Etilerfrin-hydrochlorid 20 mg,
Roßkastanienextrakt 150 mg
(Trockensubstanz, mit
25 mg Aescin in wasser-
löslicher, resorbierbarer Form).

Dosierung:
Morgens 1 Retardkapsel
vor dem Frühstück.
Bei Bedarf mittags
eine weitere.

Packungen/Preise:
20 Retardkapseln DM 7,90
50 Retardkapseln DM 18,-
Klinikpackung
mit 500 Retardkapseln.

in jener Zeit, als das neue Strefgesetz entstanden war. Er verwies auf die folgenlose Aufhebung der Strafbestimmungen in Frankreich, Italien, Holland. Seine Theorie der so rätselhaften Erscheinung ist zeitbedingt bio-morphologisch. Die Historie wird freilich benutzt. Er stellt fest, daß dieser Zustand im echten Sinne unheilbar sei, daß also Wahrheit und Gerechtigkeit den gleichen Weg gehen sollten, um die Diskriminierung und die Tragik der Einzelschicksale zu lindern. Genauso wollte es WEDEKIND. Es ist bedeutungsvoll, einige Unterzeichner namentlich aufzuführen: Geheimrat Dr. Franz LIZT (Strafrechtsordinarius), sein Kollege BRUCK in Breslau, ebenso KLEINFELLER in Kiel neben dem Kirchenhistoriker Franz GÖRRES, meinem alten Lehrer RUBNER, dem bekannten EULENBURG, dem Venerologen NEISSER, dem Chirurgen BRA-MANN in Halle, dem Pharmakologen HARNACK, von KRAFFT-EBING, Gerhart HAUPTMANN, KAULBACH, A.vonSONNENTHAL, FelixWEINGARTNER, BUSCHAN usw.

Belassen wir es bei diesen wenigen. Natürlich fehlte auch A. GROTJAHN, damals noch einfacher Berliner Arzt, nicht.

Die rechtliche Auffassung bezieht sich darauf, daß bei Erwachsenen keine dritten Rechte verletzt werden, daß vielmehr die von CHAVEAU und FAUSTIN in der Theorie du code pénal genannten amtlichen Schnüffeleien ein Ärgernis seien. Da Juristen bekanntlich gründliche Leute sind, so hatten sie genaue Unklarheiten verfaßt, so etwa, daß nach reichsgerichtlichen Urteilen einerseits Immissio in corpus nebst Umschlingungen und Friktionen strafbar seien, nicht aber die mutelle Onanie. Von KRAFFT-EBING hat darauf hingewiesen, zu welchen peinlichen Nachforschungen der Richter also veranlaßt werde. Gegen den Gesetzgeber wandte HIRSCHFELD ein, daß die naturwissenschaftliche Auffassung so weit verändert sei, daß der Paragraph ein error legislatoris sei.

HIRSCHFELD, der humanitäre sozialistische Mensch, war als Evolutionist der Ansicht, wenn es schwarze oder weiße Kaninchen gibt, warum nicht auch graue; dies war die Metapher für die Homosexuellen. Er pries die Homosexualität des französischen Justizministers unter Napoléon CAMBACERES, weil durch den Code Napoléon und in seinen Anwendungsbereichen (Italien, einige Schweizer Kantone) der Paragraph gefallen war. HIRSCHFELDS humanitäre Seite war bei weitem ausgeprägter als der Drang nach akademischer Ehrung. Er kämpfte wie ROLLANDs Romanheld als „l'un contre tous“ und verstand es, für die neuen Ideen zu werben. Eine Zeitlang, allerdings kurz, verbündete er sich mit Arthur KRONFELD, dem vielseitig philosophisch gebildeten Psychiater und Sexualforscher. HIRSCHFELD war handfest, wie es seiner Proletarierpraxis entsprach. Der bekannte homosexuelle Film „Anders wie die Anderen“, in dem er persönlich auftrat, wurde ihm natürlich als unstandesgemäßes Verhalten angerechnet. Ihm war das gleich. Er ent-

wickelte die morphologische Untersuchung des Sexualapparates mittels des Röntgenschirmes; so gelangte er zur Auffindung von Testikelgewebe em Lebenden bei Hermaphroditen.

Er benutzte den Begriff des psychosexuellen Infantilismus, zu dem er entsprechende konstitutionelle Korrespondenzen suchte. Als ausgezeichnete Rhetor wurde er ein gesuchter Sexualexperte bei allen Berliner- und Provinzgerichten. Man glaubte ihm, wie man psychiatrisch dem alten LEPPMANN glaubte. Bei einem Mordprozeß fragte ein dritter Sachverständiger etwas maliziös: „Was machen Sie denn hier, Herr HIRSCHFELD?“ Er antwortete unmittelbar: „Sie werden nicht abstreiten können, Herr Kollege, daß eine Ehe eine Sexualbindung ist.“

Doch gemacht: der Fortschritt der Sexualwissenschaft vollzieht sich in astronomischen Zeitläufen. Bekämpft wurde HIRSCHFELD auf das heftigste von seinem nationalen Kollegen Albert MOLL, der auch die Psychoanalyse bekämpfte, da er noch BERNHEIM-Schüler der Hypnoseära war und um diese Praxisquelle in Sorge geriet. Bekämpft wurde er von dem eigentlich so sanften Siegfried PLACZEK, der von der Psychiatrie kommend zur Sexualwissenschaft vorgestoßen war und ein bekanntes Buch über die Freundschaft geschrieben hat. Einigkeit herrscht also, wie gewöhnlich, auch in dieser neuen Disziplin nicht. Liest man HIRSCHFELDS klassisches Werk „Geschlechtliche Entwicklungsstörungen mit besonderer Berücksichtigung der Onanie“ von 1917, so fällt auf, daß wir uns noch diesseits der Forderung des inzwischen verstorbenen BLOCH befinden. Der Band I handelt von Drüsenausfall, Infantilismus, der Frühreife, behandelt dann Sexualekrisen und endlich die Onanie, der er ein Kapitel Automonosexualismus beigibt. Band II enthält die bekannten „sexuellen Zwischenstufen“, denen er seine Jahrbücher gewidmet hat. Hier handelt er über Hermaphroditismus verus und spurius, Androgynie, Transvestitismus, Homosexualität und Metatropismus. HIRSCHFELD verbleibt also wissenschaftlich im Evolutionismus, in der kasuistischen Beschreibung, und seine Pathologiebegriffe richten sich noch nach der alten medizinischen Methode. Er sieht in den Homosexuellen eine Minderheit, die er historisch mit 2% berechnet, und ihr gilt sein humanitäres menschenrechtliches Interesse.

Allerdings verlegte er dann in Kriegszeiten das Interesse auf soziologische Zusammenhänge. Davon zeugt die bebilderte „Sittengeschichte des Weltkrieges“ (2 Bände), die ihn zugleich in die damalige Ära des idealistischen Pazifismus stellte; der Tenor ist jedenfalls: der Krieg wirkt verrohend und nivellierend auf das Sexualleben. Dieser sozialkulturelle Aspekt findet sich dann 1929 in der „Sexualgeschichte der Menschheit“, die er gemeinsam mit dem Psychiater Berndt GÖTZ verfaßt hat. Hier wird der morphologisch-biologische Charakter schon verlassen. Eine echte Phänomenologie kommt aber nicht zustande.

Zu Beginn des Jahres 1914 hatte Hans BLÖHER die ihm nahestehende Wandervogelbewegung als „erotisches Phänomen“ dargestellt. Er benutzt psychoanalytische Dogmen und geht vom Ödipuskomplex aus. BLÖHER stand damals schon an der bedenklichen Grenze völkisch-rassistischer Betrachtungen. Im ganzen durchtönt seine Auffassung die eigene Inversion, die er als Freigabe verlangt, um der Paideia willen, die im platonischen Sinn sublimiert wird. Die Freigabe des invertierten Liebeskomplexes soll zu einer psychosanitären Forderung im Interesse des Volkstums werden.

In den zwanziger Jahren entstand unter Mitwirkung bedeutender Gelehrter wie HIRSCHFELD, KRONFELD, Justizrat WERTHAUER noch einmal ein Entwurf zur Sexualstrafrechtsreform, in der er der Kommentierung jeder einzelnen Position nachging, beispielsweise der Koitusverbot in der Nähe von Kirchen und ähnliche Ungereimtheiten. Der Erfolg war gleich Null.

HIRSCHFELDS wie KORNFELDS Leben enden im tragischen Dunkel der Emigration. HIRSCHFELD begann seine Jugendzeit im literarischen Raum des dichterisch damals so aufblühenden Breslau. Nach dem Physikum war er Vorleser des augenkranken Henrik IBSENS in München, er begegnete WEDEKIND persönlich. Als der Fall Oscar WILDE akut wurde, verfaßte er sein erstes sexualwissenschaftliches Werk: „Sappho und Sokrates“; danach bewegte er sich in der „Neuen Gemeinde“ seiner Schwester Franziska MANN zusammen mit Heinrich und Julius HART.

c) Die vergessene Frau

Die Schilderung der Ereignisse dieses Jahrhunderts setzt die Frage frei: Wo aber blieb die Frau? Sexualwissenschaft im umgreifenden Sinn ist ohne ihre Betrachtung unmöglich. Sie hatte die Emanzipationszeit durchlaufen. Die Pankhurst-Kämpferinnen hatten den emanzipierten maskulinen Typus als Waffe benutzen müssen. In der Kunst hatte dies zu Rückschlägen bei August STRINDBERG geführt, der die Frau abtrennte, sie zum Haßobjekt in der Frühzeit seines Schaffens gemacht hatte, aber immerhin von Siri von ESSEN über Frieda UHL bis Harriet BOSSE trotz Scheidungen nie von der Frau loskam. Das ist immerhin bemerkenswert. Er schuf wie WEDEKIND in grandioser Intuition die Lulu, also den Erdgeist in aller Moralfreiheit, schließlich den dichterischen Frieden in „Nach Damaskus“.

Die Emanzipierte war etwa seit 1911, in welchem Jahr Ernst BUMM in einer Rektoratsrede die endgültige Studienaktivität der Frau an der Universität besiegelt trotz misogynen Einzelgängers, wie des Germanisten RÖTHE, schon unbekannt; wir lebten mit den Studentinnen damals in der Atmosphäre erotischer Befriedigung, die uns recht gut bekommen ist. STRINDBERG schätzten wir hoch als den großen neuen Dichter, aber seiner Misogynie glaubten wir nicht mehr. Ich will hier nichts verniedlichen. Ich behaupte nicht, daß akademische Lehrer und Kommilitonen heute nicht misogyn

wären. Vielleicht sogar mehr als damals, ein trauriger Rückschritt. Im Ernst wird jedenfalls niemand mehr an den Inhalt eines Buches glauben, wie es leider MÖBIUS zu schreiben für nötig hielt. Es gibt übrigens ein Analogon dazu „Der physiologische Schwachsinn des Mannes“. Der intellektuelle Geltungsbereich der Frau ist erstritten trotz der unbelehrbaren Misogynen. Frauen laufen auch nicht mehr in Stehkragen herum, wie einst Sophie HÖCHSTETTER, sie entfalten innerhalb des Berufsernstes ihren natürlichen Charme.

Aber das ist noch nicht alles, was die Sexualwissenschaft im historischen Sinn aufzudecken hätte. Nur langsam setzt sich neben dem Gesetz der Gleichberechtigung, kommentiert von der Richterin KRÜGER, ein tieferes Verständnis für die Lebensnotwendigkeit der Dual-Union ein.

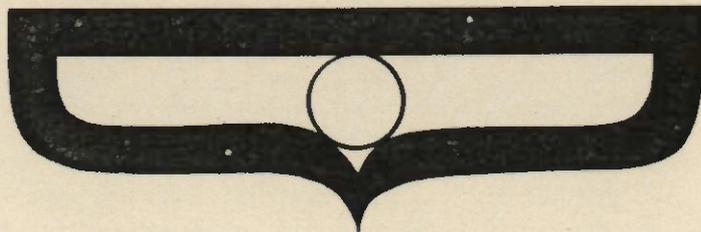
Dual-Union, der Nach-FREUDSchen Terminologie des genialen Schicksalsforschers Leopold SZONDI entnommen, soll nun einfacher ausgedrückt werden, nämlich mit echter Liebe. Man hat bisher nicht den Eindruck gewonnen, daß die hier genannten Forscher viel von Liebe verstanden, also von der Frau, an und mit der sie sich körperlich, seelisch und geistig vollzieht. Das gilt auch für die Literatur der gehobenen und populären Aufklärung etwa A. FORELS in seinen vielen Auflagen, später etwa Max HODANNs „Bub oder Mädel“. Diese Liebe umgreift den Sexus in allen spielenden Feinheiten, wie sie schon der Arabismus kannte. Hier hat dann freilich der Mann viel hinzuzulernen, weil es ihm an Kontinuität des Eros häufig gebricht und gerade sie bedeutet die Lebensgestimmtheit überhaupt. Wir meinen gewiß damit nicht die verdächtige Sublimierung der Psychoanalyse, wir meinen die konkrete Ganzheit dieser kontinuierlichen Liebe. Was uns hier, gerade etwa im holländischen Theologenraum, begegnet, hat für mich etwas Rührendes und Hoffenswertes. Ohne Häresien fördern zu wollen, darf ich sagen, was wir an Magie bei den Hexen erlebten, sehen durften, war die Kontinuität jenes Lebenseros, der anthropologisch nie versiegte und ich sage gottlob. Das bedeutet aber zugleich die Blickrichtung auf den nie ersterbenden Mythos. Symbol solchen Verhaltens scheint mir das von meiner Frau erschlossene Etruskertum zu sein, wie man es in der Toscana heute noch vorfindet. Die Gleichberechtigung imponiert hier nicht als ein bürgerliches Gesetz, sie wird ausgestrahlt von den sichtbaren Bildwerken Volterras oder Caeres. BACHOFENS absolutes Mutterrecht ist heute ethnologisch wissenschaftlich nicht mehr gültig, da die Koexistenz der sozialen Gesellschaftsformen außer Frage steht, er irrte aber auch in der ethischen Einstellung der damals kaum bekannten Etrusker. PLUTARCHS Schrift über die Tapferkeit der Frauen ist hier von anderem Holz. Dies alles dokumentarisch zu schildern, ist hier nicht der Ort; wir müssen auf eine größere Darstellung vertrauen, die demnächst in großem Buchformat von uns herauskommen wird. Der Irrtum vergrößerte sich noch durch

thomae



Mit Digipersantin® schafft es das Herz

weil die Therapie der Herzinsuffizienz mit Digipersantin
mehr als eine Digitalis-Behandlung ist.



die Publizierung jenes wohl nicht gelstig gesunden GRÜNWEDELS, den sich ROSENBERG im Tausend-jährigen Reich zum Vorbild nahm. BACHOFENs Auf-fassung lehnte sich an HERODOTs Lykier erzählung an. Kurzum: Weder die Etrusker noch der Pentateuch kannten eine weibliche Minderung. Sie trat auf anderen Wegen ins soziale Leben. Die Gleichberechtigung der Frau ist nicht geworden, sie ist von jeher ein Faktum, mochte man es auch seitens der Männer vernach-lässigen.

Die Sexualwissenschaft hat bisher eine Lücke; die ge-samte Literatur leidet unter der Frauendarstellung durch den Mann. Von der Frau selbst haben wir noch viel zu wenig erfahren. Ich erwähnte die PARTURIER. Diese Kenntnisse sind aber bei der Forderung einer gleich-mäßigen erotischen Kontinuität des Zusammenlebens unerlässlich. Es gibt einzelne Ansätze dazu, so etwa die Kindheitsschilderungen der Simone de BEAUVOIR, es gibt weibliche erotische Autorinnen, die ohne Sen-sationslust schreiben, es gibt kritische Köpfe, wie die Kommentatorin des Gleichberechtigungsgesetzes, die Juristin KRÜGER, die freilich manchmal etwas über die Stränge historischer Sachlichkeit schlägt. München ist die Stätte der Franziska von REVENTLOW, die dem männerbundhaften Treiben Stefan GEORGES manche satirische Sorge hier in Schwabing bereitet hat. Wohl verstanden: ich nenne hier keinen Katalog berühmter Frauen vom Schiage der Hedwig HEYL, der MONTES-SORI, Else LASKER-SCHÜLER; das kann man gefahrlos PLUTARCH überlassen; hier geht es um die Dar-stellung des weiblichen Eros, der erst die Magie der Geschlechterbeziehung ermöglicht, also um ein Isolde-motiv. Es hat Zeiten gegeben, in denen man im Arabis-mus und im ebendländischen Aquitanien hiervon weit mehr erfuhr als gegenwärtig. Wohl gemerkt, keine Sonderstellung der Frau, wohl aber ihre eigentliche Existenz, ohne die der Mann nicht leben kann, wenn er diese Bezeichnung beansprucht.

Liebe ist Magie; alle Versuche einer Rationalisierung scheitern an ihr. Nur in dieser Magie braucht jener Pan, den man einst totsagte, und der bis in den Titel einer Zeitschrift des Jugendstils reicht, nicht zu ster-ben; ohne diesen mythischen Gehalt bleiben wir arme Schlucker des Lebens. Als Richard STRAUSS auf-tragsgemäß die „Josephslegende“ komponiert hatte, war er sich darüber im klaren, daß sie nichts taugte, sie war ohne jenen Eros geschrieben, der den Rosen-kevallier, die Elektra, die Salome, Arabella und das In-termezzo erschaffen hat. Sexualwissenschaft ist keine Lehre der technischen Sexualphysik, ist keine Physio-logie, und doch ist in ihr alles dies mitenthalten.

Als vor nunmehr fast 45 Jahren in Berlin die Pioniere der Fürsorge für psychische Hygiene (LEIBBRAND, Otto JULIUSBURGER und Gustav EMANUEL) auf-traten, richtete man auch Eheberatungsstellen ein. Edouard TOULOUSE, der Chef von Ste. Anne in Paris, wurde gefragt, ob es in Paris auch Eheberatungsstel-

len gebe, er antwortete lakonisch: „Was denken Sie von mir. Meinen Sie, ich wolle mich allabendlich bei den ‚Noctambules‘ durch den Kakao ziehen lassen. Paris braucht keine Eheberatungsstellen.“ Tempora mutan-tur et nos mutamur in illis! Heute sieht die Sache schon wieder ganz anders aus. Die berüchtigte „Pille“ kam aus Amerika. Sie hat zweifellos der Frau in ihrer Existenz einen sehr großen Rückhalt gegeben, mag man sonst darüber kritisch urteilen. Die innerhalb der Gleichberechtigung so entstandene größere soziale Freiheit ist außer Zweifel. Sozial hat sie die Frau von der Lebensgefahr des Abortes in Schutz genommen. Mir ist die Zweifelhafteigkeit der Pille klar; hoffen wir auf Verbesserungen. Soziale Veränderungen, für die wir Älteren gekämpft haben, scheinen sich aufzu-bauen; der § 175 fiel, der § 184 steht vor dem Fall. Staatsanwälte und Richter treten weicher als ihre vor-ausgegangene Generation, die der „Simplizissimus“ oder Karl KRAUS bravourös karikierten; darüber aktuell zu reden, bedürfte es einer eigenen Vorlesung, die die neue Literatur nach WEDEKIND bis GENET, Henri MILLER und jenen anonymen Autor NEWMAN in Amerika berücksichtigte, dessen Roman „Barbara“ weit tiefgründiger ist als „Fanny Hill“ und die „Mutzen-bacher“. Hier sollte der historisch wichtige Überblick nur im F-D-Tempo gegeben werden.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. Annemarie Leib-brend-Wettley der Universität München und Profes-sor ord. emer. Dr. med. Werner Leibbrend, 8000 Mün-chen 13, Nordendstraße 2

Walner-Schulen vom Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen e.V. übernommen

Frau Philomena Walner hat die von ihr gegrün-deten und seit vielen Jahren geleiteten Schulen zur Ausbildung Medizinisch-technischer Assi-stentinnen und Arzthelferinnen dem bei der Bayerischen Landesärztekammer gegründeten gemeinnützigen Verein zur Förderung der Aus-bildung und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen e. V. übertragen. Die Schulen wer-den von dem Verein in Anerkennung der großen Leistungen der Gründerin unter dem Namen „Walner-Schulen“ weitergeführt.

Auskünfte und Anmeldungen von Schülerinnen beim Sekretariat der Walner-Schulen, 8000 Mün-chen 15, Lindwurmstraße 73, Tel. (08 11) 53 58 58

Notfalltherapie in der ärztlichen Praxis

Vorschau auf das Programm des 47. Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin vom 26. bis 28. März 1971

von A. Schretzenmayr

Herrn Professor Dr. Dr. E. H. GRAUL, Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Nuklearmedizin in Marburg, zum 50. Geburtstag in Anerkennung seiner Mitarbeit in der ärztlichen Fortbildung gewidmet.

Vierzehn Nothelfer konnte im Mittelalter der leidende Mensch um Hilfe und Fürsprache in allen seinen Nöten anrufen. Es waren durchwegs frühchristliche Märtyrer, deren Lebens- und Leidensgeschichte dem Gläubigen Hinweise darauf gaben, daß ganz spezielle Erfahrungen auf diesem oder jenem Leidensgebiet vorliegen und daß deshalb die Fürsprache des jeweils angerufenen „Fachmannes“ beim Allerhöchsten besonders wirksam sei. Bis heute haben sich Bräuche und Gewohnheiten dieser in früheren Jahrhunderten allgemein gepflegten Glaubensriten erhalten: Jeweils am 3. Februar gilt der Blasiussegen der Prophylaxe der Halskrankheiten und noch heute suchen die Mütter, eingedenk der Schreckenszeit der Diphtherie, Trost bei St. Blasius, wenn ihr Kind an dem auch jetzt noch häufigen Halscroup viraler Genese erkrankt. Der Autofahrer schätzt den hl. Christophorus, dessen Fürbitte „vor jähem Tode“ schützt; die Bergleute und Artilleristen verehren die hl. Barbara, St. Pantaleon berät die Hebammen bei ihrem aufregenden Beruf und St. Vitus, der dem Veitstanz den Namen gab, hilft bei den zerebralen Anfallskrankheiten. Unzählige Kirchen und Wallfahrtsorte sind den 14 Nothelfern geweiht,

noch zahlreicher sind die Votivtafeln mit den bildlichen Darstellungen der Fürbitten, die das gläubige Volk des Mittelalters, der Spätgotik und der nachfolgenden Jahrhunderte bis heute in körperlicher oder seelischer Not an diese Heiligen mit leidenschaftlicher Inbrunst richtete.

Wenn wir im reichen Kunstareal der Spätgotik in unserem süddeutschen Raum Umschau halten, so registrieren wir etwas erstaunt, daß die Bürger der freien Reichsstadt Augsburg in ihren Nöten offenbar die 14 Nothelfer nicht allzusehr bemüht haben, daß sie vielmehr – unter Umgehung des Dienstweges – gleich direkt die höheren Instanzen des Notfalldienstes angerufen haben. Augsburgs großer Meister der Spätgotik, Hans Holbein d. Ä., berichtet uns über mehrere Beispiele dieses reichsstädtischen Sonderstatus in Notfällen: auf dem Votivbild des Augsburger



Abbildung 1

Hans Holbein d. Ä., Votivbild gemalt 1508. Der Augsburger Weinhändler Ulrich Schwarz bittet um Fürbitte und Hilfe für seine zahlreiche Familie (Augsburg, Städtische Kunstsammlungen)



Abbildung 2

Hans Holbein d. Ä., Epitaph der Augsburger Familie Walther, gemalt 1502 (Augsburg, Staatliche Gemäldegalerie)



Weinhändlers Ulrich Schwarz (Abb. 1) kniet der Stifter mit seinen 17 Söhnen, 3 Ehefrauen und 14 Töchtern vor dem richterlichen Gottvater, gibt auf den ornamentalen Spruchbändern seine und seiner großen Familie Wünsche kund und bittet Christus zur Rechten und Maria zur Linken um Fürbitte in seinen Nöten. Auch die Augsburger Familie Walther wendet sich in Holbeins Epitaph (Abb. 2) direkt an Christus, vermutlich mit einer sehr speziellen Fürbitte: im rechten Bildfeld oberhalb der knieenden Schar der weiblichen Familienmitglieder ist die „Heilung des Besessenen“ durch Christus dargestellt! Ein weiteres Motivbild Holbeins, „Die Kaisheimer Schutzmantelmadonna“ (Abb. 3) zeigt

häufen. Natürlich war die Ätiologie der Syphilis und ihre heute häufigste Übertragungsform damals unbekannt. Wir müssen aus diesem Bild und zeitgenössischen Berichten schließen, daß die Syphilis damals wie die Pest explosionsartig und todbringend auftrat und häufiger extragenital als genital übertragen wurde; zwar wurde in den Pest- und Syphilishäusern (Hamburg, Augsburg) eine gewisse Therapie mit Quecksilber und Gujak durchgeführt, aber als wirksamste Therapie und Prophylaxe galt damals der himmlische Beistand, wie Holbeins Holzschnitt der Kaisheimer Schutzmantelmadonna beweist.

Auf der Basis dieser Vorbilder der spätgotischen Meister hat sich in den folgenden Jahrhunderten bis heute die weitverbreitete Volkskunst der Motivtafeln entwickelt. Es gibt kaum einen Spaziergang im süddeutschen Raum, kaum eine Wanderung im Gebirge, wo wir nicht auf die Zeugnisse dieser volkstümlichen, bäuerlichen Kunst stoßen würden. Der Frankfurter Kinderarzt Professor THEOPOLD hat in den letzten Jahren alle nur erreichbaren Motivbilder mit medizinischem Inhalt zu einem Bildband gesammelt, systematisch geordnet und so unserer Zeit diese aussterbende Kunst erhalten. Einige Proben aus dieser Sammlung sollen die leidenschaftlichen Hilferufe, aber auch die Notfallsituationen und Hilfsmaßnahmen demonstrieren, die in diesem transzendentalen Bereich der Notfallsituation zum Tragen kamen (Abb. 4 bis 10).

Angesichts der Fortschritte der modernen Medizin bei den Notfällen wird der Sceptiker die Frage stellen, ob nun all diese jahrhundertealten Hilferufe und Hilfen als mittelalterlich, primitiv, abergläubisch und höchstens für die Kulturgeschichte interessant anzusehen sind. Ist es überhaupt sinnvoll, dem 47. Augsburger Fortbildungkongreß, dessen Themen sich mit der „Notfalltherapie in der ärztlichen Praxis“ beschäftigen,



Abbildung 3

Hans Holbein d. Ä., Holzschnitt um 1503/05.

„Kaisheimer Schutzmantelmaria“. — Der Prior des Zisterzienserklosters Kaisheim (bei Augsburg) bittet um Schutz seiner Mönche „a morbo gallico“. Für das Jahr 1502 wird eine große Epidemie der „Franzosenkrankheit“ in Augsburg berichtet

(Berliner Staatliche Museen)

uns ein interessantes Detail, das bei oberflächlicher Betrachtung und Deutung heute einer gewissen Komik nicht entbehren würde: Der Prior des Zisterzienserklosters Kaisheim, Frater Conrad Reitter, bittet Maria in dem umrahmenden, lateinischen Text um Schutz seiner Mönche „a morbo gallico“, d. h. um Schutz vor der 1502 in Augsburg wütenden „Franzosenkrankheit“ (Syphilis). Wir sehen unter dem Schutzmantel die geängstigten, betenden Mönche und hohen geistlichen Würdenträger, während sich im Vordergrund des Bildes die dem morbus gallicus erlegenen Opfer an-



Abbildung 4

Motivtafel des Ritters Ludwig Klinkhammer, der vor Rovereto von einer Büchsenkugel getroffen wurde (Ausschnitt). 1487. Stift Wilten bei Innsbruck (Aufnahme Professor Theopold, Frankfurt-Hoechst)



Abbildung 5

Verkehrsunfall im Jahr 1735, Votivbild aus Mühberg bei Waging/Obb.
(Aufnahme Professor Theopold, Frankfurt-Hoechst)

die Reminiszenz an eine solche unmoderne, manchem vielleicht sogar sinnlos erscheinende „Notfelltherapie“ voranzustellen? — Ich behaupte, ja! es ist sinnvoll. Ich behaupte, daß diese mit so viel Inbrunst betriebene Nothilfe eine sehr tiefe Begründung hatte und noch hat. Schon die Tatsache, daß so große, der Renaissance aufgeschlossene Meister wie z. B. Holbein d. Ä. sich nicht scheuten, diesen sonst der Volkskunst vorbehaltenen Weg zu beschreiten, sollte uns sagen, wie ernst diese aufgeklärten Geister der Zeitwende dieses Problem der Nothilfe nahmen. Die religiösen und transzendentalen Aspekte sollen hier ganz außer Ansatz bleiben, es sollen nur einige psychologische Tatsachen registriert werden: daß rein psychogene Krankheitszustände damals wie heute durch Anruf der 14 Nothelfer oder anderer überirdischen Instanzen „geheilt“ wurden, ist selbstverständlich; aber auch groborganisch bedingte Notfallsituationen sind nicht selten psychotherapeutischen Einflüssen zugänglich: eine Mutter zum Beispiel, die ihr an Kehlkopfcroup erkranktes Kind betreut, überträgt die durch Anruf des St. Blasius erlangte Ruhe und Zuversicht auf ihr ver-



Abbildung 6

Reitunfall 1770, Votivtafel aus Weißenhinden/Obb.
(Aufnahme Professor Theopold, Frankfurt-Hoechst)

ängstigtes Kind, das Kind wird ruhiger, atmet geordneter, rationeller, entkrampfter und wird allein dadurch schon das Sauerstoffdefizit und die Dyspnoe überwinden. Selbst unter den Nervenärzten hat St. Vitus Nachfolger gefunden: die psycho- und soziotherapeutische Behandlung der echten Psychosen, die man früher für unheilbar hielt und einsperrte, ist ein wichtiges Anliegen der modernen Psychotherapie geworden. Die Beispiele lassen sich beliebig vermehren. Sollte es noch eines Beweises für die Bedeutung psychogener Einflüsse bei der Notfalltherapie bedürfen, so brauchen wir nur einen Blick auf unsere „modernen“ Medikamente werfen, die häufig in Notfallsituationen zur Anwendung kommen: angefangen von den Mitteln zur Bekämpfung des Herzinfarktes, der angina pectoris, des Asthmaanfalles bis zu den zahlreichen Medikamenten gegen Koliken und Schmerzen verschiedenster Genese, sie alle enthalten heute Psychopharmaka! Der Mensch von heute ruft — leider — in seiner Not nicht mehr einen der 14 Nothelfer an. Da er aber wie ehemals zur Überwindung des Schocks den psychischen Trost, die Ruhe, die Unterdrückung



Abbildung 7

Floßunglück 1792, Votivtafel Gartlbürg bei Pfarrkirchen/Ndb.
(Aufnahme Professor Theopold, Frankfurt-Hoechst)

der Angst braucht, greift er heute in gläubiger Hast zur psychochemischen Wunderdroge. Diese modernen Psychopharmaka sind, wie sich bei den einzelnen Referaten im Verlauf des Kongresses zeigen wird, in geeigneten Fällen sicher von guter Wirksamkeit und unentbehrlich. Wir werden am Schluß unserer Vorschau nochmals auf diese Problematik zurückkommen.

