



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

November 1971

24. Bayerischer Ärztetag in Nürnberg

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 12./13./14. November 1971

Tegungsort:

Meistersingerhalle Nürnberg, Kleiner Saal

Eröffnung des Ärztetages:

*Freitag, den 12. November 1971, 19.00 Uhr s. t.,
im Kleinen Saal der Meistersingerhalle*

Beginn der Arbeitstagungen:

*Samstag, den 13. November 1971, und Sonntag, den 14. No-
vember 1971, jeweils um 9.00 Uhr s. t., im Kleinen Saal der
Meistersingerhalle*

*Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt,
zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als
Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben.
Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zu-
lässig.*

Tagesordnung:

1. Geschäftsordnung für die Bayerischen Ärztetage
2. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
3. Bestätigung der vom Vorstand gebildeten Ausschüsse
4. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer
 - a) Rechnungsabschluß 1970
 - b) Voranschlag 1972
5. Berufsordnung für die Ärzte Bayerns
 - a) Zusatzbezeichnungen (§ 24 Abs. 3 BO Ärzte 1971)
 - b) Änderungen im Bereich der Weiterbildungsordnung
6. Wahl des Tegungsortes des
25. Bayerischen Ärztetages 1972

**Mittelfranken begrüßt die
Teilnehmer des
24. Bayerischen Ärztetages**



Der Bayerische Ärztetag, die alljährliche berufsständische Versammlung der Ärzteschaft unseres Landes, findet heuer in Nürnberg und damit nach achtjährigem Abstand wieder in Mittelfranken statt. 1963 war es die ehemalige Markgrafenresidenz Ansbach, wo ich als Regierungspräsident die Teilnehmer des 16. Bayerischen Ärztetages willkommen heißen konnte. In diesem Jahr habe ich die Freude, Sie in Nürnberg begrüßen zu dürfen, in dieser gleichermaßen historisch, künstlerisch, wissenschaftlich und industriell bedeutsamen Stadt.

Die rasche Entwicklung der medizinischen Wissenschaft, die ständig zunehmende Nachfrage nach ärztlicher Leistung außerhalb und innerhalb der Krankenhäuser, Fragen der ärztlichen Versorgung auf dem Lande, Reformen im Krankenversicherungswesen, strukturelle Wendungen im wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bereich, Probleme des Umweltschutzes, der Drogenmißbrauch, diese und noch viele andere Anliegen werden Sie als einzelne Ärzte wie als ganzen Berufsstand vielfach beschäftigen.

Nicht nur als Vertreter der staatlichen Verwaltung, sondern auch wie jeder Staatsbürger verfolge ich deshalb die Referate und Resolutionen auf dem diesjährigen Bayerischen Ärztetag mit größtem Interesse. Ihnen und zugleich uns allen wünsche ich einen fruchtbaren und erfolgreichen Verlauf.

Mögen alle Teilnehmer von diesen Tagen in Nürnberg, aber auch die Erinnerung an frohe Stunden, an die schöne Stadt Nürnberg und an die vielgestaltige mittelfränkische Landschaft mitnehmen und wohlbehelfen wieder nach Hause zurückkehren.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Burkhardt', written in a cursive style.

Burkhardt
Regierungspräsident

Willkommen in Nürnberg



Die Teilnehmer am 24. Bayerischen Ärztetag begrüße ich — auch im Namen unserer Bürgerschaft — aufs herzlichste und heiße sie in Nürnberg willkommen.

Sie tagen in einer geschichtsbewußten Freien Reichsstadt, die heute als Metropole Nordbayerns ein modernes und vitales Wirtschafts- sowie Kulturzentrum ist. Das Stadtbild der Noris wie die Haltung ihrer Bewohner werden durch eine vielbewunderte Verschmelzung von Tradition und modernem Geist geprägt. Sie verleiht dieser gastfreundlichen Stadt eine unvergleichliche Atmosphäre, die gewiß zu den eindringlichen Erlebnissen Ihres Aufenthalts gehören wird.

Ihrer Tegung, die sich vornehmlich mit berufs- und ständespolitischen Fragen der bayerischen Ärzteschaft befaßt, wünsche ich einen guten und harmonischen Verlauf, Ihnen allen, den Teilnehmern und verehrten Gästen, einen angenehmen und erinnerungsreichen Aufenthalt in Nürnberg.

A handwritten signature in black ink, consisting of several large, stylized loops and a series of smaller, connected strokes at the end.

*Dr. Urschlechter
Oberbürgermeister*

Grußwort zum 24. Bayerischen Ärztetag



Mit großer Freude und Dankbarkeit sind wir Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer der Einladung der Ärzteschaft Mittelfrankens gefolgt, den 24. Bayerischen Ärztetag in Ihrer Metropole zu veranstalten. Nürnberg bietet als Stadt eine Fülle guter Traditionen des Frankenstammes von der Burg als Stadtkrone über gotische Kirchen und reiche Bürgerhäuser hin bis zum Andenken an seinen vor 500 Jahren geborenen großen Sohn Albrecht Dürer. Nürnberg bietet daneben eber auch die Aufgeschlossenheit einer modernen, aufstrebenden Handels- und Industriestedt. Mit dem Namen der Stadt Nürnberg eng verbunden ist nicht nur der 10. Deutsche Ärztetag des Jahres 1882, sondern euch 22 Jahre Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer, an denen alljährlich eine zunehmende Zahl von Kollegen eus nah und fern – zuletzt fast viertausend – teilnehmen. Den Nürnberger Kollegen haben wir zu danken für ihre besondere standespolitische Initiative und Aktivität, wenn es darum ging, über Probleme unseres Berufsstandes zu diskutieren.

Ich bin sicher, daß die Vielgestaltigkeit dieser Stadt und ihr genius loci jene Atmosphäre schenken, in der die nun beginnenden Diskussionen und Beschlüsse des Ärztetages ein gutes Ergebnis zum Wohle unseres ganzen Berufstandes bringen werden.

Wenn wir auch tagsüber in unseren Beratungen mit Sachkunde und fairer Härte um einen fruchtbaren Ertrag ringen werden, wollen wir doch einige Stunden der Geselligkeit und dem kollegialen Beisammensein widmen. Auch darauf freuen wir uns sehr.

Mein herzlicher Willkommensgruß gilt allen Delegierten, den Arztfreuen und unseren Gästen.

Professor Dr. Hens J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Willkommen zum 24. Bayerischen Ärztetag



Der 24. Bayerische Ärztetag findet heuer in Nürnberg statt. Es ist uns eine besondere Freude, daß gerade in dem Jahr, da die Stadt ihres großen Sohnes Albrecht Dürer anlässlich der 500. Wiederkehr seines Geburtstages gedenkt, der Bayerische Ärztetag auf seinem Weg durch die bayerischen Lende nach Nürnberg kommt.

So heißen wir alle Teilnehmer des 24. Bayerischen Ärztetages im Namen des Ärztlichen Bezirksverbandes Mittelfranken und des Ärztlichen Kreisverbandes Nürnberg und Umgebung hier willkommen.

Wir begrüßen unsere Ehrengäste, den Vorstand der Bundesärztekammer, der Bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und der freien Verbände sowie alle Delegierten des Bayerischen Ärztetages auf das herzlichste.

Einen besonderen Willkommensgruß entbieten wir euch unseren Damen, den Arzthetruen, die mit Ihren Männern nach Nürnberg kommen.

Unsere Stadt wird zum ersten Male seit dem Wiedererstehen der Bayerischen Landesärztekammer einen Bayerischen Ärztetag beherbergen. Es ist unser Wunsch, allen Teilnehmern einen angenehmen und schönen Aufenthalt zu bereiten.

Nürnberg ist überaus reich an hohen kulturellen Schätzen und Schönheiten seines Stadt- und Landschaftsbildes. Soweit das in den wenigen Stunden, die zur Verfügung stehen, möglich ist, möchten wir Sie, insbesondere unsere Damen mit diesen Sehenswürdigkeiten unter Führung durch auserlesene Persönlichkeiten bekannt machen. Wenn euch die große Ausstellung im Germanischen Nationalmuseum „1471 Albrecht Dürer 1971“ nicht mehr gezeigt werden kann, so dürfen wir doch hoffen, Ihnen einen nachhaltigen Eindruck von den kunstgeschichtlichen Kostbarkeiten wie auch von der modernen städtebaulichen Entwicklung Nürnbergs zu vermitteln.

Des weiteren haben wir uns bemüht, Ihnen einige schöne und nette Stunden testlichen Beisammenseins bereiten zu können. Auch die frohe Seite des Lebens soll neben der ernsten standespolitischen Arbeit bei dem Ärztetag zu ihrem Recht kommen.

So wünschen wir dem 24. Bayerischen Ärztetag einen harmonischen und guten Verlauf und den Beratungen ein fruchtbares, erfolgreiches Ergebnis.

Bauer

Dr. Ernst Bauer

1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes
Nürnberg und Umgebung und des Ärztlichen
Bezirksverbandes Mittelfranken



Foto: Hauptamt für Hochbauwesen, Nürnberg

Das Heilig-Geist-Spital

Die historische Entwicklung der Altvorsorge in Nürnberg

von Arthur Krehft

Bei dem Bemühen, die historische Entwicklung der Altvorsorge darzustellen, kommt man zunächst in einige Verlegenheit, wenn man bei dem Begriff der Altvorsorge von den sporadischen Möglichkeiten der Betreuung alter Menschen, wie sie bei Kirchengemeinden und in Klöstern sicher vorhanden waren, absieht und darunter eine systematische Vorsorge versteht, die sich aus dem Bedürfnis der Gemeinschaft ergibt und durch den gezielten Willen eben dieser Gemeinschaft oder einzelner ihrer Repräsentanten in die Tat umgesetzt wird. Die Schwierigkeit, eine solche Entwicklung aufzuspüren, mag bei einer Stadt von dem Alter und der frühen Bedeutung Nürnbergs überraschen, hat es sich doch bereits um das Jahr 1500 um ein weltbekanntes Gemeinwesen mit 40 000 Einwohnern und einer hochgeachteten kulturellen und wirtschaftlichen Bedeutung gehandelt. Vergleichsweise darf darauf hingewiesen werden, daß Madrid damals etwa 3000, Paris 12 000 Einwohner gezählt, und ledig-

lich Köln mit ebenfalls rund 40 000 Einwohnern unter den bekannten deutschen Städten die Größe Nürnbergs erreicht hatte. Daß in einer solchen Stadt — wie ganz allgemein zu jener Zeit — Alter und Altvorsorge in einer isolierten Betrachtungsweise kaum erwähnt werden, beruht auf mancherlei Gründen.

In erster Linie sind wohl soziologische Gründe dafür maßgebend gewesen. Im Zusammenleben zwischen Alt und Jung bei der damals die Regel bildenden dreistufigen Familie sind insbesondere unter dem Aspekt des vierten Gebotes kaum Probleme entstanden, die nicht aufgrund der Sitte und des Herkommens innerhalb der Familie hätten bewältigt werden können. Das soll nun nicht bedeuten, daß wir uns die damalige Situation des alten Menschen ideal vorzustellen hätten. Das Generationsproblem hat zu allen Zeiten seine Rolle gespielt. Vergewegen wir uns die Stellung der alten Menschen im Zusammenhang mit bäuerlichen Übergabeverträgen bis in unser Jahrhundert hin-

ein, dann wird uns eine Beurteilung darüber nicht schwer, welches Maß an Zurücksetzung und wirtschaftlicher Abhängigkeit auch in der sonst intakten Großfamilie eine Rolle gespielt hat. Immerhin scheint bis ins späte Mittelalter die allgemeine Anschauung und Übung innerhalb der Bevölkerung in der Regel keine Notwendigkeit für die Einrichtung spezieller Institutionen für alte Menschen ergeben zu haben. Die Lebensführung der ländlichen und städtischen Bevölkerung dürfte sich kaum wesentlich voneinander unterscheiden haben und es scheint auch nicht schwierig gewesen zu sein, alte Menschen mit einem geringen Rest von Arbeitsfähigkeit und der seinerzeit einfachen Versorgung mitzutragen. Der alte Mensch ist in seinem bisherigen Lebensbereich eben weithin „verkräftet“ worden.

Eine gewisse Rolle hat sicherlich auch die allgemein kürzere Lebenserwartung gespielt, die aber im wesentlichen durch Säuglings- und Kindersterblichkeit beeinflusst ist, weshalb wir diese statistische Aussage nur mit Vorsicht berücksichtigen können. Es hat auch damals viele Menschen gegeben, denen die Gnade eines hohen Lebensalters zuteil geworden ist und die sich dabei von der Allgemeinheit getragen und respektiert fühlen konnten. Ein weiteres kommt hinzu: Die Aufnahme in Einrichtungen der Allgemeinheit hat eine Einbuße an persönlichen bis hin zu bürgerschaftlichen Rechten zur Folge gehabt. Der Begriff des Almosens und damit die Erhaltung bestimmter Lebensformen ist sicherlich nicht einfach gewesen. Es sei in diesem Zusammenhang ein Vergleich mit der Geschichte des Krankenhauswesens gestattet. Bis über die Mitte des vorigen Jahrhunderts hinaus hat der Aufenthalt eines Kranken oder Sterbenden in einem Spital zugleich das Eingeständnis bedeutet, daß er mit seinen Mitteln früher zu Ende gewesen ist als mit seinem Leben. Über den Zusammenhang zwischen Anstalt und Armut gibt es übrigens interessante Darstellungen.