Die Themen, die der 47. Augsburger Kongreß für praktische Medizin über die Notfalltherapie aufgestellt hat, beinhalten nur einen kleinen Teil dieses riesengroßen Gebietes. Entscheidend bei der Auswahl waren Aktualität, Fortschritte diagnostischer oder therapeutischer Methoden, besondere Probleme für die ambulante Praxis und Wandel in der Aufgabenverteilung von ambulanter und stationärer Versorgung des Notfalles. Der letztgenannte Gesichtspunkt trifft besonders auf das erste Hauptreferat am Samstag, den 27. März 1971, zu: „Chirurgische Erstversorgung in der Praxis“. Privatdozent Dr. LICK, der den Münchener Notfalldienst mitaufgebaut hat, heute Oberarzt der Chirurgischen Kli-



Bei Sportverletzungen

an Muskeln,
Bändern und
Gelenken

zur Stützung,
Ruhigstellung,
Schmerzlinderung



bewegungsfähige
Kompressionsverbände
mit

ELASTOPLAST®

Beiersdorf AG
Hamburg

nik Würzburg, wird darlegen, was bei den chirurgischen Notfällen in der Praxis und was im Krankenhaus zu tun ist. Der Strukturwandel, der sich hier vollzogen hat, kann nur kurz angedeutet werden: heute, im Zeitalter der Intensivmedizin, ist es z. B. wichtiger, daß der zum Unfall erstgerufene Arzt durch Reanimation und Schockbekämpfung die Transportfähigkeit herstellt, als daß er sich etwa wie früher mit Gipsverbänden und Wundnaht beschäftigt.

Über „Die Problematik ambulanter Anästhesien“, die heute oft auch Teil einer Notfallhilfe in der Sprechstunde werden, berichtet Professor Dr. PFLÜGER, Frankfurt, Direktor der Anästhesiologischen Abteilung des Krankenhauses Frankfurt-Nord.



Abbildung 8

Treppensturz, Versorgung des Verletzten in mehreren Phasen dargestellt. Ausschnitt aus Votivtafel 1697, Dietramszell/Obb. (Aufnahme Professor Theopold, Frankfurt-Hoechst)

Größte Aktualität besitzt zweifellos Privatdozent Dr. PÖLDINGERS Referat: „Notfallsituationen bei Drogenabhängigkeit“ (mit eingblendetem Film). Leider werden nicht nur die psychiatrischen Kliniken, sondern in zunehmendem Maße die Ärzte der Praxis, und zwar in allen Disziplinen, mit den Problemen der Rauschgiftsucht konfrontiert, nicht selten in der Form ganz akuter Notfallsituationen.

Pöldingers Thema wird ergänzt durch das Referat „Der psychiatrische Notfall“, über das, gleichfalls mit eingblendetem Film, OMR Dr. LIESER, München, berichtet, dessen filmische Darstellungen der Psychose in medizinischen Kreisen weit bekannt sind.

Der Samstagvormittag wird abgeschlossen mit einem Vortrag aus einem uralten Notfallgebiet, aus der Geburtshilfe und einem Referat aus einem jungen Fach, nämlich aus der Neurochirurgie (Professor Dr. STOLL, Mannheim, „Geburtshilfliche und gynäkologische Notfälle in der Praxis“; Professor Dr. MARGUTH, München, „Neurochirurgische Notfälle in der Praxis“). In beiden Fächern ist der bereits genannte Strukturwandel offensichtlich: Da sich die Geburtshilfe in den letzten Jahren fast ausnahmslos in die Entbindungsstationen verlagert hat, könnte man glauben, daß auf dem altüberlieferten Praxisschild „Praktischer Arzt und Geburtshelfer“ die zweitgenannte Funktion nunmehr gestrichen werden könnte. Dies wäre ein großer Irr-

tum. Zwar entfällt heute für den Arzt der Praxis das oft stundenlange Warten und nächtliche Bereitsein, wie dies die frühere Hausentbindung erforderlich machte, aber die Notfälle in der Geburtshilfe, bei bisher normalem Schwangerschaftsverlauf zu Hause plötzlich auftretend, stellen nach wie vor große Anforderungen an das Können und die Entscheidung des Arztes in der Praxis; deshalb keineswegs Verzicht auf den „Geburtshelfer“, aber Umstrukturierung seiner Ausbildung und Fortbildung auf die geburtshilflichen Notfälle. In umgekehrter Richtung vollzieht sich der Strukturwandel in der Neurochirurgie, einem Fach, das bis vor wenigen Jahren Spezialkliniken vorbehalten war. Heute stellen die Notfälle des neurochirurgischen Fachbereiches einen wichtigen und zahlenmäßig erheblichen Anteil der ambulanten ärztlichen Praxis: da sind z. B. die Schädelverletzungen zu versorgen, deren Zahl parallel mit der Verkehrsdichte gestiegen ist; da gibt es das „Schleudertrauma“ der Halswirbelsäule, die typische Verletzung der immer häufiger werdenden Auffahrunfälle; da beansprucht die Riesenzahl der akut auftretenden Bandscheibenschmerzen in Sprechstunde und beim Hausbesuch die ganze Skala der Schmerzbekämpfung und der diagnostischen Klärung durch den Arzt der Praxis.

Der Kongreß setzt am Sonntag (28. März 1971) die Liste der Notfälle fort. So wie die Kreislauferkrankungen an der Spitze der Morbidität und Mortalität stehen, so verursachen sie auch die meisten Notfälle. Die Referate „Der akute arterielle Gefäßverschluss“ (Professor Dr. UNGEHEUER, Frankfurt), „Therapie der Blutungen, der Thrombose und Embolie“ (Professor Dr. FLEISCHHACKER, Wien) und „Der Herzanfall in der Praxis“ (Dr. SCHMIDT-VOIGT, Bad Soden) geben einen knappen, aber aktuellen Ausschnitt aus diesem Notfallkapitel. Es folgen die Vorträge über „Die Anurie“



Abbildung 9

„Blutsturz“, Ausschnitt aus Votivbild 1812. Hechenberg bei Niederdorf/Österreich (Aufnahme Professor Theopold, Frankfurt-Hoechst)

von Dozent Dr. MAY, Homburg-Saar, und über die „Akute Atemnot in der Praxis“ von Oberarzt Dr. GÜNTNER, Bad Reichenhall. Den Samstagvormittag beschließt ein Referat aus der klinischen Pharmakologie: Professor Dr. SPITZY, Wien, spricht über „Medikamente in der Notfalltherapie“.



Abbildung 10

Unstillbares Erbrechen. Votivbild 1839.
Hechenberg/Österreich

(Aufnahme Professor Theopold, Frankfurt-Hoechst)

Traditionsgemäß wird der Sonntagnachmittag der Kinderheilkunde vorbehalten. Ein Podiumsgespräch über „Pädiatrische Notfälle“ wird von zwei Kurzvorträgen eingeleitet; das eine Referat vom Kinderchirurgen Professor Dr. HECKER, München („Verletzungen bei Kindern und ihre Folgen“) bringt eine hochinteressante Sammlung von harmlos erscheinenden kindlichen Verletzungen, die oft nicht einmal Anlaß zu ärztlicher Konsultation gaben, die sich dann aber im weiteren Verlauf als schwerwiegend und nur mit großer Mühe beherrschbar erwiesen. Das andere einleitende Referat ist das Gegenstück auf dem pädiatrischen Sektor. Der Kinderarzt Professor Dr. MARGET, München, gibt einen Überblick über „Die kindlichen Infektionen“ und deren Therapie mit Antibiotika. Auch hier muß ja vom Arzt der Praxis oft eine schnelle und schwerwiegende Entscheidung getroffen werden: Ist die Infektion harmlos? oder müssen dem Kind hohe Dosen von Antibiotika gegeben werden. Im anschließenden Rundtischgespräch wird auch der „Mann an der Front“, der Arzt und Facharzt in der ambulanten Praxis, zu dieser Thematik zu Wort kommen und aus diesem Gespräch zwischen Klinik und Praxis werden sich neue Impulse für die ärztliche Versorgung der akut erkrankten Kinder ergeben.

Mit der Aufzählung der Hauptreferate, die im Oberen Fletz des Rathauses gehalten werden, wird nur ein Ausschnitt der Aktivitäten geschildert, die in den drei Tagen des 47. Augsburger Fortbildungskongresses die ärztlichen Teilnehmer in Beschlag nehmen werden. Traditionsgemäß finden wieder in allen Krankenhäusern des Augsburger Einzugsgebietes klinische Demonstrationen und Visiten statt, bei denen die Chefärzte, Oberärzte und älteren Assistenten mit großer Hingabe ihren einweisenden Ärzten zeigen, wie ihre Patienten stationär betreut werden, welche Fortschritte sich in Diagnostik und Therapie ergeben haben und wie diese Erkenntnisse in der Praxis zum

Tragen gebracht werden. Gleichzeitig finden in den zahlreichen Räumen und Fürstenzimmern des großen Augsburger Rathauses Seminare statt, die sich teils mit der Ausbildung des ärztlichen Hilfspersonals, teils mit speziellen biochemischen oder immunologischen Untersuchungstechniken befassen. Ganz groß ist die Beteiligung des BRK unter Leitung ihres Chefarztes Dr. GERLACH vorgesehen. Mit Hilfe eigener und auswärtiger Referenten wird im Großen Goldenen Saal des Rathauses gezeigt, welchen entscheidenden Beitrag das Rote Kreuz zum Thema „Notfalltherapie“ zu leisten hat und dieser Beitrag soll nicht nur eine Rückschau sein, sondern sich vorausschauend an alle Ärzte und alle Laien mit der Bitte um Mithilfe bei dieser wichtigen Aufgabe wenden. Erstmals werden auch die Wehrmachtsärzte in geschlossener Formation Teilnehmer des Kongresses sein, zumal gerade das Thema „Notfalltherapie“ den engen Kontakt zwischen „zivilen“ und „Wehrmachts“-Medizin präjudiziert.

Die Wehrmachtsärzte, die Ärzte und Helfer des Roten Kreuzes und die Ärzte der Praxis werden Teilnehmer und Sprecher sein bei einem Podiumsgespräch, das für die ärztliche Versorgung von Stadt und Land von größter Wichtigkeit ist: „Praxisaspekte des ärztlichen Notdienstes.“ Bekanntlich wurde in den letzten Jahren sowohl in den Städten wie auf dem Lande, so auch in Augsburg am Samstag/Sonntag, oft auch während der Nacht und am Mittwoch nachmittag ein ärztlicher Notdienst auf Kosten der niedergelassenen Ärzte organisiert. Die Ärzte leisten also nicht nur Hilfe, sie bezahlen auch die recht hohen Organisationskosten dieser Einrichtung. Wie in Augsburg diese Dienste funktionieren, werden die beiden für Augsburg verantwortlichen Herren Dr. HELLMANN und Dr. FISCHBACH in Kurzreferaten einleitend darstellen und dann wird die Diskussion Gelegenheit zur Kritik, zu Verbesserungsvorschlägen, zu Rationalisierungsmaßnahmen, Kostensenkung, Information und Erziehung des Publikums und vielen anderen Problemen geben, die mit dieser hochaktuellen Materie in Verbindung stehen.

Eingangs wurde ein historischer Rückblick auf eine besondere Form der „Notfalltherapie“ vergangener Jahrhunderte gegeben. Lassen Sie mich diesen Beitrag beschließen mit einem Ausblick auf kommende Jahre und Jahrzehnte: Die Medizin der Zukunft kann sich der Forderung auf Rationalisierungs- und Automatisierungsmaßnahmen – schon aus Kostengründen – nicht verschließen. Derjenige Zweig der Medizin, der am leichtesten und aussichtsreichsten „automatisiert“ werden kann, ist wahrscheinlich die „Notfallmedizin“. Schon heute gibt es z. B. beim „Schock“ infolge Verletzung (Auto- oder Betriebsunfall), infolge Herzversagens (Herzinfarkt) oder anderer innerer und äußerer Einwirkung ein festgelegtes Notfalltherapieschema, das in Form der Reanimation und Schockbekämpfung „automatisch“ vom Arzt und eventuell vom Laienhelfer durchgeführt werden muß. Ähnliche ein für allemal festgelegte Formen der Notfalltherapie gibt es für die Vergiftungen, für Stoffwechselkomata,



Hustenwetter...

CODYL®

CODYL®-Sirup

bei trockener Bronchitis

Codyl-Sirup
in Flaschen mit 110 g = 3,90 DM

CDDYL® cum
expectorans

bei katarrhalischer Bronchitis

Codyl cum expectorans
in Flaschen mit 110 g = 4,15 DM



DEUTSCHE ABBOTT GMBH
VERTRIEB: C.H. BOEHRINGER SOHN
6507 INGELHEIM AM RHEIN

für geburtshilffliche Notfälle, für Anurie usw. Es ist anzunehmen, daß im Laufe der Jahre ein Katalog von Notfallmaßnahmen aufgebaut wird, die mit oder ohne Computer im Einzelfall automatisch abzulaufen haben, um ein bedrohtes Menschenleben über die Krise hinweg zu bringen. Die Futurologen der Medizin sind der Meinung, daß hier — bei der Notfalltherapie — die automatisierte und komputersierte Medizin die erfolgversprechendsten Resultate zeitigen wird.

Vergessen wir aber nicht, daß der Mensch in seiner Not mehr braucht als den Computer. Der Rückblick

auf die Nothilfe der vergangenen Jahrhunderte hat uns dies eindrucksvoll gezeigt: er braucht Fürbitter und Fürsprache in seiner Not, er braucht Zuneigung und Hingabe, Freiheit von Angst und Hoffnung auf Besserung, oder, sollte seine Stunde geschlagen haben, Hoffnung auf transzendente Gerechtigkeit. Möge neben dem Computer der futurologischen Notfalltherapie immer auch ein Nothelfer mit einem warmen Herzen stehen.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. A. Schretzenmayr, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2

Alkoholikerfibel für den Arzt*

von OMR i. R. Dr. med. Felix Stemplinger

(Fortsetzung)

Frage 1: ist Haschisch relativ ungefährlich, besonders im Anfangsstadium? Auch der chronische Alkoholmißbrauch läßt in den ersten 5 bis 10 Jahren keine deutlichen Intoxikationserscheinungen erkennen. Warum sollen die Verhältnisse beim Haschischmißbrauch anders liegen? Wir kennen jedenfalls:

a) Akute Vergiftung

Der Anfänger muß zunächst wie beim Nikotin mit Brechreiz, Übelkeit, Reizhusten, Blutdrucksenkung, Herzklopfen, Schwindel und Hypoglykämie rechnen. Kleinere Mengen können entspannen, euphorisieren. „High-sein“ setzt eine angenehm empfundene Apathie und Gelöstheit bei vollem Bewußtsein voraus, mit dem Gefühl des Fliegens und Schwebens, der Unwirklichkeit.

Größere Mengen bewirken das Gegenteil, nämlich Unruhe, Gereiztheit, Störungen des Raum- und Zeitgefühls, des Gedächtnisses und der Urteilskraft. Sie führen zur Enthemmung, zu Rauscherscheinungen, Angst-, Tobsuchts- und Verwirrheitszuständen maniakalischer Art (Lachanfälle, irre Fröhlichkeit), zu Sinnestäuschungen des Geschmacks, des Gesichts bis zur Depersonalisation. Dauer des Rauschzustandes: 1 bis 6 Stunden. Nachwirkungen: Hunger, Müdigkeit, Apathie, Schlaf, Mißstimmung.

b) Chronische Intoxikation

Wiederholter und chronischer Mißbrauch führt zu Verstimmungszuständen mit plötzlicher Erregung und deliriös-halluzinatorischen Bildern und wahnhaften Ideen, ähnlich dem Delirium tremens. Ein Teil dieser Symptome ist möglicherweise Ausdruck einer exoge-

nen Reaktionsform und als rückbildungsfähige Durchgangerscheinung zu werten (H. H. WIECK). Doch kommt es auch zu irreversiblen Schädigungen der Persönlichkeit wie Charakterveränderungen im Sinne von Willensschwäche, affektiver Verarmung (Verlust von Scham- und Pflichtgefühl), bleibenden Leistungsausfällen sowie Verwahrlosungstendenzen (seelische Nivellierung, Entwurzelung, Versandung in einer Subkultur infolge hirnorganischer Veränderungen — KIELHOLZ, G. VIERTH).

Die Gebundenheit der östlichen Welt an magische Kräfte und Aberglauben fördert naturgemäß die Entstehung illusionärer Erlebnisse, während die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe, nämlich dem hierarchisch gegliederten Sippenverband, stärkere Exzesse und soziale Schäden zu verhindern imstande ist. Hierbei darf man allerdings nicht übersehen, daß manche seelischen Mängel oder Defektzustände schon vor dem Beginn des Mißbrauchs vorhanden waren, wodurch die Diagnosestellung erschwert und die Prognose verschlechtert wird. Offen ist die Frage der sogenannten Haschischpsychosen ähnlich den schizophrenen Verläufen im Anschluß an eine Alkoholhalluzinose. Ferner ist zu bedenken, daß das Bild des Haschischschadens durch den Mißbrauch von gepantschter Ware (Rohopium-Heroinzusatz, dessen Wirkung und Dosierung nicht bekannt sind) völlig verwischt werden kann. So kommt zum Betrug Selbstbetrug.

c) Körperliche und seelische Folgezustände

Erwähnenswert sind: die Bindehaut- (daher die Sonnenbrille!) und Rachenreizung, chronischer Schnupfen und Bronchitis, asthmatische und allergische Zustände sowie Magendarmstörungen (Durchfälle). Letztere verkürzen ohnehin die allgemeine Lebenserwartung, verringern die Widerstandskraft und erhöhen bei gleichzeitig mangelhafter Ernährung die Anfälligkeit für Malaria, Ruhr, Tuberkulose.

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

Unhygienische Manipulationen leisten der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten Vorschub und führen zu Spritzenabszessen, Sepsis, Endokarditis, Hepatitis. Selbstmord, Mord und Prostitution sowie Verkehrsunfälle sind mit dem Haschischmißbrauch vergesellschaftet.

Es wird außerdem behauptet, es steigere die guten und schlechten Eigenschaften. In der Tat enthemmt es und läßt ähnlich dem Alkoholkranken den wahren Charakter transparent werden. Die Enthemmung bezieht sich auf latente Triebkräfte und ist vielfach die Ursache für Gewalttaten unter Drogenwirkung, die nicht in erster Linie zu Lasten der Droge gehen. Dagegen sind die zunehmenden Einbrüche in Apotheken, Diebstähle von Rezeptblöcken in Arztpraxen, Verstöße gegen das Opiumgesetz und Erpressung ausschließlich Haschischdelikte und beweisen mehr als andere Dinge das vorhandene Suchtverlangen (Abhängigkeit). Schließlich sind die Hascher bei den steigenden Preisen für die begehrte Ware und dem ungenügenden Verdienst geradezu auf den Diebstahl angewiesen. Immerhin haben in Bayern die Rauschdrogendetikte seit 1965 um 502 v. H. zugenommen. Besonders der Anteil der Jugendlichen und Heranwachsenden ist erheblich stärker als ihre Quote an der Gesamtbevölkerung (Bayerisches Staatsministerium der Justiz vom 22. September 1970). In Indien und in Harlem (USA), wo sozial niedrige Schichten und über den Durchschnitt asozial-kriminelle Elemente zusammen-

leben, gelten Hascher durchwegs als „schlechte Menschen“. Dort ist jeder zweite Kriminelle süchtig.

Abgesehen von den schweren psychotischen Störungen vermindert Haschisch den Arbeitswillen, die körperlich-seelische Leistung (Konzentration), täuscht wie der Alkohol ein Gefühl erhöhter Tüchtigkeit vor, engt die Interessen für Beruf, Laufbahn und Familie ein, verhindert praktisch eine systematische Lebensplanung, so daß der Konsument zugegebenermaßen nur von heute auf morgen lebt, d. h. vegetiert. Haschisch lenkt von Verpflichtungen ab, hemmt die Aktivität, so daß Frank ARNAU von verschiedenen Hochschullehrern auf den Nachlaß der Leistungen hingewiesen wurde.

Schon 1/2 Zigarette stört das Reaktionsvermögen, löst eine Art „Wurstigkeit“ aus, so daß es zu einem völligen Versagen am Steuer kommen kann (MÜLLER-LIMMROTH). Hascher sind daher eine ständige Gefahr für sich und die Umgebung. Während die Alkoholkwirkung in den ersten Zeiten des Mißbrauchs noch einigermaßen dosierbar ist, sind die Wirkungen der Rauschdrogen, ganz abgesehen von Konstitution und Disposition, nicht mit Sicherheit vorzuberechnen, schon gar nicht, wenn es sich um verpante Ware handelt. Dadurch wird die körperliche und seelische Abhängigkeit nur noch erhöht und eine tödliche Gefahr heraufbeschworen. Überdosierung von LSD verläuft ohnehin meist tödlich. (Fortsetzung folgt)

Standesleben

Aus der Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat in seiner Sitzung am 6. Februar 1971 nachstehende Beschlüsse gefaßt:

Kooptation weiterer Vorstandsmitglieder

Der Vorstand hat gemäß Art. 13 Abs. 3 des Kammergesetzes für die Heilberufe folgende Delegierte kooptiert:

Frau Dr. Elisabeth A l l e t a g - K r ä m e r , Allgemeinärztin, Starnberg

Dr. Walther M e i d e r , Allgemeinarzt, München

Dr. Friedrich V ö l l i n g e r , Prakt. Arzt, Freising

Ausschüsse der Bayerischen Landesärztekammer

Die konstituierende Vollversammlung der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer hat am 16. Januar 1971 den Kammervorstand beauftragt, notwendige

Ausschüsse einschließlich eines Ausschusses für Hochschulfragen vorläufig zu bilden, damit diese Ausschüsse ihre Arbeit umgehend aufnehmen können. Nach eingehender Beratung hat der Vorstand folgende Ausschüsse gebildet:

Ausschuß für Hochschulfragen

Professor Dr. Dr. Siegfried B o r e l l i , Hautarzt, Klinikdirektor, München

Dr. Klaus D e h l e r , Internist, Nürnberg

Univ.-Doz. Dr. Wolff G r o s s , Internist, Würzburg

Professor Dr. Ernst K e r n , Chirurg, Klinikdirektor, Würzburg

Dr. Alex K r i e s s m a n n , Ass. Arzt, München

Professor Dr. Walter M a r g e t , Kinderarzt, Söcking

Professor Dr. Albert S c h r e t z e n m a y r , Internist, Augsburg

Professor Dr. Hans-Joachim Sewering, Internist
– Lungen- und Bronchialheilkunde, Dachau

Dr. Udo Sokoll, wiss. Ass., Erlangen

Professor Dr. Helmut Valentin, Internist, Institutsdirektor, Erlangen

Dr. Thomas Zickgraf, wiss. Ass., München

Professor Dr. Fritz Zimmer, Frauenarzt, leitender Oberarzt, München

Die Mitglieder dieses Ausschusses werden dem 24. Bayerischen Ärztetag im November 1971 zur Wahl vorgeschlagen werden.

Der Vorstand hat ferner beschlossen, dem 24. Bayerischen Ärztetag 1971 die Wahl nachfolgender Ausschüsse vorzuschlagen mit den dafür benannten Ärzten:

Ausschuß angestellte Ärzte

Dr. Hannelore Bauder, Ass. Ärztin, München

Dr. Georg Fuchs, Kinderarzt, wiss. Ass., Würzburg

Dr. Konstantin Kirchmayr, Oberarzt, Altenberg

Dr. Josef Langenbach, Oberarzt, Krumbach

OMR Dr. Hermann Mühlisen, Radiologe, Amberg

Dr. Michael Schreiber, Ass. Arzt, München

Dr. Rolf-Günter Steurer, Oberarzt, Ansbach

Dr. Helmut Zander, wiss. Ass., München

Ausschuß für ärztliche Fortbildung

Dr. Hermann Braun, Allgemeinarzt, Nittendorf

Professor Dr. Theodor Hellbrügge, Kinderarzt, München

Dr. Helmut Jäger, Allgemeinarzt, Hohenlinden

Dr. Otto Puschmann, Hautarzt, Lichtenfels

Dr. Rudolf Rothlauf, Allgemeinarzt, Erlangen

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 erhielten 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.

Professor Dr. Franz Schmid, Kinderarzt, Aschaffenburg

Professor Dr. Albert Schretzenmayer, Internist, Augsburg

Dr. Karl Schwaabe, Allgemeinarzt, Vilshofen

Krankenhausausschuß

Med. Dir. Dr. Hans Birchner, Chefarzt, Nürnberg

Dr. Heinz Breidenbach, Prakt. Arzt, München

Dr. Fritz Brendler, Frauenarzt, Münchenberg

Dr. Karl-Ludwig Froer, wiss. Ass., München

Dr. Werner Jordan, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Schweinfurt

Dr. Manfred Schiede, Oberarzt, Rosenheim

Dr. Bruno Weidlich, Internist, Chefarzt, Memmingen

Unbeschadet der jetzt beginnenden Arbeit dieser Ausschüsse bedürfen sie der Bestätigung durch den nächsten Bayerischen Ärztetag in Nürnberg.

Außerdem hat der Vorstand sechs Vertreter der Arbeitgeber und ihre Stellvertreter für den Berufsbildungsausschuß bei der Bayerischen Landesärztekammer nach § 56 des Berufsbildungsgesetzes benannt und einen Arbeitsausschuß Ärztliches Hilfspersonal gebildet:

Berufsbildungsausschuß bei der Bayerischen Landesärztekammer

Mitglieder

Dr. Hermann Braun, Nittendorf

Dr. Eduard Kleeberger, München

Dr. Hermann Mößmer, Tutzing

RA. Franz M. Poellinger, München

Dr. Otto Puschmann, Lichtenfels

Dr. Lothar Sluka, München

Stellvertreter

Dr. Friedrich Völlinger, Freising

Dr. Lieselotte Renner, München

Dr. G. Hoffmann, Augsburg

Dr. Willy Reichstein, München

Dr. K. H. Schneider, Bamberg

Dr. Kurt Stordeur, München

Arbeitsausschuß Ärztliches Hilfspersonal

Dr. Hermann Braun, Nittendorf

Dr. Sigismund von Forster, Nürnberg

Dr. G. Hoffmann, Augsburg

Dr. Eduard Kleeberger, München

Dr. Otto Puschmann, Lichtenfels

Dr. Fritz Seuss, Gröbenzell

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

44. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. R. Gross

(Fortsetzung)

Tagesthema: „Fehldiagnosen in der Praxis“

Professor Dr. med. R. GROSS, Köln/Lindenthal:

„Grundsätzliches über Fehldiagnosen“

Die Erörterung der Ursachen von Fehldiagnosen ist heute zu einem wichtigen Instrument des positiven diagnostischen Fortschrittes geworden. Überhaupt wird die Relativität der sogenannten Diagnose immer offenkundiger. Zu fordern ist jedoch, daß Diagnosen so weit einzuengen sind, wie es das therapeutische Handeln verlangt. Geschieht dies nicht, so müssen wir von Fehldiagnosen sprechen. Jede Diagnose stellt letztlich einen Kompromiß zwischen Individualisieren und Typisieren dar. Grundsätzlich kann eine Diagnose falsch positiv oder falsch negativ sein, wobei — je nach persönlicher Struktur des jeweiligen Arztes — die eine oder andere Gruppe überwiegen wird. In der Praxis überwiegen die falsch negativen Diagnosen, d. h., wichtige Krankheitserscheinungen werden übersehen bzw. falsch gedeutet. Die Ursachen von Fehldiagnosen sind subjektiver (vom Arzt her: Zeitmangel, schlechte Kenntnisse, mangelhafte Untersuchungstechnik) und objektiver Natur (vom Patienten her: atypische Krankheitssymptomatik, durch Medikamente larvierte Krankheitsverläufe, schwierige Abgrenzung z. B. zwischen seelisch und körperlich bedingter Störungen). Hierbei stellen gerade die psychosomatischen Störungen zwischen 30 und 80 % der Beratungsursachen in der Praxis dar.

Professor Dr. med. H. H. WIECK, Erlangen-Nürnberg:

„Fehldiagnosen im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich“

Den Kern für die richtungsbestimmende Diagnostik in der Sprechstunde bilden einmal Symptome, die sich dem Arzt unmittelbar aufdrängen: Zustand der Bewußtseinslage, wie Bewußtlosigkeit, Verwirrtheit, katonischer Stupor o. ä. Zum anderen solche, die durch einfache und rasch durchzuführende Untersuchungen nachweisbar sind: Nackensteife (Subarachnoidalblutung, Meningitis!), Lähmungen, Koordinationsstörungen, Arzneimittelintoxikation. Periphere und spinale Prozesse bedingen ausschließlich neurologische Störungen, zerebrale Prozesse verursachen zudem häufig noch Störungen im seelisch-geistigen Gebiet, endogene Psychosen sind oft von leiblichen Mißempfindungen und vegetativen Funktionsstörungen begleitet.

Fehldiagnosen zerebraler Prozesse:

Bei den Funktionspsychosen (reversible Syndrome körperlich begründbarer Psychosen) unterscheidet man vom sogenannten leichten über das mittelschwere bis zum schweren Durchgangssyndrom (Bewußtlosigkeit z. B.). Hierbei besteht die Gefahr einer Verwechslung mit anderen neuro-psychiatrischen Syndromen (z. B. sensorische Aphasie/Bewußtseinstäubung!) und

die Fehlbeurteilung des Verlaufes einer Funktionspsychose (z. B. bei Kontusionspsychose Verlaufsbeobachtung von entscheidender Bedeutung zur Erkennung des sogenannten freien Intervalles bei epiduralem Hämatom!). Besonders schwierig gestaltet sich die Diagnose bei langsam fortschreitendem Hirnprozeß und damit nur langsam fortschreitendem Funktionssyndrom (B₁₂-avitaminotische Funktionspsychose oft lange vor funikulärer Spinalerkrankung und megaloblastischer Anämie symptomführend!). Ein weiteres Problem stellt die Verkenntung rückbildungsfähiger Funktionspsychosen mit organischen Defektsyndromen dar (zunehmende Funktionspsychose z. B. durch kardiozerebrovaskuläre Insuffizienz! Hier Besserung der Psychose durch Digitalisierung möglich).