Immer aufschlußreich ist es ferner, bei der Beurteilung historischer Tatbestände auch medizinische Gesichtspunkte zu sehen. Wir heben daher auch zu berücksichtigen, daß bis ins 17. und 18. Jahrhundert hinein fast alle großen Städte von verheerenden Seuchen heimgesucht worden sind. Nach unseren Erkenntnissen darf unterstellt werden, daß diese furchtbaren und manchmal periodisch wiederkehrenden Epidemien jeweils eine besonders große Zahl alter Menschen — wegen ihrer naturgemäß verminderten Lebenskraft — hinweggerafft haben.

Aus all diesen Gründen erklärt es sich, daß wir Alteinrichtungen in unserem heutigen Sinne erst nach einem langwierigen Übergang erkennen können. Alter für sich allein ist früher kein Kriterium gewesen, vielmehr haben Alter und Krankheit zusammenkommen müssen, um die Hilfe der Allgemeinheit in besonderen Einrichtungen auszulösen. Dies gilt auch für die bekannten Werke der Barmherzigkeit. Es ist von allen möglichen caritativen Verpflichtungen des einzelnen

die Rede, fast nirgends aber finden sich Anhaltspunkte für die spezielle Herausstellung des Alters allein als eines Notstandes, der jeden christlichen Menschen angehe.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen wollen wir uns der geschichtlichen Entwicklung in Nürnberg selbst zuwenden. Beim Studium der vielfältigen einschlägigen Unterlagen und Darstellungen erkennt man bald, daß der Beginn einer systematischen Altenvorsorge in unserer Stadt in erster Linie zusammenhängt mit der Gründung zweier großer Einrichtungen, die beide dem Namen nach und in einem Fall sogar in der Substanz auf unsere Tage überkommen sind: Dem Heilig-Geist-Spital und dem Sebastianspital.

Bevor wir uns mit der Entstehung und Entwicklung dieser bedeutenden Spitäler näher befassen, darf noch auf einige kleinere Einrichtungen hingewiesen werden, die aus der Fülle solcher Stiftungen herausragen und einer gezielten, für ihre Zeit doch recht umfassenden Altenvorsorge gedient haben, heute allerdings nicht mehr bestehen. Gemeint sind die beiden „Zwölfbrüderhäuser“. Sie sind nach den zwölf Aposteln benannt und gehen auf Stiftungen reicher Nürnberger Patrizier und Kaufleute zurück. Das eine — auf der Lorenzer Seite gelegene — hat 1380 Marquard Mendel, das andere — im Bereich von St. Sebald — 1501 Matthäus Landauer gestiftet; aus der letztgenannten Stiftung stammt übrigens die heute noch bestehende Landauer-Kapelle im Bereich des Realgymnasiums und jetzigen Willstätter-Gymnasiums zwischen Laufer Schlagturm und Paniersplatz. In diesen besonderen Einrichtungen sind jahrhundertlang jeweils zwölf alte und erme Nürnberger Handwerker in voller freier Station versorgt worden. Die erhaltenen Stiftungsbücher mit den Bildern der in die Häuser aufgenommenen Männer stellen eine große Kostbarkeit dar.

Besonderer Erwähnung wert sind noch — auch wegen ihrer Originalität — die Münzer- und Pfinzingschen Kleiderstiftungen von 1577 (Münzer) und 1627 (Pfinzing), die bis etwa 1900 bestanden haben. Aus beiden Stiftungen sind jährlich je 100 alte und arme Männer neu eingekleidet worden. Das Originelle soll dabei gewesen sein, daß die Einkleidung durch die eine Stiftung in weiß, bei der anderen in schwarz erfolgt ist, um auch öffentlich den jeweiligen Stifter erkennen zu können, und daß die Bedachten nach der Einkleidung in einem Gedenkgottesdienst für den Stifter teilzunehmen hatten. Übrigens sind die Rechnungen über den Einkauf der Bekleidung über Jahrhunderte hinweg erhalten, weshalb man heute noch die damalige Preisentwicklung genau verfolgen kann.

Und nun zur Gründung und Entwicklung der großen Spitäler.

Des Spital zum Heiligen Geist oder Heilig-Geist-Spital

Die Entstehung dieses zweiten Nürnberger Spitals, das man auch das „Neue Spital“ genannt hat, fällt in eine der bewegtesten Epochen der deutschen Geschichte,



Konrad Groß († 1356), Schultheiß und Stifter des Heilig-Geist-Spitals zu Nürnberg
Kupferstich von 1666
(Stadtbibliothek Nürnberg)

In das sogenannte „bürgerliche“ 14. Jahrhundert und geht zurück auf die Stiftung eines einzelnen Nürnberger Bürgers, nämlich des Konrad Groß im Jahre 1331. Er hat dafür einen Großteil seines Vermögens aufgewendet „zum Beweiss frommer Gesinnung, Gott zur Ehre und allen gläubigen Seelen zur Hilfe“. Weiterer Anlaß für die Gründung dürfte gewesen sein, daß das „alte“ und erste Nürnberger Spital, das schon im 13. Jahrhundert – offenbar vom Deutschorden – geschaffene Elisabethen-Spital den Anforderungen des zur Großstadt gewordenen Nürnberg nicht mehr genügt hatte.

Es ist die großartigste Stiftung, die je in Nürnberg gemacht worden ist, noch dazu als Werk eines einzigen Mannes zu einer Zeit, da die Stadt bei weitem nicht ihre spätere Größe und Einwohnerzahl erreicht hatte. Groß ist wahrscheinlich der reichste Bürger seiner Zeit gewesen, außerdem Reichsschultheiß, hat unmittelbare Beziehungen zum Reichsoberhaupt Kaiser Ludwig dem Bayern gehabt und ist Finanzier vieler Unternehmungen des Reiches gewesen. Von ihm ist in der Nachwelt die Sage gegangen, ein Vermögen dieses Umfangs, das zur Errichtung und Ausstattung eines so großen Spitals befähige, könne ein einzelner Bürger nicht auf reguläre Art, sondern nur durch eine Schenkung übernatürlicher Wesen erworben haben. In Wahrheit dürfte sein Reichtum aber auf den Wohlstand seines Geschlechtes, auf einträgliche Pfand-

schaften aus Reichsämtern und Geldgeschäfte zurückzuführen sein.

Bemerkenswert ist übrigens, daß Konrad Groß mit der Stiftung des Heilig-Geist-Spitals seinen Nachkommen prektisch den größten Teil ihres Erbgutes entzogen hatte, daß sich seine Söhne bis zum Abschluß eines Vergleiches jahrelang dagegen gewehrt hatten und deren Befürchtungen wegen der Zukunft ihres Geschlechtes nicht unbegründet gewesen sind: im 16. Jahrhundert haben die „Großen“ ihren Wohlstand eingebüßt und 1589 ist Sebastian Groß – der letzte männliche Sproß dieses alten und berühmten Geschlechtes – als Pfründner in der Stiftung seiner Vorfahren verstorben.

Konrad Groß hette zwar sich und seinem ältesten Sohn die Verwaltung des Spitals auf Lebenszeit vorbehalten, zugleich aber dem Rat der Stadt im Interesse aller Nürnberger Bürger schon 1332/1341 die Pflegschaft für die Zeit nach dem Tod zugesichert und gewährleistet.

Eine Vorstellung von der Größe und dem Umfang der spitalischen Grundherrschaft vermittelt die Tatsache, daß diese einzige Stiftung im 18. Jahrhundert neben anderen Einkünften aus Kapitalvermögen usw. 691 Bauernhöfe in 157 Orten im Bereich der heutigen Regierungsbezirke Mittel- und Oberfranken sowie Oberpfalz besessen, 1753 noch das reiche Vermögen der ausgestorbenen Familie Rieter von Kornburg geerbt und ungezählte Rechte ausgeübt hat.

Wie wichtig dem Rat die mit der Spitalpflegschaft verbundenen Rechte gewesen sind und welche Stellung das Heilig-Geist-Spital eingenommen hat, zeigt auch der Umstand, daß sich der Rat diese Rechte durch Kaiser Ludwig den Bayern (1341) und Kaiser Sigmund (1434) bestätigen hat lassen, und daß dieses Spital – und nicht eines der älteren Stadtklöster – eb 1421 über Jahrhunderte hinweg die Aufbewahrungsstätte der Reichskleinodien gewesen ist.

Man wird sicher segnen können, daß diese reiche Wohltätigkeitsstiftung den Ausgangspunkt für eine zielbewußte Wohlfahrtspolitik und auch Altvorsorge der Stadt bedeutet haben dürfte.

Aber nun einiges zum Heilig-Geist-Spital selbst: Es ist in den Jahren 1332 bis 1339 auf dem Gelände zwischen der Pegnitz, der heutigen Insel Schütt, Spitalgasse und Königstraße errichtet, entsprechend den mit wachsender Größe und Bevölkerungszahl zunehmenden Bedürfnissen 1489 bis 1527 vor allem durch die beiden mächtigen Bauten über den nördlichen Flußarm erweitert worden und sollte ursprünglich 200 Sieche und Leidende aller Art aufnehmen, mit Ausnahme der Aussätzigen, Pest- und „Franzosenkranken“ (Geschlechtskranken). Am Ende des 14. Jahrhunderts sind aber – wie aus den Unterlagen hervorgeht – zunächst nur ca. 100 Personen gepflegt worden: 72 Sieche, 6 Priester, Amtleute und Gesinde mit 16 Personen sowie ein Schulmeister und zwölf Chorschüler; zum Spital hat

damals nämlich auch eine eigene Freischule gehört, in der auch Bürgersöhne unterrichtet werden durften.

Interessant ist auch heute noch, zu hören, wie das Spital damals sachlich und personell organisiert und wie die Versorgung der Pfründner geregelt gewesen ist. Der Rat der Stadt hat – wie gesagt – die Pflugschaft gehabt und alljährlich durch die sogenannten „Rathswähler“ die Geschäftsführung prüfen und das Spital besichtigen lassen, während der vom Rat bestellte Pfleger die ständige Aufsicht ausgeübt, das Spital nach außen vertreten, den Spitalmeister – als den unmittelbaren Verwalter – und die Spitalmeisterin bestellt und dem Bischof von Bamberg die Spitalpriester zur Bestellung vorgeschlagen hat. Dem Spitalmeister, der den bis ins kleinste festgelegten jährlichen Haushaltsvoranschlag einzuhalten und dafür zu sorgen hatte, daß Verköstigung und Reichnisse der Pfründner und Siechen den Anordnungen des Stifters entsprachen, hatte die Spitalmeisterin – meist seine Ehefrau – zur Seite zu stehen, der Küche und Krankenpflege unterstanden haben und mit der zusammen er später auch über die Aufnahme von Pfründnern bestimmt hat. Als unterstelltes Gesinde bzw. Mitarbeiter sind tätig gewesen der Spitalschreiber, der sogenannte Überreiter für die Besichtigung der auswärtigen Landgüter, Kellerwart, Torhüter, Hirt, die Hofknechte und Mägde zur Pflege der Kranken, aber auch zur Versorgung des Viehs sowie einige „Wachmädchen“ für die Krankenwache. Um 1600 sind auch noch eine „Schauerin“ für die Kranken und ein Aufseher erwähnt, der in der Krankenstube unter anderem darauf zu sehen hatte, daß die „Armen“ ihre Arznei recht einnahmen sowie ihr Essen und Trinken nicht gegen schädliche Dinge verkauften. Auch eine eigene „Kustorin“ („Küsterlein“) hatte man bestellt, welche insbesondere für die Versorgung der Siechen mit Krankenkost, Bettzeug usw. zuständig gewesen ist. Tatsächlich geht aus den überkommenen Anordnungen, Abrechnungen usw. eindeutig hervor, daß jenen Siechen, die z. B. die normale Fleischkost nicht vertragen konnten, schon immer eine Art Diätkost gewährt worden ist: gestoßenes Huhn, Krammetsvögel, in die Suppe geschlagene Eier und andere Eierspeisen, Weißbröt usw. Besondere Aufmerksamkeit hat man von Anfang an der ärztlichen Versorgung und Reinhaltung der Kranken zugewendet. Zunächst sind die Kranken wohl vom „Spitalbäder“ und „Wundarzt“ als einer Art Heilpraktiker versorgt worden, diesen hat der Rat jedoch bald den für die Stadt bestellten und zugelassenen Arzt beigegeben. Im Rahmen besonderer Stiftungen ist dann 1486 ein eigener Spitalarzt verpflichtet, 1498 auch eine eigene Apotheke errichtet worden, die heute noch bestehende, wenn auch 1635 in Privathand übergegangene Spitalapotheke zum Heiligen Geist.