Fehldiagnosen endogener Psychosen:

Bevor eine Schizophrenie unterstellt wird, sind eine abnorme Persönlichkeit, eine abnorme Erlebnisreaktion, ein halluzinatorisches paranoides Durchgangssyndrom und eine zylothyme Psychose differentialdiagnostisch auszuschließen, wobei die zylothyme Depression auch heute noch ein diagnostisches Stiefkind darstellt. Dies ist um so bedauernswerter, da heute beste therapeutische Möglichkeiten durch entsprechende Thymoleptika bestehen. Es finden sich hierbei fünf Elementarsymptome:

- a) die depressiven Elementargefühle (Traurigkeit, Angst, Schuld)
- b) gleichzeitige Dämpfung oder Erlöschen aller spontanen Gefühlsregungen
- c) innere Hemmung
- d) leibliche Mißempfindungen (!), hier besonders das sogenannte „Organspringen“ bemerkenswert
- e) vegetative Störungen (!)

Insbesondere die Punkte d) und e) bedingen hier eine verspätete Diagnosestellung („Odyssee über viele Fachstationen“).

Bei anscheinend psychogenen Verhaltensweisen sollte man zur Vermeidung einer Fehldiagnose zu folgender Kurzformel greifen: „je psychogener, desto organischer!“.



Prof. Dr. R. Gross
Köln-Lindenthal



Prof. Dr. H. H. Wieck
Erlangen-Nürnberg

NEU

1 Kapsel täglich bei zerebralen Durchblutungsstörungen
2 Kapseln täglich bei peripheren Durchblutungsstörungen

TRADE MARK
Stutgeron forte
JANSSEN

NEU 1 Kapsel enthält 75 mg Cinnarizin

- intensiv- und langwirksam
- wesentliche Vereinfachung der Einnahme
- rationale Langzeittherapie (eine OP mit 60 Kapseln à 75 mg = 180 Tabletten à 25 mg Cinnarizin)
- praktisch atoxisch, ausgezeichnet magenverträglich, ohne Einfluß auf Blutdruck und Kohlenhydratstoffwechsel

OP mit 20 und 60 Kapseln



JANSSEN GmbH **DÜSSELDORF**

ESDESAN[®]
cum Nitro

Dragées und Tropfen

bei pectanginösen Zuständen, Koronarsklerose, vegetativ bedingten Herz- und Kreislaufbeschwerden

Packungen mit 30 und 60 Dragées
Flaschen mit 25 und 50 ml
Klinikpackungen

Schrifttum und Muster auf Anfrage



AKTIENGESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN 65

Professor Dr. med. K. SCHWARZ, München:

„Fehldiagnosen im endokrinologischen Bereich“

Die Aspekt diagnose, die hier häufig gestellt werden kann, muß durch moderne Laboratoriumsuntersuchungen gesichert werden. Eine Fehldiagnose kann sich besonders deletär auswirken, wenn durch sie z. B. eine beginnende endogene Krise übersehen wird. Beim Morbus Addison ist das endogene Psychosyndrom oft Frühsymptom und Signal für eine drohende Addison-Krise. Symptomatologie des Morbus Addison: Adynamie, Gewichtsabnahme, Pigmentvermehrung, Hypotonie, Nausea, Erbrechen, Psychosyndrom, Laboruntersuchungen: Hyponatriämie, Hyperkaliämie, Hypoglykämie, Azidose. Therapie: Hydrocortison in vier Tagesdosen: 10, 5, 5, 10 mg.

Hypophysentumoren können allein durch Wachstumsverdrängung gefahrvoll werden, wie z. B. beim Chiasmasyndrom (Erblindung!). Hierbei finden sich jedoch schon Jahre zuvor oft Beschwerden i. S. des Nachlassens von Libido und Potenz beim Manne (40–60%) und von Zyklusstörungen bei der Frau (60–90%).

Der primäre Hyperparathyreoidismus wird oft jahrelang durch seine breite Symptomatologie verkannt (Pankreatitis, Nephrolithiasis, Ulcus ventriculi et duodeni neben der generalisierten Osteopathie!).

Das tetanische Syndrom kann auftreten: beim Hypoparathyreoidismus mit Hypokalzämie, bei der sogenannten normokalzämischen Hyperventilationstetanie (hier oft diagnostische Schwierigkeiten beim Hinzutreten von Bewußtlosigkeit).

Eine besonders bunte Symptomatik bietet die Hypoglykämie bis hin zu epileptiformen Krampfanfällen, flüchtigen Paresen, Bewußtlosigkeit (hierbei keine absolute Korrelation zur Höhe des Blutzuckerspiegels).

Schwierig kann die Beurteilung der Frühstadien einer diabetischen Stoffwechsellage sein. Dies ist um so bedeutsamer, da selbst zu diesem frühen Zeitpunkt bereits Komplikationen auftreten können: Nephropathie, Hepatopathie, Retinopathie, Polyneuropathie, wobei letztere oft zu Fehldiagnosen Anlaß gibt.

Erkrankungen der Schilddrüse können klinisch immer nur als Verdachtsdiagnose gestellt werden, der Beweis hierfür muß erbracht werden durch die Bestimmung des Hormonspiegels. Klinisch wird hierbei oft eine leichte Hypothyreose nicht erkannt (Fehldiagnose „Herzinsuffizienz“ bzw. „Nephropathie“ bei zyklischen Ödemen!).

Bei den sogenannten monosymptomatischen Hyperthyreoseformen (z. B. Tachyarrhythmie, Psychosyndrom bis hin zur Pseudozerebralsklerose) werden häufig falsch negative Diagnosen gestellt.

Professor Dr. med. H. EWERBECK, Köln:

„Fehldiagnosen im pädiatrischen Bereich“

Es finden sich vier Gründe für die Entstehung von Fehldiagnosen im Kleinkindes- und Kindesalter:

1. Fehlerhafte oder ungenügende Anamnese

2. Oberflächliche oder durch diagnostische Voreingenommenheit beschränkte Untersuchung
3. Mangelhafte Kenntnisse über altbekannte oder neuere Krankheitsbilder
4. Der „blinde Fleck“: unbewußtes Übersehen oder Nichtwerten von vorhandenen Symptomen oder Befunden, die nicht zur angenommenen Diagnose passen.

Als Beispiele für die entscheidende Bedeutung der Erhebung einer genauen Anamnese seien angeführt: Fehldiagnose „Keuchhusten“ bei Hustenreiz infolge pulmonaler Fremdkörperaspiration (Erdrüffel) Eine zunehmende Anämie mit Erbrechen(!) sollte nicht ohne Diagnosestellung therapiert werden, es findet sich z. B. als Ursache hierfür eine Hiatushernie mit sekundärer Stenosebildung des Ösophagus infolge Ösophagitis.

Aufgrund ungenügender Untersuchungstechnik durchlaufen Kinder mit nicht erkannter Hörschädigung oft einen wahren diagnostischen Irrgarten (Fehldiagnose „Debilität“ nicht selten!). Tragisch hinsichtlich der Prognose quoad vitam wird ein nicht getasteter Abdominaltumor (Wilms-Tumor): Fehldiagnose z. B. „Gedeihstörung“. Es ist als Kunstfehler anzusehen, ein Kind nicht voll ausgezogen zu untersuchen! Eine Enuresis nocturna sollte nicht sofort als psychogen aufgefaßt werden, sondern zuerst eine eingehende Nierendiagnostik betrieben werden (z. B. Hydronephrose infolge Ureterostiuminsuffizienz!). Auch bei einer allzu vordergründigen Enteritis mit schlechtem Gedeihen trotz Behandlung ist stets der Harn zu untersuchen (hier oft Kollizystopyelitis z. B. bei Hydronephrose: Tastbefund!).

Bei der hyperpyretischen Toxikose des älteren Säuglings führt mangelhafte Fachkenntnis immer zu tödlichen Krankheitsausgängen: hier werden meist eutrophe gut gediehene kräftige Säuglinge jenseits des 6. Lebensmonats befallen: Auftreten von Temperaturen bis 40–41 °C zunächst ohne Erbrechen und ohne Stuhlverschlechterung. Zu dieser Virusinfektion gehört obligat ein schnell einsetzender Kreislaufkollaps und eine schwere metabolische Azidose. Sofortige Klinikeinweisung zur Wasser-Elektrolytbilanzierung und Ausgleich der Azidose allein kann hier einen deletären Verlauf verhindern (häufigste Fehldiagnose: „banaler grippaler Infekt“ oder „beginnende Gastroenteritis“).

Eine weitere Gefahr besteht darin, an einer einmal gestellten Diagnose festzuhalten: so muß bei einer Glykosurie mit zerebraler Symptomatik von der Diagnose „Diabetes mellitus“ abgerückt werden und an eine sekundäre Glykosurie bei Enzephalitis gedacht werden!

Werden durch Fehldiagnosen lebensbedrohliche Krankheitsbilder mißdeutet oder Entwicklungsstörungen verursacht, dann ist eine Fehldiagnose ein Kunstfehler, der unverzeihlich ist!

Professor Dr. med. E. FRITZE, Bochum:

„Fehldiagnosen im Bereich der Thoraxorgane“

Auf dem kardiovaskulären Gebiet kann das Symptom „Herzangst“ oft schwierige differentialdiagnostische Probleme aufgeben. Adäquate Ergometerarbeit oder Langzeitelektrokardiographie bringen hier oft befriedigenden Aufschluß. Letztere Untersuchungstechnik kann allein einen als „banale Ohnmacht“ lange bekannten Adam-Stokes'schen Anfall aufdecken. An die Möglichkeit einer Herzschiädigung bei stumpfen Thoraxtraumen sollte viel häufiger gedacht werden. Bei der Beurteilung der Herzgröße hüte man sich von der Grundregel „kleines Herz normal, großes Herz krankhaft dilatiert“ (kleines insuffizientes „Faulenzerherz“ / großes suffizientes Sportlerherz). Von allen technischen Hilfsmitteln sollte die Aspektagnostik nicht in Vergessenheit geraten: charakteristischer Gesichtsausdruck bei angeborenen oder erworbenen Herzvitien mit Hypoxämie, bei primärer oder sekundärer Polyglobulie u. ä. Im weiteren z. B. venöse Einflußstörungen als Hinweis auf mediastinale Drüsenschwellungen, Nachschleppen einer Thoraxseite bei der Atmung als Hinweis auf eine Atelektase. Beim Spontanpneumothorax sind gleichzeitiges Vorhandensein von aufgehobenem Atemgeräusch und hypersonorem Klopfeschall zu beachten. Die Dyspnoe kann verschiedener Ursache sein: Herzinsuffizienz, Folge reduzierter Atemfläche, mechanisch bedingt durch Lähmung der Atemmuskulatur. Bronchospastik findet sich nicht nur bei der spastischen Emphysebronchitis, dem Asthma bronchiale, sondern auch bei Herzlinksdekompensation. Die meist oberflächliche, frequente Atmung bei kardialer und respiratorischer Dyspnoe ist von der tiefen, großen Atmung bei der Azidose zu unterscheiden. Ein weites Feld für Fehldiagnosen bietet die sogenannte „chronische Bronchitis“, so sind hier differentialdiagnostisch abzugrenzen: Lungenmykosen, die Lungentuberkulose, das Bronchialkarzinom. Multiple Rundherde in der Lunge können Ausdruck einer Metastasierung aber auch pneumokoniotisch bedingt sein. Rezidivierende Lungenembolien (Mikroembolien!) haben oft kein röntgenologisches Korrelat, auch



Prof. Dr. E. Fritze
Bochum



Prof. Dr. G. W. Korting
Mainz

verlaufen sie häufig subklinisch und werden daher oft bis in das Stadium eines chronischen Cor pulmonale hinein nicht erkannt.

Professor Dr. med. G. W. KORTING, Mainz:

„Zur Frage der Fehldiagnosen im dermatologischen Bereich“

Gerade in diesem Fachgebiet sind die Phänomene der symptomatologischen Einheit und zum anderen der polyätiologischen Bedingtheit, also der Hautreaktion schlechthin, exemplarisch einander nahe beigestellt. Bedeutsam wird diese Tatsache auf dem Grenzfeld zwischen Semimalignität und Malignität. So kann z. B. das bekannte Basalzellepitheliom in den ungewöhnlichsten Erscheinungsbildern auftreten. Die endgültige Abklärung der Diagnose durch Probeexzision ist daher gerade in diesem Fachgebiet von besonders großer Wichtigkeit. Bei der bedeutendsten Pseudokarzinose in der Dermatologie, dem Keratoakanthom, werden diagnostische und damit therapeutische Fehlauffassungen relevant. Gerade sogenannte banale Grundsymptome sind naturgemäß diagnostischen Fehlbeurteilungen unterworfen, wie z. B. der Juckreiz: Systemerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Pruritus simplex, Prurigo-Duhring, Skabies, sogenanntes zartes Juckgefühl oder geringes Stechen und Brennen als Alarmsignal eines entartenden Nävuszellnävus (hierbei noch rasch fortschreitende Vergrößerung und Dunkelung, cave Probeexzision!). Als weiteres Grund-

Adumbran[®]

Thomae

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

1

symptom sei das QUINCKEsche Ödem genannt, das z. B. auch bei der Trichinose und der Dermatomyositis auftreten kann. Auch in den topographischen Gegebenheiten sind Ursachen für Fehldiagnosen zu suchen: in der perioralen Region z. B. findet sich die vieldeutbare „Perlèche“ (Soor-Streptokokkeninfekt, Systemerkrankung, B₂-Mangel, Karzinom u. ä. m.). In der Analregion bereitet das sogenannte „Analekzem“ differentialdiagnostische Schwierigkeiten (Verwurmung, Hämorrhoidalsyndrom, Prostata-Rektumkarzinom u. a.). Im Bereich des männlichen Genitale sind Pseudopapeln bei Skabies von Follikulitiden, papulöser L II, Balanitis specifica, Herpes progenitalis, Karzinomen, toxisch-allergischen Arzneimittellexanthenen u. a. zu unterscheiden.

Privatdozent Dr. med. R. PHILIPPEN, Köln-Lindenthal:
„Fehldiagnosen im Bereich des Abdomens“

Hier können Bauchsymptome fälschlicherweise als Ausdruck einer abdominalen Erkrankung angesehen werden. Umgekehrt wird bei extraabdominellen Symptomen die zugrunde liegende Erkrankung des Bauchraumes oft nicht erkannt. Zum anderen besteht die Möglichkeit, daß bei abdominalen Erkrankungen entweder das falsche Organ, oder zwar das richtige Organ, nicht aber dessen Erkrankung, korrekt diagnostiziert wird.



Mit einem akuten abdominalen Syndrom kann einhergehen: ein Myokardinfarkt (EKG!), eine Pneumonie (besonders im Kindesalter), ein Lungeninfarkt, eine Pleuritis, eine Perikarditis, ein beginnendes Coma diabeticum „Pseudoperitonitis diabetica“ (Blutzuckerbestimmung!), eine

akute Porphyrie (Nachdunkeln des Harnes beim längeren Stehen, Nachweis von Porphobilinogen im Harn!) und nicht zuletzt ein psycho-vegetativer Symptomenkomplex (jedoch hier zuerst Ausschluß einer organischen Erkrankung!).

Als Beispiel einer extraabdominellen Symptomatik sei das Auftreten einer funktionellen Stenokardie bei einer Hiatusgleithernie angeführt.

Vorsicht ist geboten mit der Diagnose „chronische funktionelle Diarrhoe“: hier sind zuerst auszuschließen: ein Kolonkarzinom, eine Enteropathie infolge Fermentmangels (z. B. Laktoseintoleranz), eine exkretorische Pankreasinsuffizienz. Blutige Stühle können nicht ernst genug genommen werden. Hier kann die einfache rektale Untersuchung in vielen Fällen bereits eine Abklärung der Blutungsursache bringen (75 % aller Rektumkarzinome sind digital diagnostizierbar!).

Eine häufige Fehldiagnose bei Oberbauchbeschwerden ist die sogenannte „chronische Gastritis“. Diese Diagnose darf ohnehin nur histologisch gestellt wer-

den! Allzuoft wird hierbei durch mangelhafte Untersuchungstechnik ein Magenkarzinom übersehen (Rö-Magen, Gastroskopie mit Probeexzision, eventuell zytologische Magensaftuntersuchung). Im weiteren ist zu denken an Erkrankungen der Gallenwege und des Pankreas. Bei Auftreten von Aszites ist neben der Herz-Leberdekompensation auch an ein Malignom zu denken. Bei Vorliegen eines Ikterus ist zunächst zu klären, ob er parenchymatöser oder extrahepatischer Ursache ist (Beschwerdebild, klinischer Gesamteindruck, Blutchemie: Serumtransaminasen, alkalische Phosphatase, Bilirubin, Elektrophoresediagramm). Häufiger sollte hierbei an das sogenannte „Zieve-Syndrom“ gedacht werden (Alkoholexzeß, Ikterus, leichte Transaminasenerhöhung, Leberbeschädigung, Hyperlipidämie, geringgradige Hämolyse). Tastbare Resistenzen geben häufig zu Fehldiagnosen Anlaß, so kann sich eine vermeintlich vergrößerte Milz eines Tages als linksseitige Hydronephrose herausstellen. Hierzu ein Satz von Thomas REGAU: „Eine der verbreitetsten Krankheiten ist die Diagnose!“

Bundesanwalt Dr. M. KOHLHAAS, Karlsruhe:

„Rechtliche Probleme bei Fehldiagnosen“

Von Berufsordnungen abgesehen, die keine rechtlichen Sanktionen enthalten, gibt es keine gesetzliche Bestimmung, nach welcher dem Arzt bestimmte Verhaltensweisen vorgeschrieben sind. Der Arzt als Einzelgänger darf seinen Weg bewußt und eigenverantwortlich gehen und ihn begründen. Haben sich aber Wissenschaft und Erfahrung so gewandelt, daß sein Einzelweg nicht zum Erfolg führt, dann darf er nicht aus Eigensinn oder Bequemlichkeit an seinen alten oder vermeintlich neuen Methoden festhalten. Die Frage der falschen Diagnose läßt sich vom Kunstfehler als solche gar nicht lösen, denn jede Fehldiagnose ist ein Handeln oder Unterlassen gegen die ärztliche Kunst. Nicht die Fehldiagnose ist als solche relevant, sondern das, was aus ihr entsteht. Und was aus ihr entsteht, ist rechtlich abermals nur dort relevant, wo ein Gesundheitsschaden eintritt, der schuldhaft herbeigeführt oder schuldhaft nicht abgewandt worden ist. Ein besonderes Problem stellen die sogenannten Ferndiagnosen dar. Hier gilt: wenn der Arzt Ratschläge am Telefon gibt, dann übernimmt er schon die Behandlung und damit die volle Verantwortung.

(Fortsetzung folgt)

Einführungslehrgang in die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet im Zusammenwirken mit den Landesverbänden der RVO-Kassen in Bayern am **Samstag, 13. März 1971**, in Nürnberg einen Einführungslehrgang in die Kassenpraxis.

Nähere Auskunft: KVB-Bezirksstelle Mittelfranken, 8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bechhofen, Lkr. Feuchtwangen: 2 Allgemeinärzte

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

Dinkelsbühl: 1 Allgemeinarzt

Es handelt sich um die Wiederbesetzung der durch Wegzug frei gewordenen vierten Praktikerstelle.

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemeinarzt

Es handelt sich um eine durch Tod frei gewordene Allgemeinpraxis. Für Langenzenn und Einzugsgebiet mit insgesamt ca. 9000–10 000 Einwohnern stehen derzeit noch drei 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

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

Durch Verzicht und Wegzug zum 1. April 1971 frei werdende einzige Kassenarztstelle. Das Einzugsgebiet umfaßt etwa 4700 Einwohner.

Eggenfelden: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt
1 Augenarzt

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

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein mit Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

Grafeneu (Bayer. Wald): 1 Augenerzt

Kehlheim/Donau: 1 Augenarzt

Landshut: 1 Kinderarzt

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

Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

Niederviehbach, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemeinarzt

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

Passau-Grubweg: 1 Allgemeinarzt

Wurmansquick, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinarzt
Durch Tod verwaiste einzige Kassenarztstelle; Einzugsgebiet ca. 3500 Einwohner.

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. Altheim: 1 Allgemeinarzt

Köschling, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinarzt

Manching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinarzt

Waldkraiburg, 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.

Hof/Saale: 1 Kinderarzt

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

Kulmbach: 3 Allgemeinärzte

Selb: 1 Allgemeinarzt

Scherneck, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinarzt

Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemeinarzt

Wallenfels, Lkr. Kronach: 1 Allgemeinarzt

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

Oberpfalz

Erbendorf: 1 Allgemeinarzt

Eschenbach: 1 Allgemeinarzt

Hehnbach: 1 Allgemeinarzt

Mitterteich: 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.

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

Babenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinarzt

Burgheim, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemeinarzt

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

Jettingen, Lkr. Günzburg: 1 Allgemeinarzt

Memmingen: 1 Augenarzt

Neuburg/Do.: 1 Allgemeinarzt

Oberostendorf, Lkr. Kaufbeuren: 1 Allgemeinarzt

Rennertshofen, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemeinarzt

Thannhausen, Lkr. Krumbach: 1 Allgemeinarzt

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

Unterfranken

Aidhausen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemeinarzt

Miltenberg: 1 Augenarzt

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.

Geschichte der Medizin

Die Medizinalverfassung von 1808 für das Königreich Baiern*

von Dr. Walther Koerting

Das erste Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts brachte für Bayern durch die vielfältigen Ereignisse der seinen Besitzstand bedrohenden und ändernden kriegerischen und politischen Ereignisse eine ständige Unruhe ins Land. Bayern war durch die Angriffe und den Durchmarsch fremder Truppen, von Frankreich, Preussen, Österreich und Rußland, Aufmarschgebiet und besetztes Land geworden. Um so erstaunlicher ist es, daß gerade in jener Zeit weittragende und zukunftsweisende, den inneren Aufbau festigende Maßnahmen geschaffen werden konnten. Es erscheint angebracht, jener Persönlichkeiten zu gedenken, die an diesen wichtigen — hier der medizinischen Schöpfungen tätig anteilnahmen.

Maximilian Joseph, Pfalzgraf, Kurfürst und König, wurde am 27. Mai 1760 zu Mannheim geboren. Nach dem Ableben seines älteren Bruders Karl August, 1. April 1795, wurde Maximilian Joseph regierender Herzog von Zweibrücken, vorerst ein leerer Titel, da das Herzogtum von den Franzosen besetzt war. Er

galt als präsumptiver Erbe des kinderlosen Kurfürsten von Pfalz-Baiern, Karl Theodor, der unerwartet am 16. Februar 1799 starb. Max Joseph übernahm sofort die Regierung. „Mit ihm hielt, kann man sagen, die neue Zeit Einzug in Baiern; unter keinem Fürsten seit Kaiser Ludwig erfuhr das Land so tiefgreifende Veränderungen“, wie unter ihm (Heigel). Den größten Anteil hatte Montgelas, ein Staatsmann von französischer Bildung und aufgeklärtem Geist, ein meisterhafter Diplomat im Geiste des Staatsabsolutismus (Bosl). In jene Zeit fallen die Säkularisation, die Verweltlichung geistlicher Güter, und die Mediatisierung, die Unterstellung ehemals reichsfreien Landeshoheiten und Herrschaften. Die Säkularisation wurde unter Umständen durchgeführt, die auch von den Freunden des neuen Systems beklagt wurde: Die rohe Art der Ausführung, der Beamtenvandalismus, die leichtfertige Verschleuderung der vielen Millionen, die aus den eingezogenen Stiftern und Klöstern gewonnen wurden. Es begann das Ringen um die Vergrößerung Bayerns. „Am 31. Dezember 1805 fuhr Napoleon um ein Uhr früh durch das Schwabinger Tor in München ein. Mit dem gleichen Tag endete das pfalz-bayerische Kurfürstentum“ (Adalbert Prinz von Bayern). Am

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



Max I. Joseph, König von Bayern

Neujahrstage 1806 verkündete der Landesherr in den Straßen Münchens, daß Bayern Königreich ist. Vorhergegangen war die Zusicherung, daß die Tochter von Max Joseph, Auguste, den Stiefsohn Napoleons, Eugen Beauharnais, zum Manne nehmen solle.

Eine Krönung fand wegen Differenzen mit dem Heiligen Stuhl nicht statt. (Auch später wurde kein bayerischer König gekrönt.) Der neue Gesamtstaat Bayern schreibt sich mit ‚ai‘ und Max Joseph nennt sich jetzt ‚König von Baiern‘, ohne ausdrücklich die ihm weiter zustehenden Titel zu nennen.¹⁾

König Max Joseph war „allem Prunk und aller Etiquette abhold, der in einfachem, dunkelblauem Rock, grauen Beinkleidern und halbhohen ungarischen Stiefeln wie ein behäbiger Bürger in allen Theilen der Stadt lustwandelte, für jeden Gruß freundlich dankte, jeden Bekannten anredete und auch mit Unbekannten gern ein paar fröhliche Worte wechselte“ (Heigel).

¹⁾ Eine gute Übersicht über die damaligen Besitzverhältnisse gibt die vom König verfügte Änderung des bayerischen Wappens. „Das neue königliche Wappen,“ heißt es in dem Erlaß vom 20. Dezember 1806, „besteht aus einzigen Hauptschilde und einem Herz- oder Mittelschild. Das erstere enthält theils silberne, theils lazurne Rauten oder Wecken. In dem . . . Herzschilde befindet sich auf zinnoberem Felde ein goldenes Szepter und ein blankes Schwert mit einem goldenen Grille; beyde feilen kreuzweise übereinander . . . Durch die theils sichtbaren, theils durch das Herzschild, welches das Symbol der Souveränität, der vollkommenen Unabhängigkeit und unumschränkten Herrschermacht ist, verdeckten Rauten sind alle mit Baiern vereinigten, in Franken, Schwaben und Tyrol gelegenen Provinzen und Bezirke, Herzog- und Fürstentümer, Graf- und Herrschaften als wahra einverleibte Bestandtheile des Königreiches angedeutet und ausgesprochen, ohne daß für selbe noch besondere Simbole oder Wappenzeichen eufgeführt werden.“

Adalbert Prinz von Bayern, der sich viele Jahre mit Kurfürst und König Max Joseph von Baiern beschäftigt hat und im letzten Krieg im Dresdner Archiv des Hauses Wettin von den dortigen Beständen Abschriften nehmen konnte, bevor diese den Fliegerbomben zum Opfer fielen, erklärt im Vorwort zu seiner Biographie von Max I. Joseph von Bayern: „So lernte ich ihn als Menschen und Herrscher immer mehr kennen und schätzen. Ich sah, daß er bislang in der Geschichte nicht gebührend berücksichtigt worden ist. Das Bayern des neunzehnten Jahrhunderts verdankt ihm persönlich seine Entstehung. Um seines Landes willen hat er das Odium politischer Treulosigkeit zuerst gegen Österreich und dann gegen Frankreich auf sich genommen, aber bei anderem Verhalten wäre Bayern wohl entweder von Österreich oder von Napoleon eingeheimst worden.“

Am 12. Oktober 1825 wohnte er einem ihm zu Ehren vom russischen Gesandten veranstalteten Feste bei. In der darauf folgenden Nacht verschied er. Er ist in der Fürstengruft der Theatinerkirche zu München beigesetzt.

Maximilian Graf Joseph von Montgelas

stammte aus einem alten savoyischen Geschlecht. Er wurde am 10. September 1759 in München geboren. Er besuchte 1776 die Hohe Schule zu Ingolstadt und legte im nächsten Jahre eine Proberelation „mit sonderbar ausnehmender Behändigkeit und Solidität“ ab. Schon damals erregte seine scharfe Beobachtungs- und Auffassungsgabe Aufsehen. Er war in mehrfachen leitenden Stellungen tätig. Er verlor sie aber, weil er dem Illuminaten-Orden²⁾ angehörte. Maximilian Joseph setzte sich darüber hinweg und setzte Montgelas vorerst als Privatsekretär und später in rascher Folge als Geheimrat und schließlich als Minister des Auswärtigen ein. Das Programm von Montgelas war in dem Postularreskript vom 11. Februar 1800 enthalten: „Neuerungen aufzuhalten, welche das unaufhaltsame Fortschreiten des menschlichen Verstandes und das Bedürfnis jeder achtsamen Regierung abnötigen, liegt so wenig in der Macht der Regierungen wie das Gebot, einen Strom stillstehen zu lassen . . . Mit Klugheit und Entschlossenheit sind die Bewegungen zu leiten, welche vielleicht auch eine Zeitlang, aber doch nur mit großem Nachteil, vielleicht nur mit Verlust des Ganzen zurückgedrängt werden könnten“. Der Organisationskunst von Montgelas war der innerstaatliche Aufbau zu danken, darunter auch der Medizinalgesetzgebung, die er in die Hände von Simon von Haerberl und Maximilian Jacobi legte. Kronprinz Ludwig, der nachmalige König Ludwig I., nahm immer mehr auf die Ereignisse im Lande Einfluß. Die Entlassung von Montgelas war auf ihn zurückzuführen. Ein Handbillet von König Maxi-

²⁾ Der Illuminaten-Orden wurde 1776 von Adam Weishaupt in Ingolstadt gegründet. Er war eine geheime Vereinigung „zur Förderung der Vernunft in der menschlichen Gesellschaft“, der durch den Freiherrn von Knigge in Beziehungen zur Freimaurerei trat. 1784 wurde er in Bayern neben anderen geheimen Körperschaften verboten.



Max Joseph, Graf von Montgelas

milian Joseph vom 2. Februar 1817 zeigte dem nichts ahnenden Minister Montgelas an, daß er „auf sein wiederholtes und dringendes Ansuchen“ entlassen sei. Freiherr von Montgelas wurde am 29. November 1810 in den Grafenstand erhoben. Er starb am 14. Juni 1838 in München. Stets trug er das Hofkleid, Frack, kurze Beinkleider und weißseidene Strümpfe. Er wurde auf Schloß Aham bei Eggkofen beigesetzt.

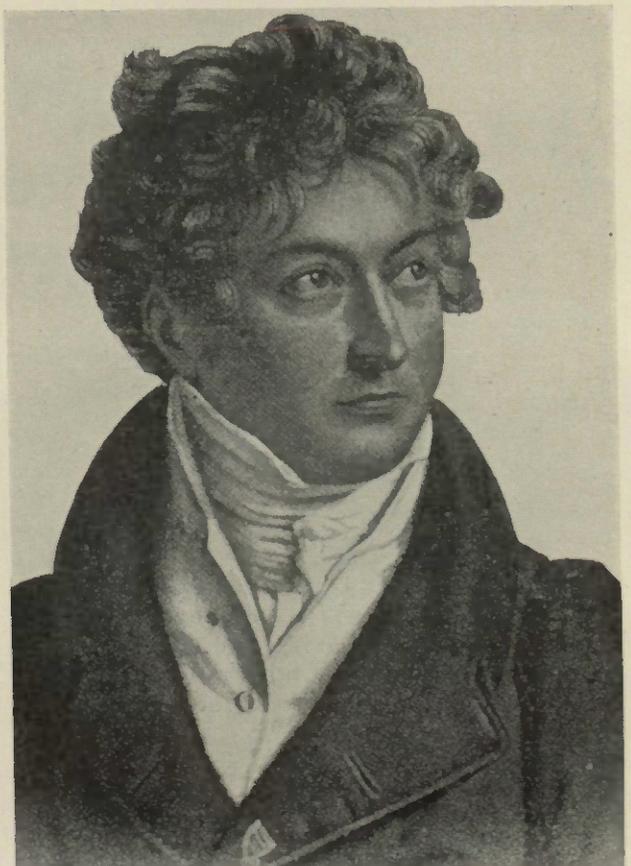
Auf dem Gebiete des Medizinalwesens kommt zwei Personen, Simon von Haeberl und Karl Jacobi, das größte Verdienst zu.