Im Interesse der Gesundheitspflege und Reinhaltung der Kranken hatte der Stifter Konrad Groß schon im Stiftbrief von 1340 die Einrichtung eines Bades und

das vierzehntägige Baden für Gesunde und Kranke vorgesehen, ferner verfügt, daß 2 Knechte und 2 Mägde anzustellen seien, „die das Bad richten, die Spitalinsessen baden und pflegen, aus- und eintragen, scheren“ und andere mit dem Baden verbundene Dienste verrichten sollten. Vom zweiwöchentlichen zum allwöchentlichen Baden der Siechen hat man übrigens schon 1357 übergehen können, und zwar im Zusammenhang mit der diesem Zweck dienenden Stiftung des Bürgers Fritz Schreiber von Eibach, aus deren Mitteln nach dem Baden sogar noch ein Trunk und 2 Eier zu reichen waren.

Bei Erwähnung dieser Badestiftung darf ganz allgemein darauf hingewiesen werden, daß die der Gründung und Errichtung des Heilig-Geist-Spitals zugrunde liegende großartige Stiftung des Konrad Groß durch viele weitere Stiftungen zum Wohle des Spitals und seiner Bewohner laufend vermehrt und ergänzt worden ist.

Über den damaligen Spitalbetrieb, die Art der Versorgung und Behandlung der Siechen und Pfründner, die Aufgaben der einzelnen Bediensteten, über unzählige Begebenheiten – auch Streitigkeiten – gäbe es viel zu erzählen, was sehr interessant, unterhaltsam, vielleicht sogar belustigend wäre. Um jedoch vom gewählten Thema nicht abzukommen, soll hierüber nicht mehr berichtet werden. Nur ein Problem des alten Spitalbetriebes darf noch erwähnt werden, weil es in unseren heutigen Altenpflegeheimen innerhalb gewisser Grenzen immer noch existiert: das der sogenannten desorientierten Pflinglinge. Das Spital hat offenbar von Anfang an – wie berichtet wird – eine besondere Abteilung gehabt für „thörichte, närrische, sinnlose und melancholische Menschen“, soweit sie nur „verwirrt und unschädlich“, also nicht selbst- oder gemeingefährlich gewesen sind. In den Jahren 1538/39 wird z. B. von einem „Narrenarzt“ im Spital berichtet, der die „Unvernünftigen, am Verstand Gebrechlichen, Wahnwitzigen, Einfältigen, Unsinnigen oder im Kopf Verwirrten“ wieder zur Vernunft bringen sollte.

Was nun den Übergang vom ursprünglich überwiegend der Krankenbehandlung und -pflege dienenden Spital zum Altenpflegeheim, Altenheim und Altenwohnheim angeht, ist zu sagen, daß sich dieser etwa in dem Maße vollzogen haben wird, in dem die ärztliche Wissenschaft fortgeschritten und in die Lage versetzt worden ist, früher gewissermaßen „spitalreife“ Kranke und Sieche auch außerhalb des Spitals – wenn auch auf dessen Kosten – ambulant weiter zu behandeln oder andere Unterbringungsmöglichkeiten zur Behandlung und Pflege Kranker (z. B. krankenhausähnliche Einrichtungen) entstanden sind. Fest steht jedenfalls, daß in den Spitalbüchern des 18. Jahrhunderts über die Aufnahme Kranker kaum mehr berichtet wird, der Übergang zur ausschließlichen Unterbringung oder Pflege alter Bürger also offensichtlich abgeschlossen gewesen ist.

Trotz der furchtbaren Zerstörungen, die der zweite Weltkrieg unserer Stadt zugefügt hat, trotz vieler – vor allem Innerer – Umbauten ist die äußere historische Gestalt des Heilig-Geist-Spitals erhalten geblieben. Die mächtigen Bauten stehen wie vor Jahrhunderten am Pegnitzfluß und überspannen ihn, ruhend auf ungezählten Eichenpfählen, die man damals in den sumpfigen Untergrund gerammt hat und die einem soliden Betonfundament unserer Zeit gleichkommen. Sie beherbergen heute u. a. das Städtische Altenwohnheim Heilig-Geist-Spital, in dem 236 Bürger wohnen. Immer noch wird die auch heute noch reiche Erträge bringende Stiftung des Konrad Groß vom Rat der Stadt getreulich verwaltet gemäß dem 1341 gegebenen Versprechen, ihren Bestand zu erhalten und zu mehren.

Nun aber darf noch berichtet werden über das Entstehen und die Entwicklung des zweiten großen Nürnberger Spitals:



Konrad Toppler († 1485)
Kupferstich 17. Jahrhundert
(Stadtbibliothek Nürnberg)

Das Sebastianspital

Notwendiger als die Absonderung der Aussätzigen, die bereits seit dem 13. und 14. Jahrhundert in den an den Ausfallstraßen liegenden sogenannten Siechköbeln sichergestellt war – den Weibersiechköbeln St. Johannis (1234) und St. Leonherd (1317) sowie den Männersiechköbeln St. Jobst (1308) und St. Peter (1327) –, hat damals, so sollte man meinen, jene der Pestkranken erscheinen müssen. Es ist daher bemerkenswert, daß erst Ende des 15. Jahrhunderts dem Gedanken der Errichtung eines besonderen Pesthauses nähergetreten und ein solches auch wieder nicht durch die Stadt, sondern durch die private Initiative Nürnberger Bürger errichtet bzw. gestiftet worden ist.

Der Nürnberger Bürger Konrad Toppler hatte bestimmt, daß jener Teil seines Vermögens, über den testamentarisch nicht besonders verfügt war, „zu Gottes Ehre“ – also zu einem frommen Zweck – verwendet werden solle. Die Testamentsvollstrecker, unter ihnen der um die Förderung humanitärer Anstalten hoch verdiente Sebald Schreyer, haben dann mit Urkunde vom 22. November 1490 und Zustimmung des Rates der Stadt den Nachlaß zur Errichtung eines Hospitals für Pestkranke bestimmt.