Simon von Haeberl wurde am 25. Oktober 1772 in München geboren. Nach Beendigung seiner medizinischen Studien in Ingolstadt ließ er sich in München als praktischer Arzt nieder. Sein besonderes Interesse galt dem damaligen Medizinalwesen. 1802 wurde er zum Medizinalrat ernannt. Bereits im nächsten Jahre schuf er das Institut der Physikate und das Landes-Medicalcomité. Zu Beginn des Feldzuges im Jahre 1806 kam er als Generaldirektor sämtlicher Feldspitäler an die Spitze des Feldspitalwesens. Nach seiner Rückkehr von den Kriegsschauplätzen in Schlesien und Polen wurde er als Obermedizinalrat mit der Leitung des Sanitätswesens in Bayern betraut. Er führte die gesetzliche Schutzpockenimpfung ein, gründete die Central-Veterinärschule und legte schon 1808 den Entwurf des sogenannten organischen Edikts vor, d. h. der königlichen Verordnung, durch welche das Medizinalwesen in Bayern in einer dem damaligen Stande der ärztlichen Wissenschaft und den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege entsprechenden Weise geregelt wurde. Mit dem Rücktritt

„seines Gönners und Freundes, des genialen Ministers des Innern, des Grafen von Montgelas“ (F. Seitz) trat eine Wende ein. Die von v. Haeberl geleitete medizinische Sektion im Ministerium mußte einem Ober-Medizinalkollegium weichen. Haeberl blieb zwar dessen erster Rat, doch lag es im Belieben des Ministers, ihn zu befragen. Viele seiner Entwürfe blieben unausgeführt. V. Haeberl zog sich von der öffentlichen Tätigkeit zurück und widmete sich umso mehr der ärztlichen Praxis. Die Ärzte Bayerns ehrten seine Verdienste nach seinem Tode am 1. April 1831 durch zwei Denkmale: ein kleines in der Vorhalle des Allgemeinen Krankenhauses (Anm. l. d. Isar) und ein größeres auf seinem Grabe. Die Gedenktafel im Krankenhaus war durch ein Reliefporträt geschmückt. Sie trug folgende Inschrift:

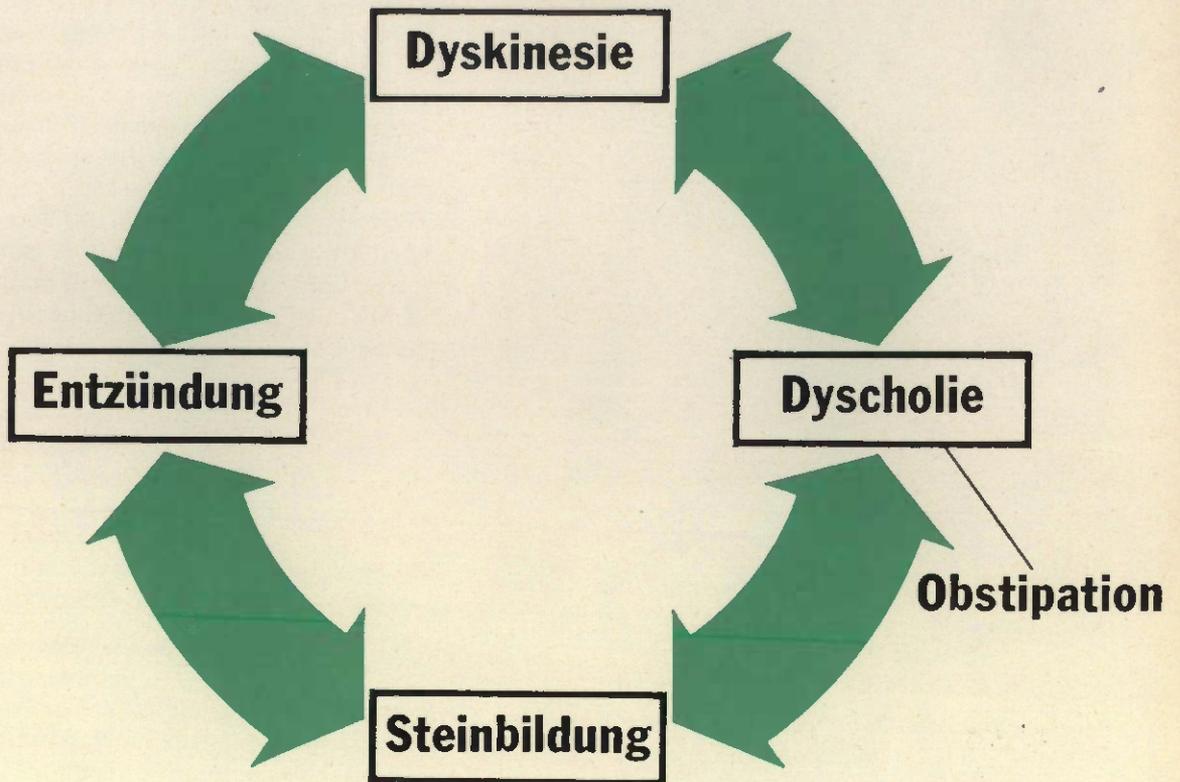
DR. SIMON DE HAEBERL
IN RE MEDICA REGI SUMMIS A CONSILIIIS
SUPERBUM HOC NOSOCOMIUM
AEGRORUM SALUTI AC SOLAMINI
ARTIS GLORIAE ET INCREMENTO
AEDIFICANDUM CURAVIT.
MONACH. VII. A. CAL. NOV. MDCCCLXXII. NAT.
OB. CAL. APRIL MDCCCXXXI.

(Anm.: Beim Umbau 1898 war das Porträtmedaillon mit dem von Franz Xaver Haeberl vertauscht worden, wie H. Kerschensteiner in seiner „Geschichte der Münchner Krankenanstalten insbesondere des Krankenhauses links der Isar“ angab.)



Dr. Simon von Haeberl

Sicherheit vor Experiment



spasmo-gallo sanol[®] unterbricht den pathogenetischen Kreis an jeder Stelle

Denn spasmo-gallo sanol wirkt
cholekinetisch, spasmolytisch,
bakterizid, mild laxierend.

Indikation:

Bei allen Cholezystopathien.

Dosierung: 2-3x täglich

1-2 Dragées nach dem Essen.

Kontraindikationen:

Verschuß-Ikterus, akute Hepatitis,
Glaukom, Prostatahypertrophie.

Verschreibungsform:

Packung zu 50 Dragées.



Bei allen Cholezystopathien,
wa das spastische Geschehen
nicht im Vordergrund steht,
bei Völlegefühl, Druckschmerz,
gestörter Fettverdauung und
Obstipation das seit Jahren
bewährte gallo sanol

spasmo
gallo[®] sanol

gallo[®] sanol

Auf dem Allgemeinen (Anm. Südlichen) Friedhof wurde ein Denkmal errichtet, das, wie Dr. J. Bapt. von Wenzl schrieb, eines der prachtvollsten der dort errichteten Denkmäler darstellte. Es enthielt eine Büste v. Haeberl und trug folgende Inschrift:

DR. SIMON DE HAEBERL
SUMMUS IN RE MED. CONSIL. ORD. COR. BAV. EQUES,
MONACH. VII. A. CAL. NOV. MDCCLXXII. NAT.
OB. CAL. APRIL. MDCCCXXXI.

RE MEDICA NOVIS IN PATRIA INSTITUTIS
NOVOOUE RERUM ORDINE PROVECTA
HONOR. ORNATA, LEGUM PERPETUITATE CONFIRMATA
MONUMENTUM IPSE SIBI AERE PERENNIIUM RELIQUIT.
HUNG IN IPSIUS MEMORIAM LAPIDEM
OMNES AC SINGULI BAVARIAE MEDICI
COMMUNI SUFFRAGIO PONENDUM CURAVERUNT.

Einen „Umriss des Lebens und der letzten Krankheitsgeschichte Dr. Simon v. Haeberl's“ verfaßte v. Wenzl. Die Broschüre erschien 1833 in München.

Karl Wigand Maximilian Jacobi, ein Sohn des bekannten Philosophen Friedrich Heinrich Jacobi, wurde am 10. April 1775 in Düsseldorf geboren. Er studierte von 1793 an in Jena. Dort wurde er mit Goethe bekannt, der mit ihm seine anatomischen Studien aufzufrischen suchte. 1795 ging er nach Göttingen, dann nach Edinburg. 1797 promovierte er in Erfurt zum Dr. med. Er ließ sich dann in Vaals bei Aachen als Arzt nieder. 1800 wich er der Franzosenherrschaft durch Übersiedlung nach Eutin aus. Er ging zur Ausbildung in der Chirurgie dann nochmals nach England. 1805 kam er nach München und trat hier in den königlich bayerischen Staatsdienst als Obermedizinalrat ein. Schon 1811 ging er als Oberarzt des St. Johannes-Hospitals nach Salzburg, das damals zu Bayern gehörte. 1816 suchte er seine Heimatstadt Düsseldorf wieder auf, wo er zum Regierungs- und Medizinalrat ernannt wurde. 1820 wurde er mit der Einrichtung der Irren-Anstalt in Siegsburg betraut. In kurzer Zeit wurde er eine europäische Berühmtheit auf dem Gebiet der Psychiatrie. Er starb am 18. Mai 1858, mehr als 83jährig, an den Folgen eines Erysipels.

Medizinalverfassung für das Königreich Baiern

Ueber den Entwurf einer Medizinalverfassung für das Königreich Baiern.

Seit einem Zeitraume von beynahe hundert Jahren haben sich verschiedene größere und kleinere Staaten von Europa bemühet, von den Fortschritten und der allmählichen Ausbildung der medizinischen Wissenschaften den möglichst großen Gewinn für das Gemeinwohl ihrer Unterthanen dadurch zu ziehen, daß sie theils die Lehranstalten derselben ihrer besondern Obsorge, und die Ausübung aller Zweige dieser Wissenschaft gewissen Normen unterwarfen, theils Aerzte

zur öffentlichen Handhabung der hieher gehörigen Gegenstände aufstellten, und sogenannte Medizinal-Kollegien einsetzten, welchen die mittelbare oder unmittelbare Leitung des Ganzen mit einem mehr oder minder ausgedehnten Wirkungs-Kreise übertragen wurde.

Es ist hier nicht der Ort, diese sehr verschiedenartigen Einrichtungen nach ihrem Gehalte zu prüfen, die jedem Staate aus ihnen zugegangenen Vortheile aufzuzählen, oder die Mängel der einen oder andern Medizinalverfassung aufzudecken. Ein solches Unternehmen unterliegt in jedem einzelnen Falle mancherlei Schwierigkeiten, da hiezu die Kenntniß der Grösse und Ausdehnung eines jeden Staates, dessen physische und geographische Lage, Bevölkerung, Sitten und Gewohnheiten der Einwohner nicht nur, sondern auch die angenommenen Maximen der Staatsverwaltung und die zur Ausführung eines Planes über das Medizinalwesen zu Gebote stehenden Mittel in Hinsicht der erforderlichen Summen, und der dazu vorhandenen Individuen, in Betracht gezogen werden müßten; zur Beurtheilung aber noch überdieß die Kenntniß des so selten öffentlich bekannt gemachten Erfolges nothwendig wäre.

Doch dürfte kaum in Abrede zu stellen seyn, daß der Zustand der Medizinalverfassungen im Allgemeinen in den meisten Reichen nur fragmentarisch sey, und daß, ungeachtet der vielen, besonders in den letztverflossenen Jahren über diesen Gegenstand erschienenen klassischen Schriften, die volle Anwendung der in ihnen enthaltenen Grundsätze noch nirgends in einigem Grade von Vollkommenheit statt gefunden habe. Diese allerdings wünschenswerthe Vollkommenheit einer Medizinalverfassung ist aber, so wie in mancher andern menschlichen Einrichtung, vielleicht deßhalb unerreichbar, weil die reinsten Grundsätze, in Ausübung übertragen, durch die hiezu nothwendigen zusammengesetzten Organe leiden.

In wieferne die Regierung des Königreichs Baiern dem Ideale in dem Zweige der Medizinalverfassung näher kommen wird, soll die gegenwärtige Schrift, gemäß der vorstehenden Ankündigung, durch die Publizität der bei Aufstellung eines umfassenden Planes über das Medizinalwesen angenommenen Grundsätze, der Art der Ausführung, und des Erfolges in den mit der Zeit auf das Ganze wahrnehmbaren Wirkungen, darthun.

Es scheint zweckdienlich zu seyn, vorläufig über diesen Gegenstand einige Begriffe auseinanderzusetzen, und eine kurze Uebersicht des Ganzen zu geben.

Unter dem Worte **S a n i t ä t s w e s e n** kann im Allgemeinen alles dasjenige verstanden werden, was in einem Staate durch die Natur oder menschliches Zuthun, auf die Gesundheit der Einwohner, und überhaupt der lebenden Geschöpfe, wahrnehmbares sich ereignet.

Das Wort **M e d i z i n a l v e r f a s s u n g** dagegen be- greift offenbar nur dasjenige in sich, was die Staatsverwaltung für das Gesundheitswohl der Einwohner

UNRUHE

INDIKATIONEN:

Neurasthenie – innere Unruhe, nervöse Reizbarkeit, Übererregbarkeit (auch sexuelle). Schwindelzustände, unruhiger Schlaf mit schweren Träumen, nervöse Erschöpfungszustände. Klimakterische Störungen – Angstzustände, nervöse Verstimmungen, depressive Stimmungslagen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche. Nervöse Kopfschmerzen. Schlafstörungen.

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg, Aminophenazon. 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. gluconic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb., Adonid. vernalis 20 mg.

KONTRAINDIKATIONEN:

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, Porphyrie, schwere Nieren- und Myokardschäden.

HANDELSFORMEN:

OP zu 50 Dragées.

Verschreibungspflichtig

Preis: DM 2,95 lt. A.T.

NERVO-OPT®

DIE INSEL DER RUHE



DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU



sowohl in der Lehre als der Ausübung der medizinischen Wissenschaften verfügt, und was dieselbe aus den letztern als Mittel zu anderen Zwecken benutzet.

Die zu einer Medizinalverfassung nothwendigen Anordnungen, Gesetze, Einrichtungen und Anstalten zerfallen zunächst in

- einen polizeilichen,
- einen gerichtlichen, und
- einen statistischen Theil.

I. Der polizeiliche Theil trennet sich wieder in zwei Unterabtheilungen, nemlich

- A. in die Sanitätspolizei und
- B. in die medizinische Polizei,

von welchen die erste die Erhaltung der Gesundheit der Massa der Einwohner sowohl als der einzelnen Glieder, und die Bewahrung vor allem dem Leben und dem Wohlbefinden physisch schädlichen, insofern dieses in der Macht des Staates liegt, zum Zwecke hat; die zweite aber den durch diese Sanitäts-Polizei nicht zu beseitigenden Gebrechen und Uebeln dadurch zu steuern sucht, daß die erforderliche Hülfe in öffentlichen Anstalten und einzeln einem jeden möglichst nahe gelegt wird.

II. Der gerichtliche Theil bestehet in der Sorge des Staates bei dem Entwurfe und der Handhabung der bürgerlichen und peinlichen Gesetze, die entstandenen Rechtshändel, in welchen über Gegenstände des Lebens und der Gesundheit die Frage ist, oder bei welchen überhaupt zur Entdeckung der Wahrheit von den medizinischen Wissenschaften Gebrauch gemacht werden kann, nach den richtigsten und bewährtesten Grundsätzen zur Entscheidung bei den Gerichtsstellen durch die Kunstverständigen einzuleiten.

III. Der statistische Theil endlich ziehet aus der guten Bestellung der aufgezählten Gegenstände (der Sanitäts- und medizinischen Polizei, dann der gerichtlichen Medizin) die sich ergebenden Resultate, benutzet dieselbe auf verschiedene Art, und sorgt zugleich dafür, daß dasjenige, was davon den medizinischen Wissenschaften selbst Gewinnbringend seyn kann, nicht verloren gehe.

Diese Eintheilung der Medizinalverfassung dürfte der Natur der in ihr begriffenen Gegenstände angemessen, und aus dem Grunde mehr als irgend eine der bisher aufgestellten sowohl logisch richtig, als praktisch anwendbar seyn, weil ein jeder Theil von dem andern genau getrennt, ein jeder aber für sich nothwendig ist, die Gesundheits-Polizei sich zur medizinischen Polizei, wie die Diätetik zur Medizin verhält, der gerichtliche und der statistische Theil gesonderte Zweige des Ganzen, und die Mittel und Organe zur Ausführung eines jeden verschieden sind.

Nachfolgende Uebersicht desjenigen, womit sich ein jeder der angegebenen Theile einer Medizinalverfassung zu beschäftigen hat, wird das Gesagte einleuchtender machen.

I.

Der polizeiliche Theil.

A. Sanitäts-Polizei.

Die Erhaltung der Gesundheit der Einwohner eines Staates ist, wie bekannt, einer der wichtigsten Zwecke der allgemeinen Polizei. Da die Grundsätze, nach welchen dieser Zweck erreicht werden soll, größtentheils aus dem Gebiete der Arzneiwissenschaft entnommen werden, so unterliegt es wohl keinem Zweifel, daß dieser Gegenstand ein Hauptaugenmerk einer wohlgeordneten Medizinalverfassung seyn müsse, obschon dessen Ausführung, sobald die hieher gehörigen Grundsätze einmal aufgestellt sind, in gewöhnlichen Fällen der Polizeigewalt überlassen werden kann.

Um die unendliche Mannigfaltigkeit der Mittel zum Zwecke der Gesundheitserhaltung der Bürger eines Staates in einiger Ordnung übersehen zu können, werden die sich hierauf beziehenden Gegenstände füglich nach der natürlichen Laufbahn des Daseyns der Menschen, und nach den Verhältnissen derselben zu denjenigen Dingen, welche mit ihrer Erhaltung oder Zerstörung in alltäglicher Wechselwirkung stehen, unter folgenden zwölf Titeln aufgezählet:

1. Oeffentliche Sicherheitsmaßregeln für Schwangere.
2. Sorge für eine wohlgeordnete und hinreichende Hülfe für Gebärende.
3. Verhütung der vielen physischen Nachtheile, mit welchen die Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt und in der frühesten Periode des selbstständigen Lebens bedrohet werden.
4. Sorge für eine naturgemäße Nahrung und Erziehung der Neugeborenen, für Errichtung von Anstalten für Säug-AMMEN, dann für die physische Erziehung durch die ersten Perioden des Lebens bis zur menschlichen Reife. Dem Staate liegt diese Sorge, besonders in den öffentlichen Kinder-, Waisen- und Erziehungshäusern, ob, so wie auch bey allen Subjekten dieser Art, welche auf Kosten des Staates oder der Stiftungen bey Privaten in den bestehenden verschiedenartigen Einrichtungen verpflegt werden.
5. Die zweckmässigste Leitung der menschlichen Zeugungs-Kräfte, über welche seit Jahrtausenden Philosophen, Aerzte und Politiker verschiedene mehr oder weniger ausführbare Vorschläge gemacht haben, darf bei der Anordnung einer Sanitäts-Polizei nicht umgangen werden. In ihr bestehet das Fortleben, die Gesundheit und die eigentliche Kraft eines Staates. Zwar lassen die hergebrachten gesellschaftlichen Verhältnisse der Menschen in Verbindung mit der über diesen Gegenstand unmöglich ganz zu beschränkenden Freiheit hier sehr wenige positive Verfügungen zu; doch muß mittelbar alles angewendet werden, daß der zweifache wichtige Zweck, Beförderung fruchtbarer Ehen, von welchen ein Staat allein Vortheil erwarten kann, und Verhütung ansteckender, das Menschengeschlecht in der

Zeugungs-Quelle vergiftender Krankheiten, erreicht werde.

6. Das frühere sowohl als das natürliche Alter in Verbindung mit Armuth, oder der Zustand derjenigen Menschen, welche mit dem Verluste oder dem Mangel der Fähigkeit zum Erwerbe ihres Unterhalts im eigentlichen Sinne der Gesellschaft anheimfallen, erheischen auf verschiedene Weise die Fürsorge eigener Armenanstalten, und der Sanitäts-Polizei. Hieher gehört die Einrichtung von wechselseitiger Assekuranz für Hilfsbedürftige, der Pfründner- und Versorgungshäuser, und der Institute, in welchen manche aus sanitätspolizeilichen Rücksichten aus der menschlichen Gesellschaft zu entfernende Individuen, entweder für dieselbe wieder brauchbar gemacht, oder abgenährt werden müssen.

7. Auch über den sterbenden und todten Menschen erstreckt sich die Sorgfalt der Sanitäts-Polizei.

Die Behandlung des Menschen, welcher im Begriffe stehet, aus diesem Leben zu scheiden, und seiner Leiche bis zur Beerdigung, die allgemein einzuführende Todtenbeschau, die Art und Weise, wie außergerechtliche Leichenöffnungen vorgenommen werden können, die Leichen- oder Beisetzung-Häuser, die Kirchhöfe, ihre Lage, Entfernung von bewohnten Orten, ihre verhältnismäßige Größe, die Tiefe und Beschaffenheit der Gräber, ihre Sicherheit, die Zeit und die Bedingungen ihrer Wiedereröffnung, die Regulierung der über diesen Gegenstand zu führenden Bücher und Listen u. dgl., haben auf das Gesundheitswohl der Staatsbürger einen unverkennbaren Einfluß.

8. Die Sanitäts-Polizei hat dafür zu sorgen, daß die zum Verkaufe ausgebotenen Nahrungsmittel und Getränke der Gesundheit nicht nachtheilig seyn. Die Fleischbeschau, die Aufsicht über Schlachthäuser, und überhaupt über den Handel mit Thierfleische, Geflügel und Fischen, Milch, Butter und Käse u.s.w. als Nahrungsmittel aus dem Thierreiche, — dann die Sorge, daß bei dem Verkaufe des Getreides hinsichtlich der dasselbe befallenden Krankheiten, z. B. des Brandes, des Mutterkorns u. durch Vermischung des Mehls mit fremden Substanzen, bei der Bereitung eines schmackhaften Brodes, bei dem Handel mit den verschiedenen Gattungen von Gemüse, Obst, Hülsenfrüchten, Schwämmen u.s.w. überhaupt bei allen Nahrungsmitteln aus dem Pflanzenreiche, die Gesundheit und das Leben der Staatsbürger nicht gefährdet werde, beschäftigen eine thätige Polizei ohne Unterlaß. Hiezu kommt noch die Sorge für gutes und zuträgliches Trinkwasser, und die Aufsicht über Verfälschungen des Biers, des Weins, des Branntweins, Essigs u.a.m. Auch die verschiedenen Gefäße, welche zur Zubereitung oder Aufbewahrung der Nahrungsmittel und des Getränkes in Gebrauch kommen, erheischen die Aufsicht der Sanitäts-Polizei, da sie sehr oft die Ursache von Krankheiten mancher Familien, ja wohl ganzer Gemeinden sind.

9. Sorge für gesunde Wohnungen und gegen Verderbnisse der Luft.

Die Sanitäts-Polizei liefert allgemeine Vorschriften für die Anlage neuer Wohnorte, für den Bau neuer Häuser, und die Zeit ihrer Bewohnbarkeit, für die Reinlichkeit der Straßen, für die Absonderung derjenigen Handwerker, welche der Gesundheit der Anwohner lästig oder nachtheilig seyn können, für die Handwerker, welchen die Art und Weise ihrer Beschäftigung, oder das von ihnen zu behandelnde Material schädlich zu seyn drohet.

10. Viele Gemeind- und Staats-Anstalten fodern bey ihrer Anlage, Einrichtung und dem Gebrauche den Beirath und die Mitwirkung der Sanitäts-Polizei. Als Beispiele können

dem Bedürfnisse und der Bequemlichkeit angemessene Badeanstalten, die Heilquellen und Mineralbäder, nicht minder die Arbeits- und Zuchthäuser und die Kriminalgefängnisse

genannt werden.

(Fortsetzung folgt.)

Brief aus Bonn

Die sozialpolitische Diskussion des letzten Jahres hatte sich vor allem auf die „Weiterentwicklung“ der gesetzlichen Krankenversicherung konzentriert. Zum sozialpolitischen Thema Nr. 1 dürfte 1971 wieder einmal die gesetzliche Rentenversicherung werden. Dafür wird Bundesarbeitsminister Arendt sorgen. Am bedeutsamsten ist ohne Zweifel Arendts Ziel, die Altersgrenzen flexibel zu gestalten. Bis zur Jahresmitte werden Arendts Pläne wohl auf dem Tisch liegen. Wie der Minister freilich das Problem lösen will, die älteren Arbeitnehmer früher in Pension gehen zu lassen, ohne daß dadurch die Rentenversicherung finanziell überfordert würde, ist gegenwärtig noch nicht zu sehen. Der Gewerkschaftsbund, der sehr nachdrücklich auf die Einführung der flexiblen Altersgrenze drängt, spricht immer von einer jährlichen Mehrbelastung von vier bis fünf Milliarden Mark. Aber diese Rechnung ist sicherlich mit einem Fragezeichen zu versehen. Arendt wird schon ein solides Projekt vorlegen müssen, wenn er damit nicht scheitern will.

Eine von ihm veranlaßte Umfrage hat, soweit bisher bekannt, das große Interesse der Versicherten an einem früheren Bezug der Rente gezeigt. Die große Frage ist nur, ob die jüngere Generation bereit ist, dafür über Jahrzehnte hin höhere Beiträge zu zahlen und ihren Lebensstandard einzuschränken. Die Untersuchungen sollen ergeben haben, daß auch die jüngeren Menschen durchaus bereit sind, für eine niedrigere Altersgrenze höhere Rentenbeiträge zu zahlen. Schon solche gezielten Fragen lassen erkennen, daß für Arendt der Rentenbeitrag, der Anfang

des nächsten Jahres, wie 1969 beschlossen, auf 18 % steigen wird, nicht tabu ist. Vor ein bis zwei Jahren war das noch anders. Da wurde es als großer Erfolg gefeiert, daß der „Rentenberg“, dessen Gipfel 1976/77 erreicht wird, mit einem Beitragssatz von 18 % bezwungen werden könne. Gewiß ist es ein erstrebenswertes Ziel, dem alten Menschen die Chance zu geben, früher mit dem Arbeiten aufzuhören. Dabei muß aber außerordentlich behutsam vorgegangen werden; das finanzielle Risiko ist hoch und nur schwer abzuschätzen. Eine solche sozialpolitische Initiative würde sich nicht lohnen, wenn sie die finanzielle Stabilität der Rentenversicherung aufs neue gefährden würde.

Weniger problematisch, wenn auch von gleichem gesellschaftspolitischen Rang, ist die Frage, ob und wie die Selbständigen nach einem Jahrzehnt fruchtloser Diskussion in die gesetzliche Rentenversicherung einbezogen werden können. Wenn nicht alles täuscht, besteht in dieser Legislaturperiode zum erstenmal die Chance, dieses Problem befriedigend zu lösen. Das liegt einmal daran, daß sich in der CDU die Mittelständler und der Arbeitnehmerflügel auf ein gemeinsames Konzept geeinigt haben. Bedeutsamer ist aber wohl, daß der Gewerkschaftler Arendt bereit ist, sich über den Widerstand der Gewerkschaften hinwegzusetzen und ein liberales Modell vorzulegen, das auch für die Koalitionspartner FDP annehmbar ist. Wenn nicht alles täuscht, ist damit endgültig auch die Gefahr gebannt, daß die berufständischen Versorgungswerke, insbesondere die der Ärzte, in ihrer Existenz gefährdet werden könnten.

Gegenwärtig gibt es für rund eine Million Selbständige und Freiberufler keine gesetzliche Alterssicherung. Das gilt insbesondere für die Einzelhändler, Großhändler, Vertreter, die gewerblichen Unternehmer sowie für die rechts-, wirtschafts- und steuerberatenden freien Berufe. Nur etwa 20 % dieses Personenkreises hat eine Altersversorgung aufgebaut, die als ausreichende Grundsicherung angesehen werden kann. Für die Alterssicherung dieser Selbständigen sind im letzten Jahrzehnt vor allem vier Modelle entwickelt worden:

1. Die freiwillige Selbstversicherung, bei der jeder Selbständige frei darüber entscheiden kann, ob und wie viele Beiträge er in beliebiger Höhe entrichtet.
2. Die Pflichtversicherung auf Antrag. Dem einzelnen Selbständigen steht die freie Entscheidung darüber zu, ob er in die Rentenversicherung eintritt oder nicht. Entscheidet er sich für die Rentenversicherung, so hat er dieselben Pflichten zu übernehmen wie jeder Pflichtversicherte; er muß also regelmäßig Beiträge entrichten, die von der Höhe des Einkommens abhängig sind.
3. Die zeitlich befristete Versicherungspflicht nach dem Vorbild der Handwerkerversicherung. Dabei hätte der Selbständige bis zu 25 Jahre lang einen mittleren Beitrag an die Rentenversicherung abzuführen.

4. Die allgemeine und unbegrenzte Versicherungspflicht entweder mit einkommensabhängigen Beiträgen oder mit einem pauschalierten mittleren Beitrag.

Von grundsätzlicher Bedeutung ist ohne Zweifel, daß sowohl Minister Arendt wie auch die Union davon abgekommen sind, die Selbständigen allgemein der Versicherungspflicht oder einer zeitlich befristeten Versicherungspflicht zu unterwerfen. Die Bundestagsfraktion der Union hat sich in einem Grundsatzbeschluß dafür ausgesprochen, die Versicherungspflicht auf Antrag einzuführen. Gegenwärtig wird an einem entsprechenden Gesetzentwurf gearbeitet, der nicht lange auf sich warten lassen soll. Die Opposition ist natürlich bestrebt, der Regierung den Rang abzulaufen. Jeder Selbständige soll sich also frei entscheiden können, ob er der Rentenversicherung beitreten will oder nicht. Wählt der Selbständige die gesetzliche Sicherung, so wird er versicherungspflichtig. Das Problem ist wohl vor allem die Erhebung einkommengerechter Beiträge. Hier soll jeweils an den letzten Steuerbescheid angeknüpft werden.

Diese technischen Schwierigkeiten will Arendt dadurch umgehen, daß er es prinzipiell den Selbständigen überläßt, wieviel sie zahlen. Da die Rente sich an der Beitragsleistung orientiert, läßt sich dies wohl vertreten. Freilich wird man die Anerkennung von Ersatz-, Ausfall- und Zurechnungszeiten von gewissen Mindestbeitragszahlungen abhängig machen müssen, wie dies auch bei den freiwillig versicherten Angestellten der Fall ist.

Arendt wird den Selbständigen durch diese liberale Regelung gewiß keine besondere Wohltat erweisen wollen. Politisch ist die Frage aber mit der Hausfrauenversicherung und dem neuen Ehescheidungsrecht verknüpft. Es ist beabsichtigt, die Rentenversicherung auch den Hausfrauen zu öffnen. Das ist aber nur möglich, wenn man es jeder Hausfrau überläßt, wieviel sie zahlen will. Die Selbständigen könnten aber nicht schlechter gestellt werden als die Hausfrauen. Der Protest der Gewerkschaften gegen die Einbeziehung der Selbständigen in die Rentenversicherung wird deshalb wohl verpuffen. Was den Hausfrauen billig ist, muß den übrigen Bürgern recht sein. Der schrittweise Übergang zu einer Hausfrauenversicherung hat also die gesellschaftspolitisch erwünschte Nebenwirkung, daß den Selbständigen eine gesetzliche Grundsicherung auf weitgehend freiwilliger Basis nicht länger verwehrt werden kann.

bonn - mot

88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 14. bis 17. April 1971 in München

Wie werden die Ärzte auf ihre Fachtuchtigkeit kontrolliert?

Verantwortungsbewußtsein der Ärzteorganisationen — Das Programm der „Continuing Medical Education“

von Dr. W. S c h w e i s h e i m e r , New York

„Bilde dich weiter — oder entferne dich von unseren Reihen!“

Das ist der Kampfruf der ärztlichen Landesorganisation im Staate Oregon, die als erste den Kampf für weitgehende Fortbildung praktizierender Ärzte mit besonderer Energie und ausgesprochenen Zwangsmaßnahmen aufgenommen hat.

Sie ist mit dem Ruf nach „continuing medical education“ (CME), nach Fortführung der medizinischen Ausbildung, nicht allein. Die große Landesorganisation der American Medical Association (AMA) mit ihren 215 000 Mitgliedern hat seit Jahren diese Forderung auf ihr Programm gesetzt und weite Möglichkeiten zur ärztlichen Fortbildung angeregt und zur Verfügung gestellt. Noch intensiver hat sich die „American Academy of General Practice“ mit Hauptsitz in Kansas City, Missouri, dafür eingesetzt und ihr Programm ist vorbildlich geworden für andere, lokale Ärztgruppen.

Aber der Unterschied zwischen diesen Organisationen und der Oregon-Gruppe besteht darin, daß bisher alles freiwillig geschehen konnte, und für den Arzt, der den Anregungen seiner Landesorganisation nicht folgte, keine weiteren Folgen entstanden. Die Oregon-Gruppe dagegen hat zum erstenmal solche Zwangsmaßnahmen vorgesehen, und es besteht kein Zweifel, daß ihr Vorbild Nachahmung finden wird.

Es wird heute nicht mehr als angängig betrachtet, daß es dem Arzt, der vor 30 oder 40 Jahren oder länger oder kürzer sein Staatsexamen machte und seine Approbation erhielt, überlassen sein soll, ob er sich entsprechend der Entwicklung der modernen Medizin weiterbildet oder nicht. Der gute Ruf der Ärzteschaft kann nur erhalten bleiben, wenn beim Publikum wie bei den Gesundheitsbehörden die Überzeugung besteht, daß hier nichts versäumt wird.

Und diese Überzeugung läßt sich nur durchsetzen, wenn die Gewißheit einer Kontrolle der Kompetenz des praktizierenden Arztes über seine weitere Ausbildung besteht. Das ist heute ebenso nötig wie die Kontrolle, die darüber ausgeübt wird, daß zur Ausübung der Heilkunde nur Personen zugelassen werden, die eine exakt definierte, scharf kontrollierte Ausbildung durchgemacht haben.

Wer soll diese Kontrolle ausüben? Beim „Staats-“examen und bei der Approbation ist es der Staat, der diese Kontrolle ausübt. Vielleicht wird es nötig werden, daß auch bei der Fortbildung des praktizierenden Arztes eine staatliche Kontrolle einzuführen ist. Vielleicht genügt aber die Kontrolle durch die „peers“, die

Standesgenossen, die Landesorganisationen, um diese notwendige Weiterbildung zu garantieren.

Nicht genügende Garantie für die Erreichung des Zieles ist vermutlich bei einer freiwilligen Fortbildung der praktizierenden Ärzte gegeben, wenn auch die Erfahrung der letzten Jahre lehrt, daß immer mehr Ärzte sich an den von den Landesorganisationen empfohlenen und angeregten Programmen beteiligt haben. Es ist bekannt, daß innerhalb der Krankenhäuser und Kliniken vielfach ein verlässiges System der gegenseitigen Kontrolle der Ärzte besteht, das für Weiterbildung hinreichend Sorge trägt.

Außerhalb der Krankenanstalten ist diese Kontrolle nicht gegeben, und hier sucht das Kontrollprogramm der Oregon-Ärzterschaft eine Lücke zu schließen.

Die Ausbildungsforderungen sind im wesentlichen ähnlich oder identisch mit jenen der AMA und der Academy, nämlich für Praktische Ärzte (General Practitioners, G.P.'s) 150 volle Ausbildungsstunden im Laufe von drei Jahren, im Durchschnitt also 50 Stunden im Jahr. Mindestens ein Drittel dieser Kurse muß bei vorgeschriebenen Unterrichtsquellen durchgeführt werden, bei dem Rest steht die Unterrichtsquelle dem lernenden Arzt frei: doch sind auch hier bestimmte Richtlinien vorgeschrieben.

Für Spezialärzte sind andere Richtlinien über ihre Ausbildung gegeben. Für Internisten beispielsweise sind 100 „credits“ pro Jahr vorgeschrieben. Zwei Kreditpunkte werden erteilt für jede Stunde, die der Internist an einer medizinischen Krankenhauskonferenz teilnimmt, oder wenn er dort selbst einen Fall vorstellt, oder die er in einem CME-Kurs verbringt usw. Zehn Kreditpunkte werden ihm für Veröffentlichung einer wissenschaftlichen Arbeit zugebilligt.

Für Röntgenärzte kommen im Jahr 50 Ausbildungsstunden in Betracht, ebenso für Augenärzte, Chirurgen, Urologen und andere Spezialärzte.

Für die endgültige Ausarbeitung des Programms waren lange Beratungen der Ärzteschaft nötig und ein Probejahr im Jahr 1969. Mit Januar 1970 ist das Programm bindend für jedes Mitglied der Oregon-Ärzterschaft in Kraft getreten. Im Februar des nächsten Jahres muß jeder Arzt der Oregon Medical Association (OMA) einen Bericht einreichen, in dem im einzelnen dargelegt ist, wie er den Forderungen nach CME nachgekommen ist.

Ausschließung aus der OMA ist möglich

Bei der endgültigen Festlegung der Kontrollmaßnahmen hat sich kein Widerspruch erhoben. Es handelt



neu

entschmerzt
entkrampft und
entspannt die Muskulatur
hemmt die Entzündung
kühlt wohltuend
mit erfrischender Duftnote
trocknet nicht aus
hält die Haut geschmeidig und elastisch

Thrombophob[®]-S Gel

für die sportliche Indikation

Das spitzendosierte besonders preisgünstige Heparin-Gel mit 30000 I.E.

Indikationen:

Sport- und Unfalltraumen, wie Blutergüsse, Prellungen, Quetschungen, Muskelkater und -schmerzen, Sehnenscheidenentzündungen

Handelsformen:

O. P.: Tuben mit 40 und 100 g
A. P.: 10 Tuben mit 100 g



NORDMARK-WERKE GMBH HAMBURG
WERK UETERSEN/HOLSTEIN

sich um folgendes: Wenn das Mitglied der OMS bis zum Februar 1971 nicht den verlangten Bericht eingereicht hat und wenn er auch auf Aufforderung der OMA das nicht tut, so wird sein Name bei der Jahrestagung der OMS dem Delegiertenhaus vorgelegt mit der Empfehlung, daß er für den Rest des Jahres oder solange, bis er seine Verpflichtung erfüllt hat, auf eine Probezeit gestellt wird.

Das Delegiertenhaus der OMA hat die Ermächtigung erhalten, ein Ausgleichs-Komitee aufzustellen, dem Streitfälle vorgelegt werden. Falls der Arzt bis September 1971 nicht einen zufriedenstellenden Bericht eingereicht hat, wird seine Suspendierung aus der OMA in Erwägung gezogen.

„Was im einzelnen verlangt wird, das wechselt nach der Art der Spezialisierung“, so führte Dr. Merle Pennington aus, der Vorsitzende des OMA-Rats für medizinische Erziehung, „aber im allgemeinen folgen wir den 50 Erziehungsstunden pro Jahr, wie sie die American Academy of General Practice für notwendig erachtet hat“. Ärzte, die im vergangenen Jahr einen Fragebogen des Rates beantworteten, berichteten, daß sie im Tagesdurchschnitt 2,7 Stunden für fortschreitende medizinische Erziehung aufwandten. Das geht erheblich über das hinaus, was als Mindestmaß von den ärztlichen Gesellschaften festgesetzt wurde.

Das Versuchsprogramm des Jahres 1969 war ein „Sanft-Druck“-Experiment, dem noch keine Strafbestimmungen beigegeben waren. Es brachte, wie Dr. Pennington feststellte, einige weniger freundliche Kommentare von Ärzten, die mit dem Zeitverlust nicht zufrieden waren, aber keinen wirklichen Protest.

Die Suspendierung eines Arztes aus der staatlichen Ärztsorganisation hat erhebliche praktische Folgen. Verlust der Zugehörigkeit zu einer staatlichen Standesorganisation bedeutet gleichzeitig Verlust der Mitgliedschaft in der AMA, der nationalen Dachorganisation. Viele Krankenhäuser betrachten die Zugehörigkeit zu einer Standesorganisation als grundlegend für die Zulassung des Arztes zur Behandlung von Patienten in ihrem Bereich. Ein Arzt, der unter solchen Umständen suspendiert wird, wird gleichzeitig an Ansehen bei seinen „peers“ verlieren.

Dazu kommt noch ein Punkt, der heute von besonderer praktischer Bedeutung ist, heute, im Zeitalter der Kunstfehlerklagen. Die meisten Ärzte gehören einem OMA-Programm für Haftpflichtversicherung an. Wenn der Arzt von der OMA suspendiert wird und sich eine andere Haftpflichtversicherung suchen muß, so kann ihm das unter Umständen erhebliche Schwierigkeiten und Mehrkosten bedeuten.

Das Programm der AMA

Seit dem Jahr 1954 hat die AMA sich bemüht, ihre Ärztemitglieder zur Teilnahme an fortlaufenden Ausbildungskursen zu bewegen. Im ersten Jahr nahmen rund 19 000 Ärzte an solchen Kursen teil. Diese Ziffer stieg im Laufe der Jahre an und ist in diesem Jahr auf über 127 000 gestiegen.

Es handelt sich dabei um freiwillige Teilnahme an den Ausbildungskursen. Im Jahr 1970 stehen für CME 2016 verschiedene Kurse zur Verfügung, die von 525 Lehrkörpern in 43 Staaten und dem District von Columbia (das ist Washington) durchgeführt werden. Alle nur erdenklichen Probleme der Medizin werden hier gelehrt und stehen zur freien Wahl zur Verfügung.

In der Art der Kurse wird den verschiedenen Bedürfnissen der praktizierenden Ärzte weitgehend entgegengekommen. So bietet es fortlaufende Kurse (continuous), bei denen der Kurs an aufeinanderfolgenden Tagen bis zu seiner Vollendung durchgeführt wird. Es gibt weiter intermittierende Kurse, wobei der Kurs einmal oder zweimal in der Woche oder im Monat stattfindet, sich also über Wochen oder Monate hinzieht. Als „circuit courses“ wird er bezeichnet, wenn der Kurs in relativ isolierten Plätzen von einer „wandernden“ Fakultätsgruppe gegeben wird. Auch Korrespondenzkurse (bei anerkannten Lehrstellen) lassen sich von zu Hause aus durchführen, ebenso Belehrung über Radio und Fernsehen. Nach Absolvierung der Kurse und Nachweis hinreichender Teilnahme erhalten die Kursteilnehmer eine offizielle Bestätigung von der AMA, den „American Medical Association Physician's Recognition Award“.

Der Selbst-Beurteilungs-Test

In der Vergangenheit wurde der Fehler begangen, die Fortbildungskurse nicht immer mit dem Inhalt zu wählen, der für den weiterstudierenden Arzt notwendig war. Um die dadurch entstehenden Probleme zu vermeiden, probierte das „American College of Physicians“ mehrere Methoden aus, wie ein solcher Nachteil am besten zu vermeiden sei.

Als beste Lösung wurde schließlich ein Verfahren erkannt, das als „Medical Knowledge Self-Assessment Program“ bezeichnet wird, ein Selbst-Einschätzungsprogramm über ärztliches Wissen. Diese Selbst-Einschätzung wird aufgrund eines Tests vorgenommen, den der Arzt an sich selbst vornimmt. Er erkennt daraus am besten, welcher Teil seines Wissens nicht vollständig ist und auf welchem Gebiet Lücken bestehen, die ausgefüllt werden sollen.

Der Test ist freiwillig; er läßt sich zu der Zeit und an dem Platz durchführen, die für den Arzt am bequemsten sind; sein Ergebnis ist vertraulich; und es werden keine Noten erteilt. Der Test, der mit Hilfe des „National Board of Medical Examiners“ ausgearbeitet wurde, bezieht sich auf neun verschiedene medizinische Wissensgebiete. Er besteht aus 700 Fragen, mit Antworten unter einem Stichwort und mit einer Bibliographie für den Arzt, der auf dem Einzelgebiet sich weiterbilden will.

Der Test hat sich bereits deutlich bewährt. Sein großer Vorteil besteht darin, daß der einzelne Arzt bei sich selbst die Lücken ausfindig machen kann, die in seinem Wissen bestehen. Darüber hinaus kann der Test an sich eine gute Lehrmethode bedeuten. Die

AMA bezeichnet den Test als „ein wertvolles Lehrmittel“.

Die vorgeschriebene Zeit für die Fortbildung des praktizierenden Arztes wird von niemandem als übertrieben betrachtet. Die Ärzteorganisationen haben volles Verständnis dafür — und sie betonen es —, daß viele Ärzte heute beruflich stark belastet oder überlastet sind. Sie legen Wert darauf, daß durch die an sich unentbehrlich notwendige Fortbildung des Arztes nicht sein Verhältnis zu den Patienten gestört und ihm zuviel Zeit zur Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit genommen wird.

Verlangen der Öffentlichkeit nach einem kompetenten Arzt

Die Ärzteorganisationen legen schon seit einer Reihe von Jahren immer größeren Wert auf die Notwendigkeit der Fortbildung des praktizierenden Arztes. Aber immer mehr dringt die öffentliche Meinung auf die Erfüllung dieser Voraussetzung für die Möglichkeit vollen Vertrauens zu den Hütern der öffentlichen und privaten Gesundheitsfürsorge. Zwei Vorkommnisse aus jüngster Zeit geben ein Bild, das als Mahnung und Warnung dienen kann.

Ein Staatsgerichtshof hat vor kurzem folgende Entscheidung getroffen: die Tätigkeit eines Arztes kann nicht mehr in Zusammenhang mit der Qualität der ärztlichen Behandlung beurteilt werden, wie sie in seiner unmittelbaren lokalen Umgebung üblich ist. Seine Tätigkeit muß vielmehr heute danach beurteilt werden, was seine „peers“ wissen und praktizieren, „wo immer sie sich befinden mögen“.

Dieses Gerichtsurteil wird vermutlich ein Vorbild für die Auffassung in anderen Staaten sein. Für den praktizierenden Arzt bedeutet es gesteigerte Verantwortlichkeit. Er wird dadurch erneut darauf aufmerksam gemacht, wie notwendig es für ihn ist, sein Wissen und Können mit den neuesten Errungenschaften der modernen Medizin in Einklang zu bringen.

Senator und AMA

Das zweite Vorkommnis ist eine gegensätzliche Auseinandersetzung zwischen dem Senator Edward M.

Kennedy und der AMA. Senator Kennedy, der jüngste Bruder des ermordeten Präsidenten Kennedy, ist ein einflußreicher Senator, dessen Stimme in der Öffentlichkeit weit beachtet wird. Er forderte auf der letzten Tagung der „American Hospital Association“ (AHA) in Washington die Hospitalleitungen auf, „wirkungsvollere Maßnahmen zu treffen, die eine berufliche Qualität der Hospitalärzte verbürgen“.

Dr. Gerald D. Dorman, der Präsident der AMA, wandte sich mit Entschiedenheit gegen einen solchen Vorschlag. „Hospitalverwalter ohne medizinische Ausbildung“, so sagte er, „haben nicht den richtigen Hintergrund, um die Qualität der ärztlichen Fürsorge richtig beurteilen zu können.“

Senator Kennedy sprach sich noch erheblich schärfer aus. Er verlangte, daß Krankenhäuser und andere Gruppen der Gesundheitsfürsorge neue Antworten auf das „extrem delikate Problem“ der beruflichen Kompetenz in der medizinischen Praxis finden müssen. Nur auf diese Weise lasse sich die steigende Drohung der Kunstfehlerklagen vermindern. Er fuhr fort: „Hier müssen Sie die Führung übernehmen. Allzu lange haben die Krankenhäuser das Problem der Kompetenz ihrer Ärzte vermieden, indem sie sich hinter die unzureichende Fassade des freiwilligen ärztlichen Fortbildungsprogramms versteckten, oder indem sie das Problem der örtlichen Ärzteorganisation übergaben, wo es begraben wurde.“

Dr. Dorman betrachtete diese Äußerungen des Senators als einen offenen Schlag gegen die örtlichen Ärzteorganisationen und ein Mißverstehen der Berufsausbildung der amerikanischen Ärzte. „Mitglieder der einschlägigen Komitees der AMA und der AHA“, so erklärte er weiter, „arbeiten eng zusammen über das Problem der „peer review“ (der Kompetenzbegutachtung durch Kollegen) und über das Problem der steigenden Zunahme der Kunstfehlerklagen.“

Die Verteidigungsstellung Dr. Dormans ist wohl zu verstehen und sie ist wohl auch zutreffend. Aber es ist von großer Bedeutung, wenn ein Mann wie Senator Kennedy es nötig hält, so scharfe Vorschläge zu äußern.

Adumbran®

Thomae

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

2

Esberitox[®]

ruft
die Abwehr
zum Kampf

Esberitox[®]

unspezifisches Reiztherapeutikum
Stimulans des RES und des
leukopoetischen Systems

Esberitox[®]

zur Basistherapie bei allen
infektiösen Erkrankungen

Darreichungsformen:

| | |
|----------------------------|---|
| Liquidum: | 20 ml, 50 ml: |
| Tabletten (mit Vitamin C): | 50 Stück zu 0,3 g, 125 Stück zu 0,3 g; |
| Suppositorien: | 10 Stück; |
| Ampullen: | 5 Stück zu 2 ml. |



Schaper & Brümmer
3324 Salzgitter-Ringelheim

Das neue Recht der Leichenschau

von Heinrich Klingshirn

Am 1. Januar 1971 trat das Bestattungsgesetz (BestG) vom 24. September 1970 (GVBl. S. 417)* zusammen mit der Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes (BestV) vom 9. Dezember 1970 (GVBl. S. 671)* in Kraft. Das Gesetz hat die zum Teil noch aus dem vorigen Jahrhundert stammenden und auf viele Rechtsquellen verstreuten Vorschriften abgelöst und das gesamte Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen neu geordnet. Eine der wesentlichsten Änderungen gegenüber der bisherigen Rechtslage hat sich auf dem Gebiet der Leichenschau ergeben. Da diese Vorschriften für die Ärzteschaft eine besondere Bedeutung haben, soll im folgenden die neue Rechtslage kurz erörtert werden.

1. Zweck der Leichenschau

Wie schon bisher, ist auch nach dem BestG die Leichenschau in jedem Fall zwingende Voraussetzung für die Bestattung. Art. 2 Abs. 1 BestG bestimmt, daß jede Leiche vor der Bestattung zur Feststellung des Todes, der Todesart und der Todesursache von einem Arzt untersucht werden muß. Für eine totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrucht von mindestens 35 cm Länge (Totgeburt) gelten die Vorschriften des BestG und der BestV über die Leichenschau sinngemäß (Art. 6 Abs. 1 BestG). Wegen der Folgen, die die Rechtsordnung an den sicheren Nachweis des Todes knüpft, kommt der Leichenschau und der dabei zu treffenden Feststellungen eine entscheidende Bedeutung zu. Es ist deshalb selbstverständlich, daß sie gewissenhaft durchgeführt werden muß. Eine nicht ordnungsgemäß vorgenommene Leichenschau wäre ein Verstoß gegen das Gebot der gewissenhaften Ausübung des ärztlichen Berufes (Art. 4 Abs. 2 des Bayerischen Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946, BayBS II, S. 58 und § 1 Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 4. 10. 1970, „Bayerisches Ärzteblatt“ 1970, S. 989).

Die bei der Leichenschau zu treffenden Feststellungen haben folgendem zu dienen:

- a) Die Feststellung des Todes soll die Bestattung von Scheintoten ausschließen und stellt die Grundlage für das Personenstandswesen dar.
- b) Die Ermittlung der Todesart — nämlich natürlicher oder nicht natürlicher Tod — dient vor allem der Verbrechensbekämpfung und Unfallverhütung.
- c) Die Angabe über die Todesursache schließlich dient der Aufdeckung übertragbarer Krankheiten im

Sinne des Bundes-Seuchengesetzes und ist notwendig für die zu führende Todesursachenstatistik. Diese ist wiederum eine der Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft und für eine zielbewußte Gesundheitspolitik.

2. Keine amtliche Leichenschau mehr

Ab dem 1. Januar 1971 kann die Leichenschau nur noch von einem Arzt durchgeführt werden. Denn in der heutigen Zeit bietet nur die ärztliche Leichenschau die Gewähr dafür, daß der Tod mit Sicherheit, die Todesart und die Todesursache mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Deshalb wurde nunmehr auch in Bayern die nichtärztliche Leichenschau (die es allerdings nur noch ganz selten gab) und gleichzeitig — was noch von weit größerer Bedeutung ist — die amtliche Leichenschau abgeschafft. Während bisher die Leichenschau nur von amtlich bestellten Leichenschauern vorgenommen werden konnte (sieht man von den für den Bereich öffentlicher Anstalten zuständigen Anstaltsärzten ab), so kann die Leichenschau seit Inkrafttreten des Bestattungsgesetzes nunmehr von jedem Arzt vorgenommen werden. Wenn auch für eine gewisse Übergangszeit mit einigen Schwierigkeiten zu rechnen sein dürfte, ist doch zu erwarten, daß sich diese Regelung bald gut einspielen wird. Denn sie bedeutet nicht nur eine wesentliche Verwaltungsvereinfachung für die zuständigen Behörden, sondern bietet gleichzeitig Gewähr dafür, daß die bei der Leichenschau zu treffenden Feststellungen ordnungsgemäß, d. h. nach den Regeln der ärztlichen Kunst, erfolgen. Im übrigen wurde mit der Beseitigung der amtlichen Leichenschau die Rechtslage in Bayern der in den anderen Bundesländern angepaßt.

3. Veranlassung der Leichenschau

Nach § 1 Abs. 1 Satz 1 BestV ist die Leichenschau unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zu veranlassen, zur Nachtzeit jedoch nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen.

Verpflichtet dazu sind die Angehörigen (vgl. die in der BestV vorgesehene Reihenfolge) und die Personensorgeberechtigten des Verstorbenen. Befindet sich die Leiche in einem Krankenhaus oder Entbindungsheim, so hat der leitende Arzt — und falls mehrere selbständige Abteilungen bestehen, der leitende Abteilungsarzt — die Leichenschau zu veranlassen. Bei Sterbefällen in Heimen, insbesondere Pflegeheimen und Altenheimen und Altenwohnheimen, Kinder- und Schülerheimen ferner in Entziehungs- und Gefangenenan-

*) Auszugsweise veröffentlicht in Heft 1/1971, Seite 77 ff, des „Bayerischen Ärzteblattes“.

stalten, Lagern und Sammelunterkünften u. ä. Einrichtungen hat deren Leiter dafür zu sorgen. Selbstverständlich können auch andere als die genannten Personen die Leichenschau veranlassen (z. B. der Arbeitgeber, wenn ein Arbeitnehmer im Betrieb tödlich verunglückt); eine rechtliche Verpflichtung besteht jedoch nicht.

4. Verpflichtung zur Vornahme der Leichenschau

Art. 2 Abs. 2 BestG bestimmt, daß auf Verlangen eines jeden nach § 1 BestV Verpflichteten oder auf Veranlassung der Gemeinde oder der Polizei zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet sind,

- a) jeder Arzt, der in dem Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde, in dem sich die Leiche befindet oder in dem Gebiet einer angrenzenden kreisfreien Gemeinde niedergelassen ist,
- b) in Krankenhäusern und Entbindungsheimen außerdem jeder dort tätige Arzt.

Von der im BestG vorgesehenen Möglichkeit, Fachärzte und Ärzte, die den Verstorbenen zuletzt behandelt oder zu ihm in einer familienrechtlichen Beziehung gestanden haben, von der Leichenschau auszuschließen, wurde in der BestV zunächst kein Gebrauch gemacht.

Wird ein nach Art. 2 Abs. 2 BestG verpflichteter Arzt mit der Leichenschau beauftragt, so kann er deren Vornahme nicht ablehnen, es sei denn, er würde durch die Leichenschau eigene Verfehlungen oder Verfehlungen seiner Angehörigen offenbaren und sich oder seine Angehörigen der Gefahr einer Verfolgung wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit aussetzen (Art. 2 Abs. 3 BestG).

Die BestV räumt dem zugezogenen Arzt keine Frist ein, innerhalb der er die Leichenschau durchzuführen hat, sondern verpflichtet ihn, die Leichenschau unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) vorzunehmen. Diese Verpflichtung besteht jedoch nur im Rahmen der allgemeinen Grundsätze, insbesondere der Güter- und Pflichtenabwägung und der Verhältnismäßigkeit (vgl. § 12 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten — OWiG — vom 24. 5. 1968, BGBl. I, S. 481). Kommt der zugezogene und nach Art. 2 Abs. 2 BestG verpflichtete Arzt der Aufforderung, die Leichenschau vorzunehmen, nicht oder nicht rechtzeitig nach, so begeht er — abgesehen von den Fällen, in denen ihm ein gesetzliches Weigerungsrecht zusteht (vgl. Art. 2 Abs. 3 BestG) — eine Ordnungswidrigkeit, die mit Geldbuße geahndet wird (Art. 18 Abs. 1 Nr. 6 BestG). Die Höhe der Geldbuße kann bis zu DM 1000,— betragen (§ 13 Abs. 1 OWiG). Darüber hinaus stellt die Nichtvornahme oder nicht rechtzeitige Vornahme der Leichenschau eine Berufspflichtverletzung dar, die, soweit nicht eine Ahndung durch die ärztliche Berufsvertretung in Betracht kommt, im berufsgerichtlichen Verfahren verfolgt wird (Art. 37 Abs. 1 des Gesetzes über die Berufsvertretungen und über die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apothe-

ker — Kammergesetz — vom 15. 7. 1957, GVBl. S. 162, zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. 7. 1966, GVBl. S. 242).

5. Durchführung der Leichenschau

a) Der Arzt hat die Leiche zur Feststellung des Todes, der Todesart und der Todesursache gründlich zu untersuchen. In diesem Zusammenhang wird auf die Abhandlung in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ 1970, S. 1914, verwiesen. Über das Ergebnis der Leichenschau stellt der Arzt die Todesbescheinigung aus. Diese darf er erst ausstellen, nachdem er an der Leiche sichere Anzeichen des Todes (z. B. Totenflecken, Totenstarre, Autolyse oder Fäulnis) festgestellt hat (§ 3 Abs. 1 Satz 2 BestV). Da abweichend von der bisherigen Regelung die Leichenschau unverzüglich vorzunehmen ist, kann es im Einzelfall möglich sein, daß bei der Leichenschau sichere Anzeichen des Todes noch nicht gegeben sind und deshalb die Todesbescheinigung erst später, unter Umständen nach einer nochmaligen Leichenschau ausgestellt werden darf. Diese Regelung hat ihren Sinn darin, daß nur ein Arzt sicher feststellen kann, ob der Tod tatsächlich eingetreten ist, oder ob Reanimationsmaßnahmen zu veranlassen sind. Bei einer anderen Regelung bliebe es letztlich dem Laien überlassen, zu entscheiden, ob und wann der Tod eingetreten ist. Im übrigen entspricht sie auch der in anderen Bundesländern.

b) Die Todesbescheinigung ersetzt den bisherigen Leichenschauschein. Das amtliche Muster, dem Inhalt und Form der Todesbescheinigung entsprechen müssen, ist als Anlage*) zur Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 19. November 1970 (MABl. S. 858) veröffentlicht. Die Todesbescheinigung gliedert sich in sechs Abschnitte, wobei die Abschnitte I—IV (Personalangaben, Angabe über die Todesart, den zuletzt behandelnden Arzt und darüber, ob der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit im Sinne des Bundes-Seuchengesetzes — BSeuchG — erkrankt war) den nicht vertraulichen Teil und die Abschnitte V—VI (Todesursache, Zusatzangaben) den vertraulichen Teil der Todesbescheinigung bilden. Vom nicht vertraulichen Teil der Todesbescheinigung ist eine Durchschrift zu fertigen. Der vertrauliche Teil ist lediglich ein statistisches Zählpapier und gelangt nur zur Kenntnis des Gesundheitsamtes und des Statistischen Landesamtes.

c) Die mit der Leichenschau verfolgten Zwecke können nur erreicht werden, wenn der Arzt die Todesbescheinigung gewissenhaft, d. h. vollständig und richtig ausfüllt (vgl. auch § 9 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, a. a. O.). Die Angaben über den Zeitpunkt des Todes sollen wegen der Bedeutung, die dieser Feststellung im Rechtsleben zukommt, so genau wie möglich angegeben werden. Damit eine exakte Feststellung getroffen werden kann, empfiehlt es sich, die bei Eintritt des Todes Anwesenden zu befragen. Besondere Sorgfalt hat der Arzt auf die Angabe der Todesart zu richten. Sie kann in der Regel nur ge-

*) Vgl. Seite 184.

macht werden, wenn Klarheit über die Todesursache besteht. Stets ist nur ein Kästchen in der Todesbescheinigung anzukreuzen. Das Kästchen „nicht natürlicher Tod“ kommt in Betracht, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen.