Hier sollte für sie Ordnung, Zuflucht und abgesonderte Wohnung in einem „gemein Haus oder Spital“ außerhalb der Stadt unter der Aufsicht und Pflugschaft des Rates sichergestellt und damit vermieden werden, daß die Pestkranken wie bisher in ihren Häusern oder in anderen „Anstalten für Kranke“ die dort mit ihnen Zusammenlebenden anstecken können. Das Haus sollte nach dem heiligen Sebastian benannt werden, der seinerzeit als Schutzpatron der Pestkranken verehrt worden ist, und nicht nur der Aufnahme Nürnberger Bürger, ihrer Dienstboten und sonstiger „Inwohner“, sondern auch Fremder dienen, die in Nürnberg von der Pest befallen werden.

Nach dem Kauf einer Wiese „unterhalb der Weidenmühle am Wasser“, an der heutigen Großweidenmühle, ist der Bau 1498 begonnen, wegen mancherlei Stokungen durch Geldmangel und Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Rat und Sebald Schreyer ist das Spital insgesamt aber erst nach 30 Jahren, nämlich 1528 vollendet worden: im Todesjahr Albrecht Dürers, des größten Sohnes unserer Stadt. Zum damaligen Spital haben zwei Häuser – wegen getrennter Unterbringung der Geschlechter – und eine Kapelle gehört. Aber schon nach 24 Jahren (1552) hat der Rat das Spital zusammen mit anderen Gebäuden selbst niederbrennen lassen, um es dem Feind im zweiten markgräflichen Krieg als möglichen Stützpunkt zu entziehen, es aber bereits 1554 – in kleinerem Umfang und ohne Kapelle – wieder aufgebaut und 1592 erweitert.

In der frühen Zeit hat die Stadt das Spital nur beim Ausbruch der Pest geöffnet, wobei dann die im Stif-



Foto: Hauptamt für Hochbauwesen, Nürnberg
Sebastianspital – Hintermayr-Heim

tungsbrief enthaltenen Verfügungen über die Behandlung der Pestkranken zur Ausführung gekommen sind: beispielsweise mußten die Kranken ins Spital verbracht werden durch Fuhrleute mit Pferden und verdeckten, mit besonderen Zeichen versehenen, unbeschlagenen Wagen, die an bestimmten Plätzen zu bestellen bzw. zu finden waren. Die ärztliche Versorgung hatten die Ärzte und Apotheke des „Neuen Spitals“ – also des Heilig-Geist-Spitals – zu leisten. Die Kleidung der „pestilenzialischen Leut im Lazaretho“ durfte nicht mehr aus dem Spital hinausgenommen, sondern mußte verbrannt werden, und wer im Falle der Gesundung nach vorgeschriebener, in besonderer Kammer zurückgelegter Quarantänezeit wieder entlassen wurde, konnte im Falle der Armut neue Kleidung erhalten.

Nachdem Nürnberg im 17. Jahrhundert von der Pest längere Zeit nicht mehr heimgesucht worden war, sind nach späteren Berichten im Spital dann auch andere „kranke, arme und unvermöglige Personen“ aufgenommen worden. Aber erst im Laufe des 19. Jahrhunderts hat sich das Spital endgültig zu einer Art Alters- und Pflegeheim für die Bürger der Stadt entwickelt.

Soweit noch Zahlen über die Belegung des Spitals überliefert sind, darf folgende kurze Übersicht gegeben werden:

1801–1807 sind nur 7 bis 8 Betten in Gebrauch gewesen, die ausgereicht haben, da damals nur an Syphilis, bösartiger Krätze und Krebschäden Leidende aufgenommen worden sind.

1847 haben sich „61 Männer und 112 Weiber“, zusammen also 173 Bürger, im Spital befunden. 1883 hat man das Sebastianspital – bisher Stiftungsanstalt – zur Gemeindeanstalt erklärt, weitere Anwesen in der Großweidenmühlstraße erworben, das Spital teilweise als Cholera-Lazarett und Ausweichkrankenhaus benutzt und schon 283 Betten gehabt. 1896 bis 1901 sind neue Erweiterungen erfolgt, wodurch dann 352 Betten „zur Unterbringung von Pfründnern“ zur Verfügung gestanden haben.

1910 bis 1914 ist schließlich das „neue Sebastianspital“ an der Veilhofstraße errichtet worden, da die alten Gebäude an der Großweidenmühlstraße den neuen hygienischen Anforderungen und dem raschen Wachstum der Stadt nicht mehr gerecht werden konnten. Wegen der durch den ersten Weltkrieg verursachten vorübergehenden Zweckentfremdung haben die Pfründner aber erst 1919 in die neuen Häuser mit ihren seinerzeit 626 Betten um- oder neueinziehen können: in einen Hauptbau für Rüstige mit 410 und einen Krankenbau mit 216 Betten.

Und was ist das Sebastianspital heute? In den eben genannten, um die letzte Jahrhundertwende erbauten Gebäuden, die laufend modernisiert worden sind und

in dem auf dem gleichen Grundstück erbauten, 1966 eröffneten neuen Altenkrankenhaus, das der Rat unserer Stadt „Fritz-Hintermayr-Heim“ benannte, weil dieser Nürnberger Bürger zu dessen Errichtung 2 Mio DM gestiftet hat, werden 728 pflegebedürftige und 58 rüstige, insgesamt also 786 alte Bürger von unseren Ärzten, Schwestern und Pflegern betreut.

Damit darf der Bericht über die Geschichte der Nürnberger Altenvorsorge enden. Festzustellen ist nur noch, was aus diesen Spitälern und anderen Anfängen aufgrund der seit dem 18. Jahrhundert ständig verbesserten Sozialgesetzgebung und durch die Initiative der städtischen und freien Wohlfahrtspflege im Bereich der Altenvorsorge bis heute geschaffen wurde:

Die Stadt Nürnberg verfügt jetzt in sechs Altenwohnheimen, Altenheimen und Altenpflegeheimen über insgesamt 1928 Plätze, die der Betreuung von 799 pflegebedürftigen und 1129 rüstigen Mitbürgern dienen. Zusammen mit den in 23 Heimen der freien Wohlfahrtsverbände vorhandenen 1764 Plätzen stehen im Stadtgebiet Nürnberg daher gegenwärtig in 29 Heimen 3692 Plätze zur Verfügung, und zwar 962 für pflegebedürftige sowie 2730 Heim- bzw. Wohnplätze für Bürger, die – da noch rüstig – wohl einer bestimmten Betreuung, aber keiner besonderen Pflege bedürfen. Schließlich wurden und werden zahlreiche altersgerechte Wohnungen gebaut, um eine Heimaufnahme möglichst lange zu vermeiden. Darüber hinaus sind gegenwärtig zahlreiche Heime im Bau oder in der Planung, wodurch sich das Angebot an Heimplätzen der verschiedensten Art für all jene verbessern wird, die der Heimaufnahme bedürfen oder diese wünschen.

Um zu verstehen, welche Bedeutung die Stadt Nürnberg der Altenvorsorge heute beimißt, darf abschließend noch darauf hingewiesen werden, daß der Rat der Stadt 1970 beschloß, im Rahmen des Nürnberg-Planes auch einen Altenplan zu erstellen. In Zusammenarbeit mit den Trägern der freien Wohlfahrtspflege soll dadurch eine vielfältige und umfassende Betreuung der alt gewordenen Bürger unserer Stadt, deren Anteil an der Gesamtbevölkerung immer größer wird, sichergestellt werden.

Quellen:

Festschrift zur Eröffnung des Neuen Krankenhauses der Stadt Nürnberg 1898, Beiträge von Archivrat Ernst MUMMENHOFF.

Festschrift „Das Sebastianspital in Nürnberg 1528 bis 1928“ von Spitalverwalter W. BAUER, 1928.

Festschrift „600 Jahre Heilig-Geist-Spital zu Nürnberg“ 1939, Beiträge des damaligen Archivrates und späteren Archivdirektors Dr. Werner SCHULTHEISS.

Amtsblatt der Stadt Nürnberg Nr. 27 vom 3. Juli 1963, Beitrag von Oberarchivrat Dr. Gerhard HIRSCHMANN zur Eröffnung einer Ausstellung des Stadtarchivs Nürnberg über Nürnberger Wohltätigkeitsstiftungen.

Anschr. d. Verf.: Verwaltungsrat Arthur K r e h f t, Leiter des Amtes für Altersversorgung der Stadt Nürnberg, 8500 Nürnberg, Veilhofstraße 34

Bayern-Programm zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung auf dem Lande

Förderungsprogramm für die Niederlassung von Ärzten und Zahnärzten in unterversorgten Gebieten des Freistaates Bayern

Auf einer gemeinsamen Pressekonferenz des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung und der ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen am Donnerstag, 30. September 1971, erläuterten Sozialminister Dr. F. PIRKL und der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Senator Professor Dr. H.-J. SEWERING, das „Bayern-Programm“ zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung auf dem Lande. Als Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nahm Herr Dr. MEIDER, stellvertretender Vorstandsvorsitzender, teil.

Minister Dr. PIRKL legte den über 30 Vertretern von Presse, Funk und Fernsehen die Grundzüge dieses Förderungsprogrammes dar. Er sagte u. a.: „Mit diesem Bayern-Programm ist das vom Herrn Ministerpräsidenten in seiner Erklärung vor dem Parlament am 27. Januar 1971 aufgezeigte Kreditprogramm verwirklicht.

Die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung in Bayern ist im allgemeinen in ausreichendem Umfange sichergestellt. Die Kassenärztliche- und Kassenzahnärztliche Vereinigung haben die ihnen gesetzlich obliegende Aufgabe der Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung – das möchte ich auch hier wieder dankbar betonen – bislang insgesamt zufriedenstellend lösen können. Mit größter Aufmerksamkeit habe ich jedoch beobachtet, daß in einzelnen Regionen, insbesondere im Grenzlandgürtel und am Stadtrand teilweise schmerzliche Engpässe auftreten, da für einen wegziehenden oder ausschließenden Arzt gelegentlich nur schwer Ersatz zu bekommen ist. Um diesen Engpaß zu überwinden, haben wir uns überlegt, wie man dem Arzt einen Anreiz bietet, sich für eine dauerhafte Niederlassung auf dem Lande zu entscheiden. Alle Beteiligten waren sich einig, die Praxisgründung auf dem Lande dadurch zu fördern, daß den Ärzten durch günstige Darlehensgewährung die Beschaffung von Praxis- und Wohnräu-

men erleichtert wird. Aus dem vorliegenden Förderungsprogramm können Sie entnehmen, wie günstig diese Konditionen sind. Ein Arzt oder Zahnarzt braucht praktisch über keinerlei Eigenkapital mehr zu verfügen. Ihm kann für ein Objekt, das z. B. einschließlich Grunderwerb und Bau DM 250 000,— kostet, diese Summe je zur Hälfte von der Bayerischen Ärzteversorgung und der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt als Darlehen gewährt werden, und zwar zu Sätzen, die während der ersten drei Jahre keine höhere Belastung als monatlich DM 1250,— für den Arzt bringen . . .“

Professor Dr. SEWERING begann seine Ausführungen mit dem Dank an Staatsminister Dr. PIRKL, der die Bedeutung dieses Plans von Anfang an erkannt und ihn deshalb wesentlich gefördert hat. Ein weiterer Dank galt dem Präsidenten der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt, Minister a. D. JUNKER.

Professor Dr. SEWERING führte u. a. aus:

„Vor über einem Jahr regte ich in einem Brief an den Herrn Ministerpräsidenten Dr. A. GOPPEL an, zu prüfen, ob die Bereitstellung zinsbilliger Kredite zur Förderung der Niederlassung junger Ärzte grundsätzlich möglich sei. Der Ministerpräsident bat daraufhin Herrn Sozialminister Dr. F. Pirkl, sich dieses Problems anzunehmen und bereits anlässlich des 23. Bayerischen Ärztetages in Passau sagte der Herr Sozialminister zu, mit uns zusammen die Möglichkeiten eines solchen Kreditprogrammes zu erarbeiten.

Dieses Modellkreditprogramm wird nicht nur in Landgebieten, sondern auch in Stadtrandgebieten realisiert werden und sicher mit Schwerpunkt die Allgemeinärzte fördern, aber dort, wo es notwendig ist, auch zur Förderung der Niederlassung eines Facharztes angewandt. Es will in erster Linie auf zwei Seiten Erleichterungen für die Niederlassung des Nachwuchses bringen: Sicherstellung von geeigneten Wohnräumen und entsprechenden Praxisräumen. Darüber hinaus versprechen wir uns davon auch eine starke Bindung des jungen Arztes an den Ort seiner freigewählten Niederlassung.