Bloße Vermutungen genügen nicht. Nur in den seltenen Fällen, in denen nach Auffassung des die Leichenschau durchführenden Arztes weder sicher von einem natürlichen Tod ausgegangen werden kann, noch konkrete Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen, kommt das Kästchen „nicht aufgeklärt, ob natürlicher oder nicht natürlicher Tod“ in Betracht. Die Angabe des zuletzt behandelnden Arztes ist wichtig für etwaige Rückfragen. Da diese unter Umständen schnell eingeholt werden müssen, ist auch die Fernsprechnummer anzugeben. Ist der die Leichenschau vornehmende Arzt mit dem zuletzt behandelnden Arzt identisch, so kann auch ein Arztstempel verwendet werden, wenn dieser die erforderlichen Angaben enthält. Der Abschnitt IV ist neu. Stellt der die Leichenschau vornehmende Arzt fest, daß der Verstorbene an einer der in § 3 Abs. 1 und 3 des BSeuchG genannten meldepflichtigen Krankheiten erkrankt war, dann ist er zur unverzüglichen Meldung an das Gesundheitsamt verpflichtet (§§ 4 und 5 BSeuchG).

Daneben aber ist die Angabe in der Todesbescheinigung wichtig, ob der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit im Sinne des BSeuchG erkrankt war, damit die mit der Besorgung und Bestattung der Leiche betrauten Personen etwaige Schutzvorkehrungen treffen können. Denn bis eine Anordnung der Kreisverwaltungsbehörde nach dem BSeuchG über die Aufbahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leiche ergeht (§ 34 Abs. 1, § 35 und § 42 BSeuchG), verstreicht in der Regel viel Zeit.

Es ist wichtig, die in Abschnitt V Buchstabe A Nr. 1 der Todesbescheinigung genannten Endzustände nicht als Todesursache einzutragen; denn sie sind für die Todesursachenstatistik wertlos. Die Angaben zur Todesursache selbst sollen eine Kausalkette erkennen lassen. Dabei ist unter Nr. 1 a die unmittelbar zum Tode führende Krankheit einzutragen, unter Nr. 1 b und gegebenenfalls unter Buchstabe c sind diejenigen Krankheiten anzugeben, die den unter a) bzw. b) angegebenen ursächlich zugrunde liegen. Das Original der Todesbescheinigung ist zu verschließen, so daß nur mehr der nicht vertrauliche Teil der Todesbescheinigung eingesehen werden kann. Sofern es sich nicht um einen Fall handelt, bei dem Anzeichen eines nicht natürlichen

Todes vorliegen (§ 4 Abs. 1 BestV), hat der Arzt die Todesbescheinigung und deren Durchschrift demjenigen auszuhändigen, der die Leichenschau veranlaßt hat (§ 3 Abs. 3 Satz 1 BestV). Dieser hat die Todesbescheinigung und deren Durchschrift unverzüglich dem für die Beurkundung des Sterbefalles zuständigen Standesamt – grundsätzlich das, in dessen Bezirk der Tod eingetreten ist – zuzuleiten (§ 3 Abs. 3 Satz 2 BestV). In Nr. 2 sollen darüber hinaus sonstige wesentliche Krankheitszustände aufgeführt werden, die zwar mit der unmittelbar zum Tode führenden Krankheit nicht im Zusammenhang stehen, aber den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflußt und somit zu dem tödlichen Ausgang beigetragen haben.

Der Arzt ist nicht verpflichtet, über die durchgeführte Leichenschau ein besonderes Register zu führen. Er hat jedoch nach § 8 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (a. a. O.) hinreichende Aufzeichnungen über das Ergebnis der Leichenschau zu machen.

6. Sicherung der Leichenschau

Damit der Arzt die Leichenschau ordnungsgemäß durchführen und die erforderlichen Feststellungen treffen kann, räumt ihm Art. 3 BestG ein Betretungs- und Auskunftsrecht ein. Danach dürfen der Arzt und die von ihm unter Umständen zugezogenen Sachverständigen und Gehilfen jederzeit den Ort betreten, an dem sich die Leiche befindet. Der Inhaber der tatsächlichen Gewalt hat ihnen die Grundstücke, Räume und beweglichen Sachen zugänglich zu machen. Wer den Verstorbenen unmittelbar vor dem Tod berufsmäßig behandelt oder gepflegt hat, hat auf Verlangen des die Leichenschau vornehmenden Arztes unverzüglich die zu diesem Zweck erforderlichen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen vorzulegen. Die gleiche Verpflichtung trifft jeden Arzt, der den Verstorbenen nach dessen Tod untersucht hat. Die genannten Pflichten entfallen dann, wenn sich der Verpflichtete selbst oder einen Angehörigen der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Zuwiderhandlung gegen die in Art. 3 BestG enthaltenen Pflichten kann mit Geldbuße geahndet werden (Art. 18 Abs. 1 Nr. 7 BestG). Zur Sicherung der Leichenschau enthält § 2 BestV ein Veränderungsverbot. Das besagt, daß vor der Leichenschau eine Leiche nicht eingesargt oder in Räume gebracht werden darf, die zur Aufbewahrung von Leichen bestimmt sind. Letzteres gilt nicht, wenn der Tod in einem Krankenhaus oder einem Entbindungsheim ein-

RECORSAN[®]

- HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

O.P. Tube zu 30 g

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

getreten ist und die Leiche in einem Krankenhaus oder Entbindungsheim bis zur Leichenschau verbleibt.

7. Nicht natürlicher Tod

§ 4 BestV regelt die Leichenschau in den Fällen, in denen sich Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod (Unfall, Selbstmord, Tod durch strafbare Handlung oder sonstige Gewalteinwirkung) ergeben oder die Leiche eines Unbekannten aufgefunden wird. Die Leichenschau erstreckt sich, wie auch in den übrigen Fällen, auf die nach Art. 2 Abs. 1 BestG zu treffenden Feststellungen. Auf eine genaue Bestimmung der Todesursache ist besonderer Wert zu legen. Zur Sicherung der Leichenschau erweitert § 4 Abs. 1 Satz 1 BestV das allgemeine Veränderungsverbot des § 2 BestV. Bis zum Eintreffen des die Leichenschau vornehmenden Arztes dürfen an der Leiche nur Veränderungen, die aus Gründen der öffentlichen Sicherheit zwingend erforderlich sind (z. B. bei einem tödlichen Unfall auf einer stark befahrenen Straße), vorgenommen werden.

Stellt der zur Leichenschau zugezogene Arzt Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod fest, so hat er sogleich die Polizei zu verständigen und ihr die Todesbescheinigung mit der Durchschrift zuzuleiten. Bloße Vermutungen, die sich nicht auf ein tatsächliches Geschehen stützen, genügen nicht. Auf welche Weise der Arzt Kenntnis von den Anhaltspunkten, die für einen nicht natürlichen Tod sprechen, erhalten hat, spielt keine Rolle. Polizei i. S. von § 4 Abs. 1 Satz 2 BestV sind die Polizeidienststellen. Es wird jedoch auch eine Anzeige unmittelbar an die Staatsanwaltschaft oder das Amtsgericht genügen, da die Staatsanwaltschaft oder der Amtsrichter nach § 159 Abs. 1 StPO ohnehin von der Polizei und Gemeindebehörde zu benachrichtigen sind.

Die gleiche Pflicht zur Verständigung der Polizei trifft diejenigen, der bei Öffnung einer Leiche, ihrer Verwendung zu medizinischen oder wissenschaftlichen Zwecken Anzeichen für einen nicht natürlichen Tod feststellt. Gericht, Staatsanwaltschaft und Polizei können die Todesbescheinigung einsehen. Der Arzt kann sich nicht auf die ärztliche Schweigepflicht berufen; denn er handelt hier nicht „unbefugt“ im Sinne von § 300 StGB. Die Regelung des § 4 BestV, für die Art. 43 des Polizeistrafgesetzbuches vom 26. 12. 1871 (BayBS I, S. 341) Vorbild war, ergänzt die in § 159 Abs. 1 StPO geregelte Anzeigepflicht und ist für die Verbrechensbekämpfung von ausschlaggebender Bedeutung.

8. Leichenschau in sonstigen Fällen

Nach § 5 Abs. 1 BestV ist die Leichenschau von einem Arzt des Gesundheitsamtes, in dessen Amtsbezirk sich die Leiche befindet, durchzuführen, wenn kein anderer Arzt die Leichenschau vornimmt. Diese Vorschrift soll sicherstellen, daß auch in diesen Fällen die Leichenschau durchgeführt wird. Der nach Art. 2 Abs. 2 BestG verpflichtete und mit der Leichenschau beauftragte

Arzt kann nicht unter Hinweis darauf die Vornahme der Leichenschau ablehnen. Die Verpflichtung des Gesundheitsamtes ist subsidiär.

Ist anzunehmen, daß die Leichenschau nicht ordnungsgemäß vorgenommen wird, so kann nach § 5 Abs. 2 BestV die Staatsanwaltschaft oder die Polizei verlangen, daß die Leichenschau von einem Arzt des Gesundheitsamtes oder von einem Landgerichtsarzt vorgenommen wird oder, wenn sie bereits durchgeführt worden ist, wiederholt wird.

9. Leichenschau bei Feuerbestattung

Das BestG hat das Gesetz über die Feuerbestattung vom 15. 4. 1934 (BayBSErgB S. 81) mit der hierzu erlassenden Durchführungsverordnung vom 10. 8. 1938 (BayBSErgB S. 83) aufgehoben. Die Voraussetzungen für die Feuerbestattung bestimmen sich jetzt ausschließlich nach dem BestG und der BestV. Im Gegensatz zur bisherigen Rechtslage ist für die Feuerbestattung jetzt keine schriftliche Genehmigung der Polizeibehörde des Einäscherungsortes mehr erforderlich. Vielmehr hat der Träger der Feuerbestattungsanlage selbst zu entscheiden, ob die Voraussetzungen des § 8 Abs. 1 BestV gegeben sind. Besonderer Erwähnung bedarf, daß die Voraussetzungen für die Feuerbestattung wesentlich liberalisiert wurden. So entfällt die bisher vorgeschriebene amtsärztliche zweite Leichenschau. Lediglich in den Fällen, in denen auch nach der Leichenschau Zweifel über die Todesart verblieben sind und diese nicht auf andere Weise (z. B. durch Ermittlung der Polizei) aufgeklärt werden konnten, bedarf es einer Bescheinigung eines Arztes des Gesundheitsamtes des Einäscherungsortes, daß aufgrund einer inneren Leichenschau festgestellt wurde, daß keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod bestehen (§ 8 Abs. 4 BestV). Das gleiche gilt, wenn eine Leiche aus dem Ausland zur Feuerbestattung gebracht wird und die Beförderungsunterlagen für den Nachweis eines natürlichen Todes nicht ausreichen (§ 8 Abs. 5 BestV).

10. Leichenschau bei Leichenbeförderung

Nach Art. 20 Abs. 2 BestG gilt bis zum Erlaß neuer Bestimmungen die Bekanntmachung über die Beförderung von Leichen vom 10. 6. 1942 (BayBS II, S. 141) fort, soweit sie nicht dem BestG und der BestV widerspricht. Soll eine Leiche nach auswärts befördert werden, bedarf es dazu eines Leichenpasses (§ 1 Abs. 1 der o. a. Bekanntmachung). Dieser darf nur ausgestellt werden, wenn der zuständigen Behörde eine nach der Leichenschau ausgestellte ärztliche Bescheinigung vorgelegt wird, aus der sich ergibt, daß der Beförderung keine gesundheitlichen Bedenken entgegenstehen. Am zweckmäßigsten wird diese Bescheinigung von dem die Leichenschau durchführenden Arzt ausgestellt. Falls der Tod auf Cholera, Aussatz, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest oder Pocken zurückzuführen ist, oder der Verdacht vorliegt, daß eine dieser Krankheiten den Tod herbeigeführt hat, wird die ärzt-

Arznei Müller Bielefeld



Contramutan®

- steigert die körpereigene Abwehr
- verstärkt die Serum-Bakterizidie
- aktiviert die Phagozytose
- verbessert Antibiotika- und Sulfonamid-Behandlung

Verschreibungsformen:

Tropfen 20 und 50 ml · Dragees 40 und 100 Stück

Suppositorien 10 Stück · Saft 165 g

Klinikpackungen

Auch für Diabetiker

Gegen Grippe immun



liche Bescheinigung von dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt ausgestellt. Der Inhalt dieser Bescheinigung ist in Anlage 2 der o. a. Bekanntmachung festgelegt. Um die Übereinstimmung mit der Todesbescheinigung herzustellen, bei der die Angaben über die Todesursache im vertraulichen Teil stehen, hat das Bayerische Staatsministerium des Innern den nachgeordneten Behörden mitgeteilt, daß keine Bedenken bestehen, wenn in der Bescheinigung die Angabe über die Todesursache unterbleibt.

11. Kosten der Leichenschau

§ 4 BestG bestimmt, daß die Verpflichtung, die Kosten der Leichenschau endgültig zu tragen, sich nach den für die Bestattungskosten geltenden Vorschriften richtet, soweit nichts anderes bestimmt ist. Unter den Kosten der Leichenschau sind vor allem die Kosten

für die Untersuchung der Leiche und die Ausstellung der Todesbescheinigung zu verstehen. Ihre Höhe richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 18. 3. 1965 (BGBl. S. 89). Als Gebührensätze kommen für niedergelassene Ärzte folgende Ziffern der GOÄ in Betracht: die Ziffern 6 mit 11 (Besuch), Ziffer 22 (Wegegeld), Ziffer 25 (Eingehende Untersuchung) und Ziffer 17 (Krankheitsbericht). Die Höhe der einzelnen Gebühren richtet sich nach den Grundsätzen der GOÄ.

Wegen der endgültigen Kostentragungspflicht verweist Art. 4 BestG auf die für die Beerdigungskosten geltenden Vorschriften (vgl. insbesondere § 1968 BGB und § 15 des Bundessozialhilfegesetzes).

Anschr. d. Verf.: Dr. jur. Heinrich Klingshirn, Regierungsrat im Bayerischen Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3

Zur Praxis der Leichenschau

von Walter Bachmann

Die oben von KLINGSHIRN ausführlich geschilderte neue Rechtslage bereitet, wie zahlreiche Anfragen beweisen, vor allem bisher mit der Leichenschau nicht befaßten Ärzten beträchtliche Schwierigkeiten. Die Redaktion des „Bayerischen Ärzteblattes“ hat mich deshalb kurzfristig gebeten, die in praxi wichtigsten Gesichtspunkte (ohne Anspruch auf Vollständigkeit und vorbehaltlich einer späteren ausführlicheren Darstellung) stichwortartig zusammenzustellen.

I. Grundregeln

Die ordnungsgemäße Vornahme der Leichenschau setzt eine genaue Betrachtung der unbekleideten Leiche von allen Seiten bei guter Beleuchtung voraus. Bei entsprechender Sorgfalt und Beachtung des nachstehend Gesagten gelingt die Feststellung des Todes stets, die der Todesart (von aufgefundenen Leichen abgesehen) meistens. Dagegen läßt sich die Todesursache durch die Leichenschau allein in der Regel nicht abschließend klären. Der Leichenschauer muß also den Mut haben, hinsichtlich Todesart und -ursache notfalls auch einmal ein „non liquet“ auszusprechen, selbst wenn das zu Weiterungen (z. B. Einschaltung der Staatsanwaltschaft) führen sollte.

Für die bei nicht sicher eingetretenem Tod einzuleitenden Reanimationsmaßnahmen gelten die allgemein anerkannten Indikationen.

II. Feststellung des Todes

Der Tod ist mit Sicherheit erst dann eingetreten, wenn neben den unsicheren mindestens ein sicheres Todeszeichen vorhanden ist.

1. Sichere Todeszeichen:

- a) Totenflecke können schon agonal beginnen, entwickeln sich aber regelmäßig innerhalb einer Stunde post mortem an den abhängigen nicht aufliegenden Körperpartien der Leiche; normalerweise sind sie blauviolett. Hellrote Totenflecken finden sich bei Leichen, die längere Zeit in der Kälte gelegen haben, sowie bei CO-Vergiftungen. Graubraune Totenflecken weisen auf Vergiftung mit Hämiglobinbildnern hin.
- b) Totenstarre entwickelt sich 2 bis 4 Stunden post mortem, beginnend am Kiefer in absteigender Richtung. Vollausbildung innerhalb 6 bis 9 Stunden. Löst sich spontan nach 48 bis 96 Stunden (in Wärme früher).
- c) Fäulnis: Tempo der Entwicklung stark temperaturabhängig. Erstes Zeichen sind grüne Verfärbungen im Bereich der Bauchdecken.

2. Unsichere Todeszeichen sind Atemstillstand, Pulslosigkeit, Areflexie, Blässe, Abkühlung, Vertrocknungserscheinungen.

III. Feststellung der Todesart

1. Natürlich: In der Regel anzunehmen, wenn eine Krankheit vorausgegangen ist und Zeichen von Gewalteinwirkung oder Vergiftung fehlen.
2. Nicht natürlich: Unfälle, Mißhandlungen, Selbstmord, Tötungsdelikte (Unterscheidung dieser beiden oft sehr schwierig), strafbare Handlungen anderer Art. Ätiologisch kommen vor allem in Betracht (in Klammern die wichtigsten Merkmale):

- a) Gewalteinwirkungen (Schuß-, Stich-, Hiebverletzungen, Zertrümmerungen, Blutergüsse, abnorme Beweglichkeit);
 - b) mechanisches Ersticken (Strangfurchen, Würgmale, konjunktivale Ekchymosen);
 - c) Ertrinken (Bergung aus dem Wasser, gelegentlich Schaumpilz vor dem Mund. Aber nicht jeder Tod im Wasser ist auch Ertrinkungstod!);
 - d) thermische Einwirkungen (Verbrennung, Verbürhung, Erfrierung);
 - e) elektrische Einwirkungen (äußere Umstände, Strommarken);
 - f) Vergiftungen (vorausgegangene Krämpfe, Erbrechen, Durchfall, verdächtige Mahlzeiten (z.B. Pilze), Einstichstellen (Süchtigel), Farbe der Totenflecken (s. o.), Geruch (HCN, Pflanzenschutzmittel), Ätzspuren am Mund);
 - g) Abtreibung (Verletzungen und Blutung im Genitalbereich, plötzlicher Tod im gebärfähigen Alter stehender, sonst gesunder junger Frauen).
3. **Nicht aufgeklärt:** Meist bei aufgefundenen Leichen, gelegentlich auch bei plötzlichen Todesfällen.

IV. Feststellung der Todesursache

1. Die Todesursache läßt sich mit letzter wissenschaftlicher Exaktheit nur durch eine Sektion klären. Es werden aber in Bayern z. Z. nicht einmal 10 % der Verstorbenen obduziert. In den Fällen, wo Leichenschauer und behandelnder Arzt (der ja über ausreichende diagnostische Daten zu verfügen pflegt) identisch sind, treten jedoch Schwierigkeiten in der Regel nicht auf. Fehldiagnosen in der üblichen Frequenz sind dabei freilich unvermeidbar und müssen in Kauf genommen werden. Wird der Leichenschauer aber zu einem ihm unbekanntem Toten gerufen, so erhöht sich das Risiko einer Fehldiagnose mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen beträchtlich. Er sollte deshalb unbedingt Verbindung mit dem behandelnden Arzt, soweit ein solcher überhaupt vorhanden war, aufnehmen. Die Angaben Angehöriger sind nur *cum grano sals* verwendbar.
2. Auf die in Abschnitt V A und B der Todesbescheinigung geforderte Kausalkette kann hier aus Platzmangel nicht eingegangen werden.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Walter Bachmann, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 19. November 1970 (Nr. III 8-5315/2-1/70)

Todesbescheinigung

Die über die Leichenschau (Art. 2 Abs. 1 des Bestattungsgesetzes vom 24. September 1970, GVBl. S. 417) auszustellende Todesbescheinigung erhält die in der Anlage vorgesehene Fassung (s. Seite 184).

Diese Bekanntmachung tritt am 1. Januar 1971 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Bekanntmachung vom 17. Februar 1964 (MABl. S. 161) außer Kraft. Leichenschauschein in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Februar 1964 (a. a. O.) dürfen bis zum 31. März 1971 aufgebraucht werden.

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 11. Januar 1971 (Nr. P 4 – 5135/1-1/71)

Stellenausschreibung Im öffentlichen Gesundheitsdienst

Im amtsärztlichen und landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern sind Stellen für beamtete Ärzte zu besetzen, und zwar bei den Staatlichen Gesundheitsämtern Altötting, Amberg, Aschaffenburg, Bad Kissingen, Burglengenfeld, Coburg, Günzburg, Haßfurt, Hof, Ingolstadt, Kempten/Allgäu, Memmingen, Mindelheim, Neuburg a. d. Donau, Neumarkt/Opf., Neu-Ulm, Obernburg, Passau, Schwabach, Tirschenreuth, Traunstein, Weilheim, Weißenburg, Wunsiedel; bei den landgerichtsärztlichen Dienststellen (mit selbständiger Tätigkeit in gerichtlicher Psychiatrie und gerichtlicher Medizin) Chefstellen (A 15): Ansbach, Coburg, Deggendorf, Würzburg; sonstige Stellen: Kempten/Allgäu, München, Nürnberg, Würzburg.

Außer an diesen Orten können Bewerber an jedem anderen gewünschten Gesundheitsamt mit dem Ziel eingestellt werden, sich dort der Amtsarzt Ausbildung zu unterziehen und erst hernach an ein Gesundheitsamt ihrer endgültigen Wahl überzuwechseln.

Es können sich auch Ärzte bewerben, die erst kurze Zeit approbiert sind.

Den Ärzten wird auf Kosten des Staates eine umfassende fachliche Weiterbildung auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens vermittelt. Fortbildungskurse, Kongresse usw. vertiefen das Fachwissen. Auch klinische Weiterbildung ist möglich.

Bewerber, die schon Beamte sind und die Amtsarztprüfung abgelegt haben, werden als Beamte (auch in
(Fortsetzung Seite 186)

Sinupret®

Bei Sinusitiden

schließt eine therapeutische Lücke

BIONORICA KG
NÜRNBERG

Vorderseite stets mit Durchschrift ausfüllen

l u e n f i g j e i h
↓

l i z e n s i g u n g e e p p r u p a n u n e u f f i g

i u e n f i g j e i h
↓

WICHTIG!

Für die Ausarbeitung des Sterbefalles möglichst Ge-
burt- und Heiratsurkunde (und bei Eheschließungen
auch dem 31. Dez. 1957 Abschrift oder Auszug aus
dem Familienstandsbuch) und amtlichen Personalau-
weis des Verstorbenen zum Standesamt mitbringen.

Vom Standesbeamten auszufüllen!

Standesamt
Eintragung vollzogen
Sterbereg. Nr. in
Eintragung vorgenommen
Vormerkte Nr.

Todesbescheinigung¹⁾

I. Personellangelegen

Familienname (bei Frauen auch Mädchennamen)

Vorname

Geschlecht:²⁾ männl. weibl. geboren am

in

Wohnung

Gemeinde

Kreis

Ort des Todes

Strasse und Hausnummer

Kreis

Zeitpunkt des Todes

Strasse und Hausnummer (auch Name der Assolvi)

Für Neugeborene, die innerhalb der ersten 24 Stunden gestorben sind, Lebensdauer
in Stunden

Tag, Monat, Jahr, Uhrzeit

II. Todesart³⁾ natürlicher Tod

.....
nicht natürlicher Tod⁴⁾ (Unfall, Selbstmord, Tod durch streifbare Hand-
lung oder sonstige Gewalttätigkeit)

.....
nicht aufgeklärt, ob natürlicher oder nicht natürlicher Tod

III. Zuletzt behandelnder Arzt

Name, Anschrift und Fernsprecher-Nummer des Arztes, der Anstalt

**IV. War der Verstorbene an einer übertragbaren Krankheit im Sinne des Bundes-Seuchen-
gesetzes erkrankt⁵⁾ ja nein**

Wenn ja, sind besondere Verhaltensmaßregeln bei der Aufbewahrung, Einsergung,
Beförderung und Bestattung zu beachten⁶⁾ ja nein

Die Leiche wurde von mir heute zur Feststellung der Todesursache sorgfältig untersucht.
Sichere Zeichen des Todes wurden von mir wahrgenommen. — Diese und die umseitigen
anderen Angaben auf Grund des von mir gewonnenen Urteils nach bestem Wissen gemacht
zu haben, bezeuge ich mit eigenhändiger Unterschrift.

..... den 19.....

Unterschrift und Stempel des Arztes,
der die Leichenärztliche Vorgemerkten bes.

¹⁾ Auch für Totgeborene verlässlich! Das sind totgeborene oder während der Geburt verstorbene Leibesfrüchte
von mindestens 35 cm Länge.
²⁾ Es genügen bereits Anhaltspunkte, die für einen nicht natürlichen Tod sprechen.
³⁾ Zeitweilendes im entsprechenden σ ankreuzen.

Rückseite ohne Durchschrift ausfüllen

Zuerst Seitenstelle nach Innen falzen, dann von unten nach oben umschlagen!

Bitte nach Ausfüllung sukzessive

V. Todesursache¹⁾

(Bitte den Krankheitsverlauf in der richtigen Kausal-
kette angeben, mit dem Grundstadium an letzter Stelle)

Zeitdauer
zwischen
Krankheit und
Tod

A. Klinisch

1. Welche Krankheit oder Ver-
letzung hat den Tod un-
mittelbar herbeigeführt²⁾ e)

als Folge von:

Welche Krankheiten oder
Verletzungen liegen der
Angabe unter e)

als Folge von:

unter b)

als Folge von:

ursächlich zugrunde?

Grundstadium

2. Welche anderen wesentlichen Krankheiten bestanden zur Zeit des
Todes?

(Bitte den Krankheitsverlauf in der richtigen Kausal-
kette angeben, mit dem Grundstadium an letzter Stelle)

B. Sektionsbefund

1. Welche Krankheit oder Ver-
letzung hat den Tod un-
mittelbar herbeigeführt³⁾ e)

als Folge von:

Welche Krankheiten oder
Verletzungen liegen der
Angabe unter e)

als Folge von:

unter b)

als Folge von:

ursächlich zugrunde?

Grundstadium

2. Welche anderen wesentlichen Krankheiten bestanden zur Zeit des
Todes?

¹⁾ Hierunter fällt nicht die Art des Todeserfolgs, z. B. Versagen des Herzens oder Kreislauf, Atemlähmung,
Verblutung, allgemeine Schwäche, sondern die Krankheit, Schädigung oder Komplikation, welche den Tod
herbeigeführt hat.

VI. Zusatzangaben

A. Bei Unfall, Vergiftung und Gewalttätigkeit einschl. Selbstmord

1. Äußere Ursache der Schädigung (siehe Angaben über den Herangang)

2. Unfallkategorie⁴⁾

a) Arbeits- oder Dienstunfall b) Schulunfall

(ohne Wegentfall) (ohne Wegentfall)

c) Verkehrsunfall d) Häuslicher Unfall

(einschl. Wegentfall, z. a. und b.) e) Sport- oder Spielunfall

(außer bei schrittlicher Veranstellung f) Sonstiger Unfall

oder im Haus) (siehe Angaben)

B. Bei Kindern unter 1 Jahr und Totgeborenen:

1. Wo wurde das Kind geboren⁵⁾ e) im Krankenhaus b) zu Hause c) oder wo sonst?

2. Gewicht g und Länge cm bei der Geburt.

3. Mehrlingsgebur⁶⁾ ja nein

C. Bei Frauene (im gebärfähigen Alter): ist bekannt, ob die Verstorbene

1. schwanger war? ja nein Monat

2. in den letzten 3 Monaten entbunden her? ja nein

⁷⁾ Zeitweilendes im entsprechenden σ ankreuzen.



Laufnasen

**den
Laufpaß
geben
mit
Naldecol**

sicher

in der Wirkung

einfach

im Gebrauch

bequem

in der Dosierung

Manteltabletten mit Soforteffekt und Langzeitwirkung für 6–8 Stunden und wohlschmeckender Sirup.

Vier vollwirksame Rhinotherapeutika in jeder Tablette, auf jedem Löffel Naldecol.

Mit jeder Dosis so viel wie nötig, so wenig wie möglich.

Vier Trümpfe gegen die lästigen Schnupfsymptome. Bestverträglich für Erwachsene, Kinder und alle schleimhautempfindlichen Patienten.

Naldecol enthält

pro Tablette bzw. 10 ml Sirup:

| | |
|-------------------------------|-------|
| D, L-Norephedrin-hydrochlorid | 40 mg |
| Phenylephrin-hydrochlorid | 10 mg |
| Phenyltoloxamin-citrat | 15 mg |
| Carbinoxamin-maleat | 5 mg |

Handelsformen von Naldecol

Packungen mit 12, 24 und 120 Tabletten

Flaschen mit 100 ml Sirup

Nähere Hinweise über Indikationen und Dosierung entnehmen Sie bitte dem Packungsprospekt.

Naldecol[®]

Lappe ARZNEIMITTEL

A 14) übernommen. Die übrigen Bewerber werden zunächst als Angestellte (BAT II a/I b, in II a mit Zulage von monatlich DM 133,90) eingestellt.

Die Teilnahme am Amtsarztlehrgang ist kostenlos. Während des Lehrgangs laufen die Dienstbezüge weiter. Daneben wird Trennungsgeld gezahlt. Nach der Amtsarztprüfung Übernahme in das Beamtenverhältnis als Medizinalrat (A 13, mit Stellenzulage von monatlich DM 133,90). Es bestehen sehr günstige Beförderungsmöglichkeiten in die BesGr. A 14 (ObMedRat) mit weiteren Aufstiegsmöglichkeiten nach A 14 + Z (Z = DM 175,-), A 15 (Med. Dir.), A 15 + Z (Z = DM 175,-) und A 16 (ObMedDir.).

Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung werden gewährt. Staatsbedienstetenwohnungen werden nach Möglichkeit vermittelt. Privatpraxis (ohne gesetzliche Krankenkassen) und vertrauensärztliche Nebentätigkeiten werden genehmigt.

Bewerbungen und jederzeit mögliche Anträge auf unverbindliche Vormerkung für künftig freiwerdende Stellen werden erbeten an das Bayerische Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, Telefon (08 11) 2192/655 (Durchwahl).

Ärztliche Untersuchung von Ausländern

Tuberkulose der Atmungsorgane

Mit Entschließung vom 17. Oktober 1962 — Nr. I A 2 — 2084/4 — 33, MABI. Nr. 37/1962 — hat das Bayerische Staatsministerium des Innern die ärztliche Untersuchung vor Erteilung der Aufenthaltserlaubnis im Rahmen des Ausländerrechts geregelt. Darin ist festgelegt, daß der Ausländer für die Beibringung der erforderlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung die freie Arztwahl besitzt. Es kann die Untersuchung von Ausländern zu diesem Zweck somit von den zur allgemein-ärztlichen Untersuchung nach der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns berechtigten Ärzten vorgenommen werden. Die Ausländerbehörde kann in Zweifelsfällen eine amtsärztliche Untersuchung verlangen. Der ärztliche Untersuchungsbefund ist nach einem Muster zu erstellen, das im oben genannten Amtsblatt abgedruckt ist. Es ist bei dem Kommunalschriften-Verlag J. Jehle, 8000 München 34, Postfach, Barer Straße 32, zu beziehen. Für diese Untersuchung ist mindestens eine Röntgenaufnahme der Lungen vorgeschrieben.

Zur Ausstellung der ärztlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung hat das Bayerische Staatsministerium des Innern Hinweise gegeben, die wir aus gegebenem Anlaß nachstehend auszugsweise wiedergeben:

„Die ärztliche Bescheinigung zur Erlangung der Aufenthaltserlaubnis kann nur ausgestellt werden, wenn eine Aktivität und Ansteckungsfähigkeit von tuberkulösen Herdschatten auszuschließen ist. Die Erteilung der ärztlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung wird

daher regelmäßig abzulehnen sein, wenn bei der Untersuchung tuberkulöse Herdschatten an den Atmungsorganen erkannt werden, sofern es sich dabei nicht um harmlose kleinere Primärkomplexe handelt. Dabei ist es ohne Bedeutung, ob die Stellen einen aktiven oder inaktiven Eindruck erwecken, da Aktivität und Ansteckungsfähigkeit eines tuberkulösen Krankheitsherdes bei einer einmaligen Röntgenuntersuchung meist nicht festzustellen sind. Die erforderliche längere Beobachtungszeit wäre jedoch mit unangemessenen Risiken verbunden. Daher wird die Aufenthaltserlaubnis in solchen Fällen regelmäßig versagt werden müssen.“

„Eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit im Sinne des § 10 Abs. 1 Nr. 9 AuslG liegt stets vor, wenn ein Ausländer an einer nach § 3 Abs. 1 und 2 BSeuchG meldepflichtigen übertragbaren Krankheit oder an einer ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheit leidet, oder wenn er Ausscheider im Sinne des § 3 Abs. 4 BSeuchG ist, und die Gefährdung anderer nicht im Einzelfall durch besondere Schutzmaßnahmen ausgeschlossen ist. Gleiches gilt, wenn bei einem Ausländer ein Verdacht auf eine dieser Krankheiten oder diese Ausscheidung vorliegt...“

Besetzung des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht

Herr Senatspräsident Josef MATTMER, Bayerisches Oberstes Landesgericht München, wurde mit Wirkung vom 1. Februar 1971 auf die Dauer von fünf Jahren zum Stellvertreter des Vorsitzenden des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht ernannt.

Änderung der Dienstzeiten der Geschäftsstelle der Bayerischen Landesärztekammer

Infolge der Herabsetzung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 42 Stunden durch die Änderung des BAT vom 7. Februar 1968 wurden die Dienstzeiten der Geschäftsstelle der Bayerischen Landesärztekammer ab 1. Januar 1971 wie folgt festgesetzt:

Montag

bis Donnerstag: 7.30 Uhr bis 16.45 Uhr

Freitag: 7.30 Uhr bis 15.00 Uhr

Die Sprechzeiten von 7.30 Uhr bis 13.00 Uhr bleiben unverändert. Wir wären den Kolleginnen und Kollegen dankbar, wenn sie ihre persönlichen Vorsprachen nach Möglichkeit auf den **V o r m i t t a g** verlegen könnten.

Äskulap und Pegasus

Arzt aus Berufung und damit Mahner der Menschheit, die von der Natur gesetzten Grenzen nicht mutwillig zu überschreiten, ist der Doktor der Medizin Max Josef ZILCH, 8400 Regensburg 9, Karthäuser Straße 14. Wir geben im Nachfolgenden ein Interview mit diesem auf den Spuren von Paracelsus wandelnden Schriftstellerarzt, das uns einen kleinen Einblick in sein Wollen und Wirken geben möge:

Arzt will er sein, nicht mehr und nicht weniger. Arzt sein aus der Verpflichtung, die Menschen vor Schaden zu bewahren, die Menschen, die sich selbst krank machen, die sich nicht wehren gegen die vom Fortschritt geprägte lebensbedrohende Umwelt. „Arznei aus Liebe“ ist der Wahlspruch des Paracelsus-Nachfolgers, der am 4. Februar sein 60. Lebensjahr und sein 33. Berufsjahr im Dienst an der Heil- und Arzneikunst vollendete, in Regensburg, wo er seit 1939 wirkt, nachdem er bei den Geheimräten Friedrich von Müller, Lexer, von Zumbusch, von Pfaundler und all denen der damaligen großen Münchener Ärzteschule das Wissen sammelte, das ihn an jedem freien Tag hin zu den Kranken zog, um zu heilen, lindern, forschen und vorzubeugen. Im Erlebnis der erbarmungslosen Not des ostbayerischen Grenzlandes griff er schon zur Feder, denn sein erstes ärztliches Handeln in einer verschmutzten Dachkammer, ohne Licht und Wasser, die Geburtshilfe bei einer Querlage bei Kerzenlicht nach stundenlanger Schlittenfahrt, kurz vor Weihnachten, zeigte ihm zu deutlich, daß der Arzt außerhalb der Klinik ein Arzt besonderer Art ist.

Nun begriff er, daß das Werden des Arztes erst nach dem Staatsexamen beginnt, in der Klinik von Geheimrat Krecke genauso wie als Vertreter von Landärzten, als Leiter einer Abteilung für Innere Krankheiten, als Werksarzt, als Internist bei einer Sanitätseinheit im Krieg.

Die Sorge um den Menschen in gesunden und kranken Tagen mit mehr Lebensordnung im Sinne von Bircher-Benner, Hufeland, Geheimrat Bier und Hahne-

mann forderte ihn zum Schreiben. Er wollte mit mehr als 300 Veröffentlichungen in medizinischen und pharmazeutischen Fachzeitschriften den Weg zum besseren Arzttum und zum *nil nocere* finden helfen.

Als Redakteur von Ärztezeitschriften, pharmazeutischen Fachzeitschriften und der „Regensburger Universitäts-Zeitung“ spannte er stets weite Bogen als Verfechter individueller Therapie. Für ihn war „Die Seele der Therapie – die Therapie der Seele“, er forderte „Mehr Seele und weniger Psychopharmaka“. Es gibt kein aktuelles Problem, das er nicht in seinen stets beachteten Aufsätzen behandelte.

Mit besonderem Erfolg widmete er sich der Konstitutionsmedizin, der Typenforschung. Das von ihm herausgegebene 700 Seiten umfassende Buch „Lymphsystem und Lymphatismus“ erhielt in Ost und West 156 Rezensionen, weil es dem Herausgeber mit diesem Werk darum ging, erstmals ein Buch zu veröffentlichen, das ein Beispiel für die Möglichkeit der Überwindung der Kluft zwischen Schulmedizin und praxisnaher Medizin sein sollte. Daß auch in der Allgemeinpraxis geforscht werden kann, wird aus den Arbeiten von Dr. Max Josef Zilch im Rahmen der „praktischen Pharmakologie“ klar.

Seine besonderen Verdienste für Regensburg und die Regensburger Universität sind ihm von zahlreichen Wissenschaftlern in historischen Dokumenten bestätigt worden. Die Fülle der Dokumente sind die beste Grundlage für die Abfassung einer Geschichte vom Werden der Universität Regensburg.

Die dichterische Betätigung des Arzt-Wissenschaftlers, meist in Verbindung mit Malern, erreicht ihren Höhepunkt in dem Text-Bild-Zyklus „Arzt und Künstler begegnen Problemen und Prinzipien ihrer Zeit“. In diesem Zyklus stellt sich der an das wesentliche gehende Dichterarzt in tiefgehender Feinsinnigkeit und visionärer Schau den aktuellen Themen aus Medizin, Kunst, Theologie und Philosophie.

Der Arzt in Regensburg, Karthäuser Straße 14, weiß, daß unsere Zeit neue Zeichen für eine „Universelle Brüderlichkeit“ braucht. Das Thema „Arznei und Schuld“ ergänzt die Aussage im „Verhinderten Leben“ und in der „Maskierten Welt“.

Adumbran[®]

Thomae

beruhigt, entspannt, befreit von Angst.

3

Bedrohte Natur ist ein Thema, das er längst behandelte, bevor man sich dessen bewußt wurde, daß in unserer Zeit der „Fortschritt im Gleichschritt mit dem Rückschritt marschiert“.

Im Gästebuch des Priesterarztes finden wir Namen von Rang. Er liebt die Diskussion, das Ringen um bessere Argumente und die Kunst der Prognose und Assoziation. Empirie und Experiment in der Arzneimittelforschung und die Begegnung zwischen Arzt und Mediziner führen hin zum Streitgespräch zwischen der personifizierten Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft In einer Mitternachtsstunde im Mondzweilicht vor der Walhalla. Dabei beschwören die zu Marmor erstarrten Großen, die die Welt verändert haben, das „Regensburg“ und die „Bayerische Donauuniversität“, die Zilch in leidenschaftlicher Weise fördert, dadurch, daß er durch seine wissenschaftlichen und poetischen Veröffentlichungen den Geist zwischen Tradition und Futurologie freilegt von Manipulation, war er doch der Initiator der Tagung der Gesellschaft für praktische Psychologie in Regensburg zum Thema „Der manipulierte Mensch“.

Begegnungen zwischen Wissenschaft, Medizin und Kunst im engen Kreis tragen bei Zilch dazu bei, die Generationsprobleme zu überspielen und die Freundschaft zwischen allen Menschen zu fördern.

Als Arzt fordert Zilch Chancengleichheit für die Forschung, wenn es um Methoden der Therapie geht, im Sinne der Eindämmung unerwünschter Arzneinebenwirkungen.

Es wundert uns nicht, wenn Zilchs Veröffentlichungen weltweite Resonanz haben, spürt man doch, daß es ihm um die bessere Welt mit gesünderen Menschen geht.

Psychosomatik, Konstitutionsmedizin und Soziosomantik wurden von Zilch schon praktiziert, bevor man ihnen in den Medizinischen Fakultäten den ihnen gebührenden Rang bei der Ausbildung zum Arzt gab.

Daß Zilch ein Pionier der Wissenschaft von der Allgemeinmedizin ist, beweisen seine Referate und Artikel. Als wissenschaftlicher Beirat für praktische Pharmakologie bei der Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin verdeutlicht er, daß die Individuelle Therapie den Vorrang erhalten muß, auch, wenn damit neue Strukturen in der industriellen Pharmazie gefunden werden müssen. Der Arzt führt Regie, wenn es um Arzneimittelsicherheit geht für Menschen, die sich frei entfalten können, damit die psychoneurotischen Leiden nicht zur Norm für das Leben in gefährvoller Umwelt werden.

Zilch sucht den Weg zu mehr Seele bei sich und seinen Patienten, die spüren, daß er Seelenarzt ist. Seine Sprache ist die aus der Seele, die nach Wahrheit sucht.

Die zahllosen Zuschriften, die Zilch von großen Wissenschaftlern und Ärzten aller Art erhält, beweisen, daß es viel mehr musische Ärzte gibt als man ahnt. Wir brauchen sie in Zukunft mehr denn je, denn die Ver-

armung des Seelenlebens findet ihre Bestätigung in der zunehmenden Drogensucht.

Zilch braucht den Kontakt zum bildenden Künstler wie denjenigen zum Patienten und zum Geisteswissenschaftler, denn Medizin mag ihre Grundlagen im naturwissenschaftlichen Bereich haben, Arztum aber erstickt, wenn Ratio Gemüt und Herz fesselt. Deshalb fordert Zilch unermüdlich mehr Freiheit für alle Menschen.

Sein schriftstellerisches Werk hat er ganz in den Dienst der Aufklärung gestellt, der Aufklärung der Menschen darüber, daß sie im Begriffe sind, sich immer weiter vom Sinn und Zweck ihres Lebens und damit von ihrem Wesen als göttliche Schöpfung zu entfernen, und daß dies einmal kein gutes Ende nehmen könnte.

Aus seinem in Buchform erscheinenden Bild-Textzyklus bringen wir das Gedicht „Das fehlerhafte Versuchstier“, ferner seine eindringliche, Ende 1970 an über 3000 Wissenschaftler versandte Weihnachtskarte „Mensch 1970“. Beide Beiträge machen uns das Bemühen und die Sorge Zilchs um das physische und vor allem gelstige Fortbestehen der Menschheit deutlich.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Aus dem schriftstellerischen Schaffen Zilchs

Des fehlerhafte Versuchstier

Gene und Enzyme
Chromosomenbrüche und LSD,
Tod nach Infusion,
Gelbsucht nach Injektion,
Viren sind wie Lymphozyten
Ursprung des Lebens und seiner Wartung.
Nil nocere! Ach wie schön,
Leider viel zu viel ist iatrogen,
Krank gemachte Krenke,
Ärzte, die das Gift nicht fürchten,
Und Arzneien mit den unerwünschten Eigenschaften,
Manipulieren den kranken Menschen und seine
Krankheit.
Jede Diagnose kommt zu spät,
Denn im nächsten Augenblick schon
Reagieren molekular-atomare Kräfte,
Antigen und Antikörper
Metaboliten und Antimetaboliten
Gehorchen Gesetzen,
Die ganz anders als beim Tier,
Als beim andren Menschen.
Stolze Forscher,
Erforscht zuerst Euch selbst
Im Blindversuch gedoppelt
Und erkennt, daß das Spiel
Vom fehlerhaften Tier
Verdirbt des Resultat
Und damit Eure Tat.
Lauschet, fühlet, ordnet, scheuet und riechet
Und versucht zu fassen Konstitution,
Bester Rat für Kranke ist der Lohn.



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.

Nicht der Tierversuch alleine
 Kann die tausend Fragen lösen,
 Such das Tier, das keine Fehler hat
 Und vergiß nicht,
 Daß die fehlerhaften Tiere
 Fehlerhafte Menschen brauchen.
 Diagnosen und Prognosen sollen fehlerhaft nicht sein,
 Darum treibe Therapie für jeden ganz allein.
 Einen Fehler hat das Tier bestimmt,
 Tier bleibt Tier!
 Mensch bleibt deshalb Mensch,
 Arzt bleib Helfer kranker Menschen,
 Arzt erkenne das Leid im Kranken
 Und in seiner Welt,
 Die Du nicht verbessern kannst,
 Weil sie krank geworden ist,
 Wie die Vernunft,
 Die in allen Zeiten war die gleiche,
 Bis sie zerbrach an eigenen Gesetzen,
 Ohne Liebe, ohne Seele, ohne Gott.

Menschen 1970

Wissen Menschen mehr,
 Wird der Glaube schwach,
 Die Liebe auch, die wahre.
 Gleich wollen sie sein die Menschen,
 Die nicht gleich sein können,
 Vom Schöpfer her.
 Frei sein wollen sie,
 Die Menschen, die Manipulierten so oder so,
 Doch Freiheit braucht die Bindung.
 Stumm sind sie geworden,
 Die Menschen im Lärm,
 Der das Wort vom Nächsten auslöscht.
 Ärmer sind sie geworden,
 Die Reichen und die Armen,
 Denn sie sind irdisch gebunden.
 Maschinen sind sie geworden,
 Die Menschen im Getriebe der Gesellschaft,
 Die selbst im Tempo der Maschine ächzt.
 Tierischer sind sie geworden
 Mit ungezügelten Trieben
 Hin zum Primitiven, weg vom Geist.
 Menschen ohne Religion sind sie geworden,
 Die Kirche wurde entheiligt und entseelt,
 Du arme Welt voll Jammer!
 Wissen wurde Macht,
 Im Sog der Wissenschaft gedeiht der Rückschritt auch,
 Computerphilosophen ohne Programm!
 Länger leben die Menschen auf Erden,
 Und länger wird der Lebenskampf
 Und ohne Sinn.
 Unfruchtbarer wurde das Geschlecht der Wissenden
 Aus Verzweiflung
 Und die ohne Bindung werden mehr.
 Kleiner ist die Welt geworden,
 Und die Menschen werden mehr
 Auch mit Pille, mit Gewehr.
 Drum denket zurück,
 Und werdet Menschen wieder,
 Wie einst!

Kongresse

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München für die Jahre 1971/72

19. 4. — 14. 5. 1971:

II. Sozialmedizinischer Kurs

10. 5. — 14. 5. 1971:

Lehrgang für Epidemiologie

3. 6. 1971:

Tagung „Nervliche und psychische Belastung am Arbeitsplatz“

Juni 1971 (genauer Termin liegt noch nicht vor):

„Gesundsein am Arbeitsplatz“ (Veranstaltung gemeinsam mit der Typographischen Gesellschaft München)

13. 9. — 8. 10. 1971:

A-Kurs für Arbeitsmedizin

11./12. 10. 1971:

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin gemeinsam mit der Bayerischen Akademie

8. 11. — 12. 11. 1971:

Sozialmedizinischer Informationskurs (I)

29. 11. — 3. 12. 1971:

Sozialmedizinischer Informationskurs (II)

7. 2. — 3. 3. 1972:

B-Kurs für Arbeitsmedizin

20. 3. — 24. 3. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (III)

24. 4. — 28. 4. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (IV)

5. 6. — 9. 6. 1972:

Lehrgang für Epidemiologie

18. 9. — 13. 10. 1972:

C-Kurs für Arbeitsmedizin

6. 11. — 10. 11. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (I)

4. 12. — 8. 12. 1972:

Sozialmedizinischer Informationskurs (II)

Tagungsort: München 22, Pfarrstraße 3 (Haus des Arbeitsschutzes)

Besondere Teilnahmebedingungen bestehen nicht, eine Teilnahmegebühr wird nicht erhoben.

Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84/2 59—2 60

47. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 26. bis 28. März 1971

Thema: Notfalltherapie in der ärztlichen Praxis – Kongreßleiter: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Freitag, 26. März 1971

16.00 – 18.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen auf den Stationen des Westkrankenhauses, Langemarckstraße

18.00 – 20.00 Uhr:

Seminar: Das Praxislabor

20.00 Uhr:

Filmabend im Oberen Rathausfletz

13.30 – 14.00 Uhr:

Filmvorführung

14.00 – 15.15 Uhr:

Podiumsgespräch

Praxisaspekte des ärztlichen Notdienstes

Kurzreferate: Dr. Hellmann, Augsburg, und Dr. Fischbach, Augsburg

15.30 – 18.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen in den Augsburger Kliniken

Samstag, 27. März 1971 (Oberer Rathausfletz)

8.00 – 9.00 Uhr:

Besichtigung der Industrieausstellung im Unteren Fletz und im Goldenen Saal

9.00 – 9.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Lick, Würzburg

Chirurgische Erstversorgung in der Praxis

9.30 – 10.00 Uhr:

Prof. Dr. Pflüger, Frankfurt

Problematik ambulanter Anästhesien

10.00 – 10.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Pöldinger, Basel

Notfallsituationen bei Drogenabhängigkeit (mit eingeblen- detem Film)

10.30 – 11.00 Uhr:

Pause

11.00 – 11.30 Uhr:

Prof. Dr. Stoll, Mannheim

Geburtshilfliche und gynäkologische Notfälle in der Praxis

11.30 – 12.00 Uhr:

Prof. Dr. Marguth, München

Neurochirurgische Notfälle in der Praxis

12.00 – 12.30 Uhr:

OMR Dr. Lieser, München

Der psychiatrische Notfall

Sonntag, 28. März 1971 (Oberer Rathausfletz)

8.00 – 9.00 Uhr:

Besuch der Industrieausstellung im Unteren Fletz und im Goldenen Saal

9.00 – 9.30 Uhr:

Prof. Dr. Ungeheuer, Frankfurt

Der akute arterielle Gefäßverschuß

9.30 – 10.00 Uhr:

Prof. Dr. Fleischhacker, Wien

Therapie der Blutungen, der Thrombose und Embolie in der Praxis

10.00 – 10.30 Uhr:

Dr. Schmidt-Voigt, Bad Soden

Der Herzanfall in der Praxis

10.30 – 11.00 Uhr:

Pause

11.00 – 11.30 Uhr:

Doz. Dr. May, Homburg

Die Anurie

11.30 – 12.00 Uhr:

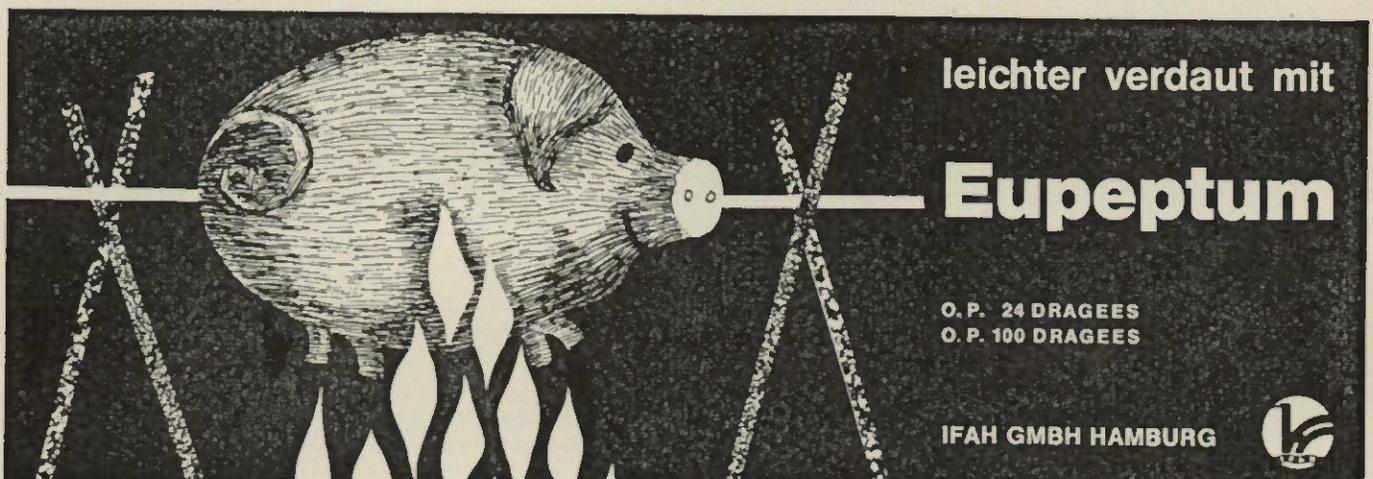
Dr. Günthner, Bad Reichenhall

Die akute Atemnot in der Praxis

12.00 – 12.30 Uhr:

Prof. Dr. Spitzzy, Wien

Medikamente der Notfalltherapie



leichter verdaut mit

Eupeptum

O. P. 24 DRAGEES
O. P. 100 DRAGEES

IFAH GMBH HAMBURG



14.00 – 15.30 Uhr:

Podiumsgespräch
Pädiatrische Notfälle
Kurzreferate:

- a) Prof. Dr. Hecker, München
Verletzungen bei Kindern und Ihre Folgen
- b) Prof. Dr. Marget, München
Infektionen

Auskunft und Anmeldungen: „Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 2 27 77

Kurs und Praktikum über Blutgruppenserologie, Transfusionskunde und Erythroblastosediagnostik

vom 22. bis 26. März in Augsburg

Vom 22. bis 26. März 1971 findet jeweils von 9.00–12.00 Uhr und 14.00–17.00 Uhr ein Kurs und Praktikum über Blutgruppenserologie, Transfusionskunde und Erythroblastosediagnostik im Institut des BSD/BRK Augsburg, Auf dem Kreuz 23, statt.

Kursleiter: Dr. S. Spranger, Ingolstadt

Der Kurs ist **kostenfrei**, die Teilnehmer bzw. ihre Kostenträger müssen jedoch für Unterkunft usw. selbst aufkommen.

Anmeldung und Auskunft: Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes, 8714 Wiesentheid, Telefon (0 93 83) 2 73

Einführungskurs in die Ergometrie und Spiroergometrie

am 2./3. April 1971 in Fürstenfeldbruck

Am 2./3. April 1971 findet im Flugmedizinischen Institut in Fürstenfeldbruck unter der Leitung von Herrn Professor Dr. Kirchhoff ein Einführungskurs in die Ergometrie und Spiroergometrie statt, wobei insbesondere Fragen der Leistungsdiagnostik und Leistungsmedizin besprochen werden.

Anmeldung über die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon (08 11) 33 20 21 (Apparat 37)

Terminänderung

Die für 18./19. März 1971 vorgesehene Arbeitstagung der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin

„**Nervliche und psychische Belastung am Arbeitsplatz**“ mußte auf

Donnerstag, 3. Juni 1971

verlegt werden.

Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 2 18 41

Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 22. März bis 2. April 1971 in Erlangen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen findet in der Zeit vom 22. März bis 2. April 1971 in Erlangen statt. Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich.

Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon (08 11) 33 20 21 (Apparat 43)

Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgenesellschaft

am 24./25. April 1971 in Bayreuth

Am 24./25. April 1971 findet die Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgenesellschaft in Bayreuth statt.

Themen:

1. Röntgendiagnostische und bioptische Magendiagnostik
2. Röntgensymptomatologie der Spätschäden bei Querschnittslähmung
3. Unterstützende Maßnahmen bei Strahlentherapie
4. Freie Vorschläge

Auskunft: ORMR Dr. W. Raisch, 8580 Bayreuth, Rosestraße 13

Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

vom 10. bis 13. Juni 1971 in Salzburg

Vom 10. bis 13. Juni 1971 findet in Salzburg eine gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Vorsitzender: Prof. Dr. Husslein, Wien) und der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Vorsitzender: Prof. Dr. Breilner, München) statt.

Vorgesehene Themen:

Moderne Aspekte der Morphologie des Kollumkarzinoms

Therapie des Kollumkarzinoms

Unterschiedliche Wirkungsspektren einiger Gestagene

Fötale Rhythmusstörungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt

Anfragen und Anmeldung von Vorträgen an die Vorsitzenden oder an den Schriftführer der Bayerischen Gesellschaft, Prof. Dr. R. Kalsner, I. Universitätsfrauenklinik, 8000 München 15, Maistraße 11

**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)

Auskunft: Professor Dr. med. A. G ü t g e m a n n,
Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, 5300
Bonn-Venusberg

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

3. März 1971:

OMR Dr. Heinz L i e s e r : „Psychiatrische Notfälle und ihre Therapie“

Ergänzt durch Filmdemonstrationen

Beginn: 19.30 Uhr in Prien am Chiemsee, Rathausstraße 11, im kleinen Kursaal (Haus des Gastes).

Auskunft: Dr. med. H. M a t u s c z y k, 8210 Prien am Chiemsee, Kneippkurhotel Kronprinz,
Telefon (08051) 482

Der Gruppenversicherungsvertrag Ihrer Ärztekammer mit der Vereinigten und ihrer „Tochter“, der Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG bietet Ihnen wesentliche Vorteile für Krankentagegeld-Versicherungen bei Arbeitsunfähigkeit und zusätzliche Barleistungen bei einem Krankenhausaufenthalt.

Die Vereinigte ist Vertragspartner fast aller Ärztekammern im Bundesgebiet und des Marburger Bundes.



Vereinigte Krankenversicherung AG
Generaldirektion
8000 München 23, Leopoldstraße 24

19. Ärztlicher Fortbildungskurs in Bad Kissingen

am 24./25. April 1971

Der im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer durchgeführte 19. Ärztliche Fortbildungskurs in Bad Kissingen findet am 24./25. April 1971 unter der wissenschaftlichen Leitung von Herrn Professor Dr. H. A. Kühn, Würzburg, statt.

Thema:

Fortschritte auf dem Gebiet der rheumatischen Erkrankungen und der degenerativen Gelenkerkrankungen

Tagungsort: Bad Kissingen, Kleiner Kursaal

Auskunft: Chefarzt Dr. H. Brügel, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20, Telefon (09 71) 30 71

21. Lindauer Psychotherapiewochen

vom 26. April bis 8. Mai 1971

Veranstalter: Vereinigung für psychotherapeutische Weiterbildung e.V.

Leitung: Dr. Helmuth Stolze

Veranstaltungen in der ersten Woche (26. April bis 1. Mai):

Vorträge an den Vormittagen (vom 26. April – 1. Mai) zu den Themen:

- a) „Lernen und Lernstörungen – ihre Bedeutung in der Psychotherapie“ (26. – 29. April)
- b) „Der suizidale Patient“ (30. April/1. Mai)

Podiumsdiskussion „Gefahr und Hilfe bei Drogenabhängigkeit Jugendlicher“ (28. April)

Nachmittagskurse (vom 26. – 30. April) in Form von Seminaren, Übungen, thematischen Arbeitsgruppen, Fallbesprechungsgruppen und analytischen Selbsterfahrungsgruppen.

Veranstaltungen in der zweiten Woche (3. – 8. Mai)
Durchlaufende Vorlesungen:

- a) „Psychosomatische Medizin“
- b) „Märchen und Mythen als Bilder menschlicher Reifung“
- c) „Einführung in die psychotherapeutische Betrachtungsweise“

Übungen und Seminare in Traumbearbeitung, Handhabung der Übertragung, Psychiatrie in der ärztlichen Sprechstunde: Die hirnorganischen Psychosyndrome, in autogenem Training (Unterstufe und Oberstufe),

Hypnose in Gestaltungstherapie, in konzentrativer Bewegungstherapie, Entspannungs- und Atemtherapie, Bewegungsimprovisationen und Psychogymnastik.

Analytische Selbsterfahrungs- und Fallbesprechungsgruppen

Das Programm wird ergänzt durch eine Ausstellung: „Psychedelische Erfahrung und Kunst durch Selbsthypnose“.

Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, 8000 München 81, Adalbert-Stifter-Straße 31

3. Diagnostik-Woche

vom 5. Mai bis 9. Mai 1971 in München

Vorankündigung

Die 3. DIAGNOSTIK-WOCHE findet vom 5. – 9. Mai 1971 in München (Messegelände) in Verbindung mit einer internationalen pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung statt.

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V. in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer.

Leitung: Professor Dr. med. E. Fromm, Hamburg
Neben den Vorträgen werden zahlreiche Kurse und Seminare durchgeführt.

In den Vorträgen werden folgende Schwerpunktthemen behandelt:

„Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege“

„Medizin und Technik“

„Die Multimorbidität im Alter als diagnostisches Problem mit therapeutischen Konsequenzen“

„Die Frühdiagnose der Mammatumoren“

„Diagnostik der Gelenkerkrankungen mit therapeutischen Konsequenzen“

„Das unklare Fieber“ (Diagnostik und Therapie)

„Diagnostik und Therapie der Anämie“

„Diagnostische Probleme der Systemerkrankungen“

„Fehlresorption und Fehldigestion – Leitsymptom Durchfall – mit therapeutischen Konsequenzen“

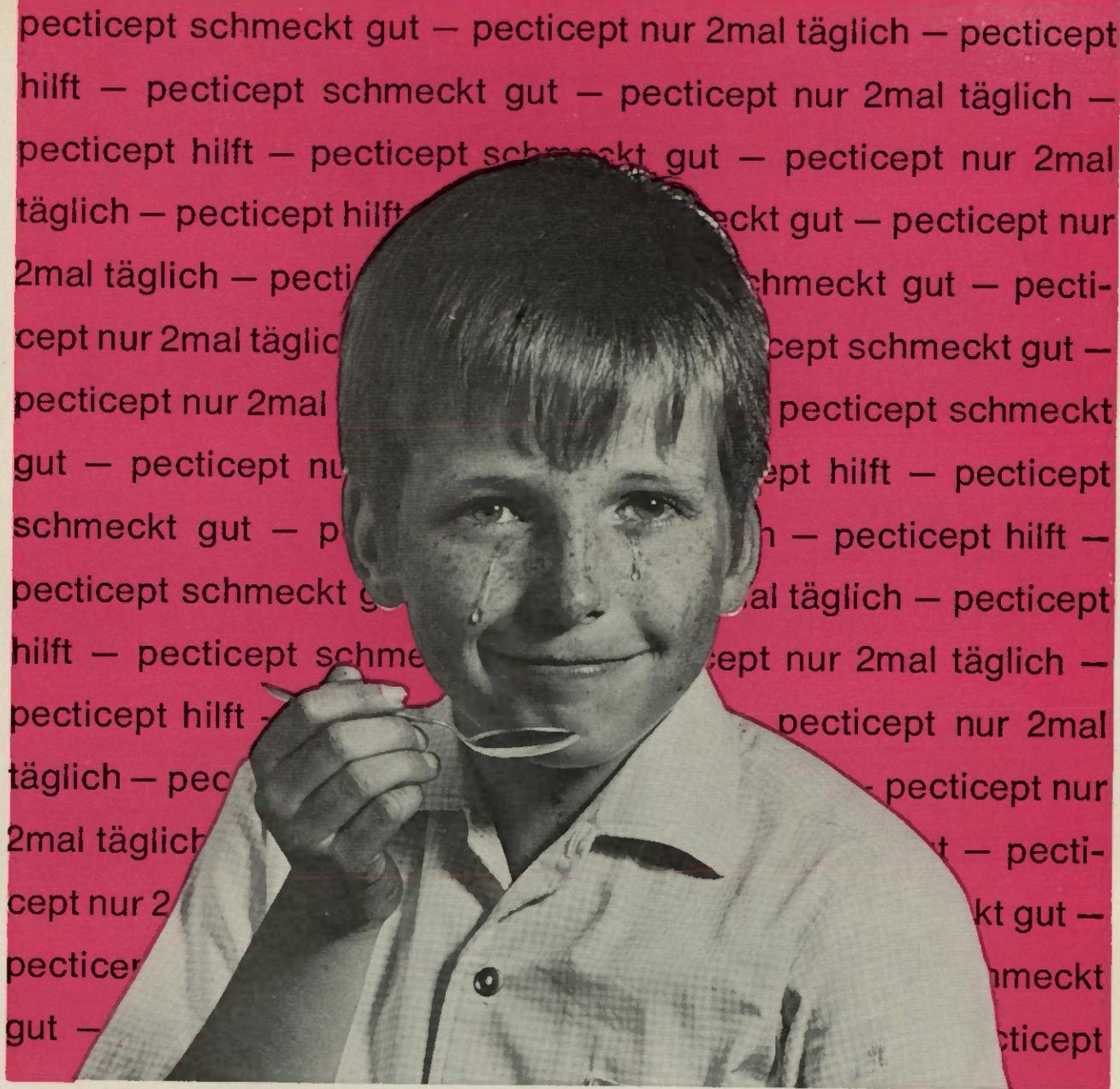
„Diagnostik der männlichen und weiblichen Sterilität mit therapeutischen Konsequenzen“

„Klinisch-chemische Labordiagnostik zur Überwachung, Therapie- und Verlaufskontrolle chronisch Kranker“

„Fehlermöglichkeiten bei der Diagnose von Stoffwechselkrankheiten mit therapeutischen Konsequenzen“

„Diagnostische Probleme der Intensivtherapie“

Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., 7000 Stuttgart 70, Hans-Neuffer-Weg 2, Telefon (07 11) 76 14 54



„Das war sein letzter Heuler“
denn jetzt nimmt er
pecticept[®]
das schmeckt gut und hilft

pecticept
der angenehm schmeckende
Langzeit-Hustensaft für den
banalen Husten.

- ausgezeichneter Geschmack
- zentrale Dämpfung ohne Blockade
- Langzeitwirkung über 8–10 Std.

Das richtige Rezept, wenn Kinder
Husten haben:

pecticept
Kinder (6–12 Jahre) je ein Tee-
löffel morgens und abends,
Kleinkinder (2–5 Jahre) je 1/2 Tee-
löffel morgens und abends.
Handelsform Flasche mit 90 ml

sanol

**arznei-
mittel**

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



wenn die Bewegung schmerzt

Mitteilungen

„Verefnigta“ deckt Verdienstauffall auch bei Quarantäne

Die Vereinigte Krankenversicherung AG – Vertragspartner fast aller Ärztekammern in der Bundesrepublik – weist aus aktuellem Anlaß darauf hin, daß sie den Einkommensverlust des Arztes auch bei einer Quarantäne deckt: Für Ärzte, die im Rahmen eines Ärzte-Gruppenvertrages eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen haben, besteht in diesen Fällen ein Anspruch auf das versicherte Krankentagegeld aus einer Gruppen- und auch Einzelversicherung.

Dabei bleibt es unerheblich, aus welchen Gründen sich der Arzt der Quarantäne unterziehen muß: Sei es, daß er selbst an bestimmten ansteckenden Krankheiten erkrankt bzw. mit erkrankten Personen in Berührung gekommen ist, oder daß er zur Behandlung und Betreuung des betroffenen Personenkreises herangezogen wird (§ 37 Abs. 1 BSeuchG). Ein Einkommensausfall liegt auf jeden Fall vor, da der Arzt an der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit gehindert wird.

Zwar gewährt die öffentliche Hand nach dem BSG (§ 49 ff) auf Antrag eine Entschädigung. Jedoch: Diese Geldleistung ist in der Höhe begrenzt und kann in den wenigsten Fällen den Einkommensverlust des Arztes ausgleichen. Für die Differenz kommt die Verefnigte auf.

Bei einer Erkrankung im Sinne des BSG hat der Arzt ohnehin Anspruch auf das versicherte Krankentagegeld.

Diese Leistung wird aber auch dann gewährt, wenn der Arzt sich in der Isolation befindet, ohne selbst erkrankt zu sein. Hier wird allerdings die nach dem BSG gewährte Verdienstauffallentschädigung – ggf. einschließlich der Entschädigung, die der Arzt für die Tätigkeit während der Quarantäne erhält – auf das Krankentagegeld angerechnet.

Der Arzt erhält somit bei einer Quarantäne in jedem Fall die Erstattung des Verdienstauffalls in voller Höhe des versicherten Krankentagegeldes.

Ferienordnung 1971

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat für das Jahr 1971 für alle Schulen folgende Ferienordnung festgelegt:

Osterferien vom 3. bis 19. April 1971;

Pfingstferien vom 29. Mai bis 7. Juni 1971;

Sommerferien vom 22. Juli bis 6. September 1971;

Weihnachtsferien vom 22. Dezember 1971 bis 10. Januar 1972.

Darüber hinaus werden der Allerheiligentag (1. November), der Allerseelentag (2. November), ferner der 30. Oktober 1971 vom Unterricht freigehalten.

In Gemeinden, in denen kein Gymnasium und keine Realschule besteht, können für die Volksschulen die Weihnachts- und Osterferien verkürzt werden und dafür die Sommerferien entsprechend verlängert werden.

Auch eine Verlegung des Beginns der Sommerferien oder ihre Teilung in zwei Abschnitte ist an diesen Volksschulen entsprechend den örtlichen Verhältnissen möglich. Diese Sonderregelung trifft das Schulamt.

Für die Berufsschulen und Berufsfachschulen können die Regierungen Abweichungen genehmigen oder anordnen.

Orale Diabetestherapie

In der amerikanischen Tagespresse wurde vor einiger Zeit erneut über die in den USA seit 10 Jahren laufende Studie des „University Group Diabetes Program“ (UGDP) berichtet. Die American Diabetes Association hat sich einer Verlautbarung der Food and Drug Administration (FDA) angeschlossen, wonach für die Therapie des Diabetes mellitus nachstehende Reihenfolge empfohlen wird:

1. Diät
2. Diät und Insulin
3. Diät und orale Antidiabetika

Orale Antidiabetika sollen erst dann eingesetzt werden, wenn die Insulintherapie nicht akzeptiert wird oder nicht durchführbar ist („for whom insulin is unacceptable or impractical“).

Zur Information wird auf die Stellungnahme der „British Diabetic Association“ und auf die letzte Verlautbarung der Deutschen Diabetesgesellschaft vom 11. Juli 1970 (Heft 28 des „Deutschen Ärzteblattes“), verwiesen.

„daß bei einem Diabetes, der allein mit Diät gut kontrolliert werden kann, nicht aus Gründen der Bequemlichkeit vom Arzt und Patienten auf die Tablettenbehandlung ausgewichen werden darf ...“

Diabetiker, bei denen der behandelnde Arzt zusätzlich zur Diät eine Tablettentherapie für notwendig erachtet, können ohne Bedenken die Tabletten einnehmen“.

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 Myrteccain

lindert den Schmerz rasch infolge der erhöhten Penetrationsgeschwindigkeit, die durch die Oberflächenaktivität des Excipiens 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
Myrteccain 1 g
Excipiens ad 100 g

Tube mit 40 g DM 4,70



KALI-CHEMIE AG
HANNOVER

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Dezember 1970*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Während seit mehreren Jahren die Zahl der gemeldeten Scharlacherkrankungen jeweils im Dezember zurückging, stieg sie im Berichtsmonat an, und zwar von 81 im Vormonat auf 106 Fälle je 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr). Ebenfalls entgegen der in den vergangenen Jahren beobachteten saisonalen Entwicklung nahm die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung (ausgenommen Meningokokken-Meningitis) zu, sie betrug im November 9, im Dezember 15 Fälle je 100 000 der Bevölkerung.

Die im Vormonat noch infolge einiger Gruppenerkrankungen ziemlich hohe Ziffer von Salmonellosefällen (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung), nämlich 66 Fälle je 100 000 der Bevölkerung, sank im Dezember auf 17 Fälle ab. Etwas höher als im November war im Berichtsmonat dagegen die Häufigkeit gemeldeter Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung).

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. November 1970 bis 2. Januar 1971 (vorläufiges Ergebnis)

| Gebiet | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | |
|---------------|------------|------|-----------|------|---------------|------|--------------------------|------|---------------|------|------------------|------|--------------------|------|--------------------|------|------------------------------------|------|------------|------|---------------|------|------------|---|
| | Olphterlie | | Scharlach | | Kinderlähmung | | Obertreibers | | | | Gehirnentzündung | | Typhus abdominalis | | Paratyphus A und B | | Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr) | | Enteritide | | Infectiose | | Botulismus | |
| | | | | | | | Hirnhautentzündung | | Salmone | | | | | | | | | | Salmone | | | | | |
| | | | | | | | Meningokokken-Meningitis | | übrige Formen | | | | | | | | | | Salmone | | übrige Formen | | | |
| E) ST) | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | |
| Oberbayern | — | — | 391 | — | — | — | 7 | — | 44 | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 11 | — | 67 | 1 | 2 | — | — | — |
| Niederbayern | — | — | 20 | — | — | — | 3 | — | 7 | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | 11 | — | 1 | — | — | — |
| Oberpfalz | — | — | 79 | — | — | — | 3 | 1 | 16 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 9 | — | — | — | — | — |
| Oberfranken | — | — | 71 | — | — | — | 4 | 1 | 11 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 7 | 1 | — | — | — | — |
| Mittelfranken | — | — | 112 | — | — | — | 6 | — | 10 | 1 | 1 | — | 2 | — | — | — | — | — | 9 | — | — | — | — | — |
| Unterfranken | 4 | — | 61 | — | — | — | 3 | 1 | 11 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 7 | — | 1 | — | 2 | — |
| Schwaben | 1 | — | 135 | — | — | — | 3 | — | 21 | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 33 | 1 | 7 | — | — | — |
| Bayern | 5 | — | 869 | — | — | — | 29 | 3 | 120 | 1 | 2 | — | 5 | — | 1 | — | 14 | — | 143 | 3 | 11 | — | 2 | — |
| München | — | — | 155 | — | — | — | 1 | — | 5 | — | — | — | — | — | — | — | 10 | — | 28 | — | — | — | — | — |
| Nürnberg | — | — | 27 | — | — | — | 1 | — | 2 | — | 1 | — | 2 | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — |
| Augeburg | — | — | 4 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 4 | — | — | — | — | — |
| Regensburg | — | — | 19 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — |
| Würzburg | — | — | 5 | — | — | — | 1 | — | 4 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

| Gebiet | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | | 20 | | 21 | | 22 | | 23 | | 24 | |
|---------------|----------------------|------|----------------|------|---------------------------|------|--------------------|------|------------------------------|------|---------------------|------|------------|------|------------------|------|---------------|------|--|------|-----------|------|---------------|---|
| | Hepatitis infectiosa | | Mikrosporidien | | Ornithose (übrige Formen) | | Bangsche Krankheit | | Kindbettfieber ²⁾ | | Leptospirose | | | | Malaria-Rückfall | | Toxoplasmosis | | Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾ | | | | | |
| | | | | | | | | | | | Well-eche Krankheit | | Feldfleber | | | | | | | | Coliculae | | übrige Formen | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | E ST | | |
| Oberbayern | 77 | — | 1 | — | — | — | — | — | 2 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | 5 | — |
| Niederbayern | 24 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Oberpfalz | 46 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 5 | — |
| Oberfranken | 22 | — | — | — | 2 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Mittelfranken | 32 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Unterfranken | 64 | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 9 | — |
| Schwaben | 33 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Bayern | 298 | 2 | 1 | — | 4 | — | 2 | — | 2 | 1 | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 3 | — | 25 | — |
| München | 33 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — |
| Nürnberg | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Augeburg | 8 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Regensburg | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Würzburg | 2 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle. 3) Nach meldepflichtiger Geburt.

4) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtigee Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Berufe für unsere Gesundheit

Für die „Partner am Krankenbett“ kam im November 1970 die Informationsbroschüre „Berufe für unsere Gesundheit“ zur Verteilung. Herausgeber ist die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V. in Frankfurt am Main, deren Präsident, Staatssekretär Professor Dr. von Manger-Koenig, auch des Vorwort zu der 14seitigen Broschüre schrieb.

Die Aufgabe, eine Koordinations- und Kommunikationshilfe in Form einer Broschüre zu schaffen, ergab sich als eine der Forderungen aus den Arbeitsergebnissen zweier Tagungen („Koordinationsprobleme im Krankenhaus“, 1967 und „Der Patient – drinnen und draußen“, 1969), deren Veranstalter die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege mit ihrem Arbeitskreis Berufe im Gesundheitswesen war.

Die Informationsbroschüre – die Beiträge wurden von Vertretern der einzelnen Berufsgruppen erstellt – will in ihrer farbigen Aufmachung entsprechen und zum Lesen einladen. Ein Preisausschreiben wurde zur Unterstützung eingearbeitet.

Es stellen sich vor: Beschäftigungstherapeutin, Diätassistentin und Ernährungsbereiterin, Gemeindeschwester, Gemeindegrenkenpfleger, Hebamme, Krankengymnastin, Krankenschwester, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester, Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer, Logopäden und Sozialarbeiter im Krankenhaus. Alle patientenbezogenen Berufsgruppen konnten in dieser Erst-Broschüre noch nicht zu Worte kommen.

Die Verteilung in einer Auflagenhöhe von 22 000 erfolgte im Modell-Raum Freiburg/Br. (Stadt und Land) an Ge-

sundheits- und Sozialämter, an alle mit Gesundheitsfragen beschäftigten Behörden und Dienststellen, an Ausbildungsstätten und Fachverbände, Krankenhäuser, Kliniken, Sanatorien, Ärzte, Freie Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften und durch Auslage in den Wartezimmern der Ärzte auch an Patienten.

Die Deutsche Zentrale will mit der Broschüre erreichen: für Interessierte und Patienten eine Erst-Information; für Ärzte und Angehörige der einzelnen Berufsgruppen ein Mehr an Information über Ausbildung und Aufgaben aller am Patienten tätigen Fachkräfte im Krankenhaus und draußen, denn Partnerschaft erfordert Koordination und Kommunikation. Ohne Teamarbeit und Informiertes Verständnis der Patienten ist das moderne Krankenhaus in seiner Spezialisierung nicht funktionsfähig.

– DZV –

Ehrenpatenschaft durch den Bundespräsidenten

Der Bundespräsident übernimmt die Ehrenpatenschaft, wenn zur Zeit der Antragstellung einschließlich des Patenkinds mindestens 7 lebende Kinder vorhanden sind, die von denselben Eltern, demselben Vater oder derselben Mutter abstammen. Die Familie muß die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. In einer Familie übernimmt der Bundespräsident die Ehrenpatenschaft nur einmal. Im Rahmen dieser Ehrenpatenschaft gewährt der Bundespräsident auch ein Geschenk. Dabei werden die örtlichen Behörden auch gebeten, sich ihrerseits der Familie anzunehmen, wobei besonders geprüft werden soll, inwieweit die Wohnverhältnisse der Patenschaftsfamilie verbessert werden können.

Die Ehrenpatenschaft wird nur auf Antrag gewährt, der innerhalb eines Jahres nach der Geburt des Kindes gestellt werden muß. Vordrucke hierfür liegen bei den Gemeindebehörden auf. In der Regel weist auch der Standesbeamte die in Frage kommenden Personen auf die Möglichkeit der Beantragung der Ehrenpatenschaft hin.

–elpe–

Buchbesprechungen

Robert N. BRAUN: „Lehrbuch der ärztlichen Allgemeinpraxis“. 434 S., 41 Abb., Leinen, DM 43,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Der bekannte österreichische Pionier auf dem Gebiet der Allgemeinmedizin hat von neuem seinen Unternehmungsgestalt bewiesen: Er legt das erste Lehrbuch für Allgemeinpraxis vor. Wieder eine Pioniertat ohne Vorbild. Der Verfasser hat eigene und andere einschlägige Vorarbeiten zusammengetragen und mit neuen Erkenntnissen bereichert. Eine breite Kenntnis hilft zu veranschaulichen, wozu es in der Allgemeinpraxis letzten Endes geht. Schonungslos werden die zum Teil beunruhigenden Fakten, die für die Situation des Allgemeinpraktikers charakteristisch sind, dargelegt: Zeitnot, Verlesentlichkeit von der Wissenschaft, Maximum an Verantwortung, Gefahr des Aussterbens. Braun sieht die Zukunftsaufgabe der Allgemeinmedizin in der wissenschaftlichen Konzentration auf die dem Praktiker übertragene Teilfunktion innerhalb der Gesamtmedizin. Der Allgemeinpraktiker muß in kürzester Zeit zu einem Urteil kommen, das sich weder auf eine erschöpfende Anamnese noch auf eine

Adumbran[®]

Thomae

bewährt, zuverlässig,
wenn psychische Faktoren organisches Geschehen belasten.

Durchuntersuchung von Kopf bis Fuß noch auf aufwendige und zeitreuende Laboratoriumsuntersuchungen stützen kann. Der Praktiker muß lernen, mit unklaren Fällen zu leben. Anstelle Diagnosen werden Klassifizierungen vorgeschlagen, wobei sich folgende Arten herausgeschält haben:

1. Leitsymptomklassifizierung
2. Syndromklassifizierung
3. Dominanzklassifizierung

Anhand von Praxisfällen wird dem Leser die Möglichkeit geboten, des Einteilungssystem des Autors zu üben und seine Anwendbarkeit zu erproben.

Das Buch ist gewiß keine leichte Lektüre. Man kann manche Einseitigkeit aufdecken. Eins muß man aber dem Verfasser auf jeden Fall zubilligen: Die dauernde Selbstreflexion, die kritische Überwachung des eigenen Handelns und Denkens während der Berufsausübung. So entstand das ungeschminkte Bild der Allgemeinpraxis, das sich von den üblichen Vorstellungen erheblich unterscheidet.

Dr. K. Pollak, München

Prof. MINNIGERODE: „Röntgendiagnostik des Ohres“, 224 S., 263 Abb., Ganzleinen, DM 66,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Ein Fachbuch über die „Röntgendiagnostik des Ohres“ zu lesen, weiß derjenige Kollege zu schätzen, der beruflich ständig mit den Erkrankungen des Ohres und deren Komplikationen zu tun hat. Da es bisher nur Teildarstellungen dieses Spezialgebietes gab, ist es um so erfreulicher, daß nunmehr ein Werk vorliegt, das auf alle röntgenologischen Fragen, das Ohr betreffend, erschöpfend Auskunft gibt. Dabei wendet es sich gleich-

maßen an den Ohrenarzt wie auch den Radiologen, auf deren gute Zusammenarbeit ein wesentlicher Teil der Diagnostik beruht. Die ausführliche Darstellung der Problematik und die Belegung durch zahlreiche Röntgenbilder aus der Göttinger Klinik läßt das Buch zu einem besseren Verständnis der Schwierigkeiten der Ohr-Röntgendiagnostik beitragen. Es sollte daher in keiner Fachbibliothek fehlen.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

W. HORT: „Herzinfarkt – Grundlagen und Probleme“. Heidelberger Taschenbuch, Bd. 61, 154 S., 26 Abb., geheftet, DM 9,80. Verlag Springer, Berlin-Heidelberg-New York.

Der Inhalt dieses Büchleins aus der Reihe der Heidelberger Taschenbücher umfaßt die Grundlagenforschung des Herzinfarktes. Pathologisch-anatomisch wird der Herzinfarkt als eine größere Nekrose oder deren Folgezustände im Myokard, hervorgerufen durch eine längerdauernde Durchblutungsnot (Ischämie) eines umschriebenen Herzmuskelabschnittes. Nach einem retrospektiven Blick auf die Historie dieser Krankheit werden in 10 Kapiteln aus der Sicht des Pathologen und Physiologen die demit zusammenhängenden Probleme, bezogen auf die Veränderungen an den Kranzgefäßen, erörtert. Sehr aufschlußreich ist das Kapitel 5 über Kollateralenentwicklung an den Kranzarterien im Tierexperiment mit daraus resultierenden pharmakologischen Schlußfolgerungen für das menschliche Herz in Prophylaxe und Therapie; ferner von großer Relevanz für die Praxis die Epidemiologie des Herzinfarktes mit kritischer Würdigung der bestehenden Risikofaktoren

(Nikotinabusus, Diabetes mellitus, Adipositas, Hypertonie, Hyperlipidämie u. a.).

Alles in allem eine interessante Studie über den Herzinfarkt, die Volkskrankheit Nr. 1, die in flüssiger Darstellung jedem daran Interessierten die neuesten Gesichtspunkte hierüber vermittelt

Dr. med. G. Vorberg, München

Kongreßreisen

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

9. – 24. April 1971

USA-Fachstudienreise „Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene“
New York-Wayne, N. J.-Rochester-Buffalo-Pittsburgh, Pa.-Washington, D. C.-Richmond-Atlanta, Ga.

Reisepreis pro Person: DM 3119,-

5. – 17. September 1971

Studienreise in die Sowjetunion für Gynäkologen

Moskau-Tiflis-Erewan-Leningrad
Reisepreis pro Person: DM 1816,-
Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

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

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



Ätsch,
mein „Sparschwein“
bringt Zinsen.
Und deins?

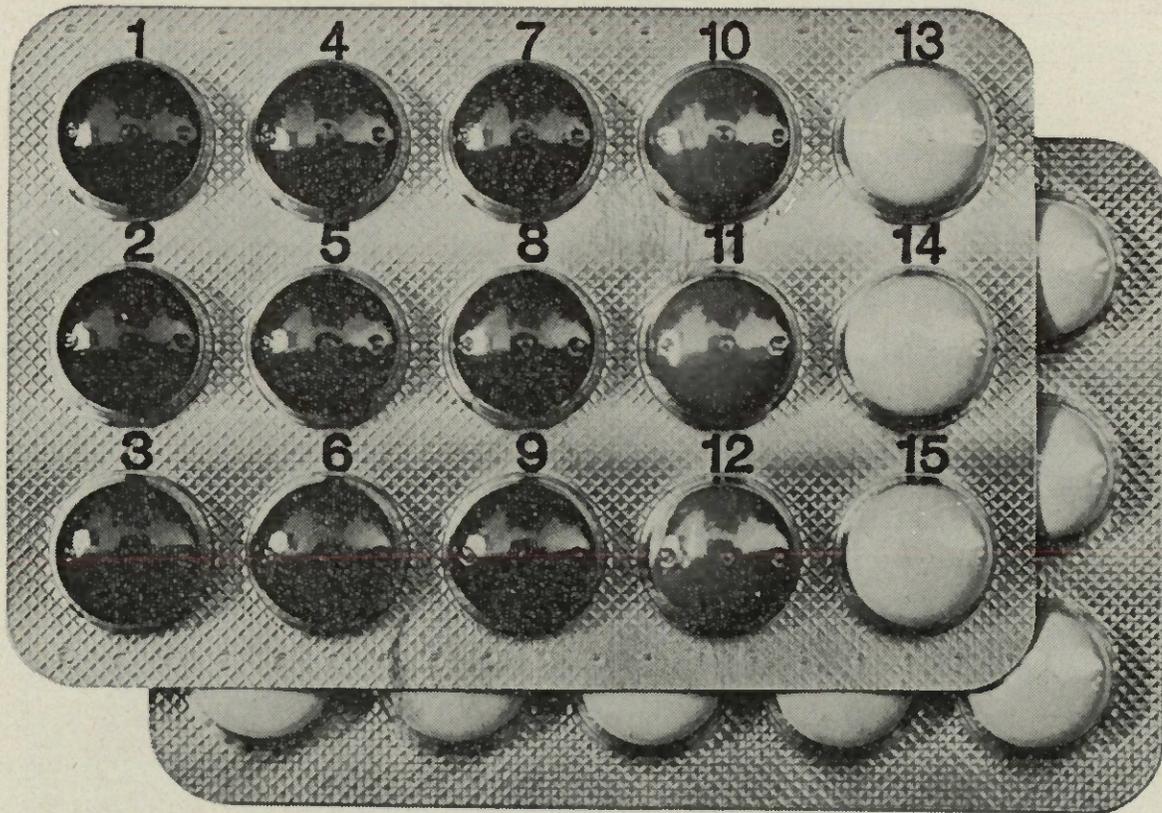
Klein ist sie, aber oho. Ihr Sparschwein leert sie bei uns. Sparen lohnt sich schon bei wenigen Mark; besonders aber mit Sparprämien- und 624-Mark-Vorteilen.



wenn's um
Geld geht-
SPARKASSE

Programmiert

Jetzt gibt es ein Medikament, das die Rheumatherapie
einfacher und wirkungsvoller macht.



Eigenschaften:

Die programmierte Monatspackung mit 30 Dragées Prednirheumin-kombi erleichtert die Medikation. In einem gut übersichtlichen Monatsschema hält der Rheumepatient seine Therapie unter Kontrolle. Prednirheumin-kombi verwirklicht als erstes Medikament des Prinzip der Stufentherapie rheumatischer Erkrankungen. Der gleitende und

treppenförmig sich reduzierende Prednisonanteil macht Prednirheumin-kombi zu einem wirksamen Antirheumatikum.

Indikationen:

a) entzündlicher Rheumatismus: PCP, Morbus Bechterew.
b) Weichteilrheumatismus: schmerzhafte Zustände bei Muskelrheumatismus (Lumbago, Torticollis), Bindegeweberheumatismus, Periarthritis humeroscapularis et coxae, Epicondylitis humeri, Bursitis, Tendovaginitis.
c) Degenerativer Rheumatismus, speziell bei entzündlichen Begleiterscheinungen: Arthrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen.

Kontraindikationen

sind die bekannten des Cortisons und des Phenylbutazons:
Ulcus ventr. et duodeni, Leukopenie, hämorrhagische Diathese, fortgeschrittene Osteoporose, schwere Herz- und Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus, psychiatr. Anamnese, Grevdinat, Hyperionie.

Zusammensetzung:

| | |
|----------------|--|
| 3 Drag. purpur | Prednison 20 mg, Phenylbutazon 200 mg |
| 3 Drag. rot | Prednison 15 mg, Phenylbutazon 200 mg |
| 3 Drag. orange | Prednison 10 mg, Phenylbutazon 200 mg |
| 3 Drag. gelb | Prednison 8 mg, Phenylbutazon 200 mg |
| 3 Drag. silb. | Prednison 2,5 mg, Phenylbutazon 200 mg |
| 15 Drag. weiß | Prednison 0,9 mg, Phenylbutazon 200 mg |

prednirheumin-kombi

Hersteller: Chemipharm GmbH

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.

April 1971

2. – 4. 4. in Bad Nauheim:

EKG-Kure der Landesärztekammer Hessen. Auskunft: Chefarzt Dr. L e m e r z, Klinik Grand Hotel, 6350 Bad Nauheim.

5. – 17. 4. in Brixen:

4. Oster-Seminar-Kongreß für pädeleirische Fortbildung. Auskunft: Abteilung für Berufsfregen in der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, 5000 Köln 80, Elisabeth-Breuer-Straße 5.

5. – 17. 4. in Meren:

III. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer (Theme: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410220.

9. – 24. 4. in Ailenta:

USA-Studienreise für Arbeitsmediziner anläßl. der American Industrial Health Conference. Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königinstraße 85.

14. – 17. 4. in München:

88. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 1000 Berlin 15, Kurfürstendamm 179.

16. – 18. 4. in Bad Nauheim:

37. Jahresiegung der Deutschen Gesellschaft für Kreislauforschung. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Kreislauforschung 6350 Bad Nauheim, William G. Kerckhoff-Institut.

18. – 22. 4. in Wiesbaden:

77. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. B. S c h l e g e l, 6200 Wiesbaden, Klinik der Landesheuptstedi.

19. 4. – 14. 5. in München:

II. Sozialemedizinischer Kurs. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrsireße 3.

23. – 24. 4. in Minden i. W.:

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippa. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4 – 6.

24. – 25. 4. in Bad Kissingen:

19. Ärztlicher Fortbildungskure. Auskunft: Dr. H. Brügel, 8730 Bad Kissingen, Kurheusstreße 20.

24. – 25. 4. in Salzburg:

VIII. Fortbildungstegung der Salzburger Ärztesgesellschaft. Auskunft: Dr. F. Hochleitner, A-5020 Salzburg, Landeskrankenanstalten.

26. 4. – 8. 5. in Lindeu:

21. Lindeuer Psychotherapie Wochen. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapie Wochen, 8000 München 81, Adalbert-Stifter-Str. 31.

28. 4. – 1. 5. in Baden-Baden:

20. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden. Auskunft: Dr. med. H. G. B e u e r, 7570 Baden-Baden, Lichtentaler Straße 90.

29. – 30. 4. in Hoho Talre:

10. Hohe Tatra-Tagung. Auskunft: Slowakische Medizinische Gesellschaft, Mickiewiczova 18, Bratislava.

Beliegenhinweis:

Der Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigefügt:

**Chemiewerk Homburg, Frankfurt
Boehringer, Ingelheim
Kell-Chemie AG, Hannover
Bene-Chemie, München
Besel AG, Besel**

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

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

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

Druck: Gruckerel und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Gachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrographie 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 vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.



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

Dismenol

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

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