Sowohl der Trend zum Facharzt als auch die geringere Neigung junger Ärzte zur Niederlassung auf dem Lande ist ein weltweites Problem, wie erst jüngst bei der Generalversammlung des Weltärztebundes in Ottawa übereinstimmend festgestellt wurde. In Bayern können wir im 10-Jahre-Vergleich (1961 bis 1971) einen Anstieg der Ärztezahlen von rund 15 000 auf über 20 000 verzeichnen, so daß das hier angesprochene Problem nicht einem Ärztemangel generell entspricht, sondern im wesentlichen auf einer nicht gleichmäßigen Verteilung der Ärzte beruht. Das Kreditprogramm stellt ein



Professor Dr. Sewering (links) und Sozialminister Dr. Pirkl in der Pressekonferenz

wichtiges Glied in einer Reihe von Maßnahmen dar mit dem Ziel, die optimale ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung in allen Gebieten Bayerns auch in den kommenden Jahren sicherzustellen.

So haben wir z. B. mit der Einführung eines eigenen Gebietes Allgemeinmedizin für die qualitative Förderung des Nachwuchses ein weiteres Glied in dieser Kette geschaffen. Wenn auch die nunmehr vom Allgemeinarzt zu fordernde längere klinische Weiterbildung vorübergehend zu einer zeitlichen Verzögerung bei der Niederlassung führt, so stellen wir damit jedoch sicher, daß dieser Nachwuchs besonders qualifiziert ist.

Angeichts der wachsenden Nachwuchszahlen, wobei z. B. bereits jetzt die Studienanfänger zahlenmäßig über den Zielvorstellungen des Wissenschaftsrates liegen, sind wir uns aber sicher, daß diese Situation in einigen Jahren überwunden ist, wenn auch derzeit an einigen Engpässen die Förderung der Niederlassung eine sehr wichtige Aufgabe im Rahmen bayerischer Gesundheitspolitik ist.

Die in einigen Bundesländern praktizierte Umsatzgarantie oder auch eine sogenannte Landzulage lassen sich auf Bayern nicht übertragen, weil die Verhältnisse anders liegen.

Unter den gegebenen Umständen sind wir sicher, mit diesem Bayern Programm eine gute Lösung gefunden zu haben. Dies beweist uns auch die Tatsache, daß bereits jetzt, noch vor der Verkündung, über 20 ernsthafte Interessenten bei der Kassenärztlichen Vereinigung schriftliche Anträge eingereicht haben. Demgegenüber beträgt die Zahl dringlich zu besetzender Kassenarztstellen in Bayern wechselnd zwischen 50 bis 100.“

Nachstehend das „Bayern-Programm“ im Wortlaut:

Bayern-Programm zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung auf dem Lande

Zur Errichtung und Festigung von Arztpraxen und Zahnarztpraxen in ärztlich oder zahnärztlich unterversorgten Gebieten des Freistaates Bayern haben die Bayerische Staatsregierung, die Bayerische Landesärztekammer, die Bayerische Landeszahnärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns sowie die Bayerische Ärzteversorgung und die Bayerische Landesbodenkreditanstalt gemeinsam ein Förderungsprogramm entwickelt. Die Förderung erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

1. Personenkreis

Die Darlehen werden Ärzten (Praktische Ärzte, Fachärzte) und Zahnärzten gewährt, welche die Zulassungsvoraussetzungen zu den gesetzlichen Krankenkassen erfüllen und sich verpflichten, einen freien Kassenarztsitz bzw. Kassenzahnarztsitz zu übernehmen.

2. Zweck der Förderung

Die Darlehen dienen ausschließlich dazu, die Niederlassung von Kassenärzten und Kassenzahnärzten in ärztlich oder zahnärztlich unterversorgten Gebieten und Orten zu erleichtern und ihnen die Gründung oder Festigung einer selbständigen Existenz zu ermöglichen.

3. Voraussetzung für die Förderung

Die Darlehen dürfen nur ausgereicht werden, wenn die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns bzw. die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns entsprechend ihrem Sicherstellungsauftrag nach § 368 n Abs. 1 S. 1 RVO festgestellt haben, daß

- a) die Praxis in einem ärztlich oder zahnärztlich unterversorgten Gebiet oder Ort errichtet wird oder
- b) sie zur Festigung oder Erweiterung einer Arztpraxis/Zahnarztpraxis in solchen Bereichen notwendig sind.

4. Ausmaß der Förderung

Die Darlehen können unter Berücksichtigung der Angemessenheit des Bauvorhabens und der Kosten, die durch beide Darlehensgeber einverständlich zu beurteilen sind, bis zu 100% der Gesamtkosten (Grunderwerbs- und Baukosten) betragen, wovon durch die Bayerische Ärzteversorgung erstrangig bis zu 50%, durch die Bayerische Landesbodenkreditanstalt bis zu weiteren 50% übernommen werden.

5. Darlehensbedingungen

- a) Die Darlehen der Bayerischen Ärzteversorgung werden mit 100% ausbezahlt; die Laufzeit beträgt rund 34 Jahre. Für Zinsen und Tilgung fallen folgende jährliche Leistungen aus dem Darlehensnennbetrag an:

1. bis 5. Jahr	5% (Zinsen)
6. bis 12. Jahr	6 1/2% (5% Zinsen + 1 1/2% Tilgung)
ab 13. Jahr	der für Mitglieder darlehen übliche Zinssatz (derzeit 6 1/4%) und 1 1/2% Tilgung
- b) Die Darlehen der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt sind mit jährlich 5% zu verzinsen. Die Auszahlung erfolgt zu 98% und wird durch Tilgungsstreckung auf 100% verbessert. Die Laufzeit beträgt 12 1/2 Jahre. Es ergeben sich somit folgende jährliche Leistungen aus dem Darlehensnennbetrag:

1. Jahr	7% (5% Zinsen + 2% Ausgleich für Tilgungsstreckung)
2. bis 3. Jahr	7% (5% Zinsen + 2% Tilgung)
4. bis 6. Jahr	10% (5% Zinsen + 5% Tilgung)
ab 7. Jahr	15% (5% Zinsen + 10% Tilgung)
- c) Die Darlehen können jederzeit ohne Kündigung auch in größeren Raten oder im Ganzen zurückgezahlt werden.

Im übrigen gelten die jeweiligen Darlehensrichtlinien beider Darlehensgeber.

Der Freistaat Bayern wird, soweit erforderlich und im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen möglich, Bürgschaften gegenüber der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt übernehmen.

6. Verfahren

- a) Ein Arzt oder Zahnarzt, welcher einen Kassenarzt- bzw. Kassenzahnarztsitz übernehmen will, der nach diesen Grundsätzen gefördert werden soll, wendet sich an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns, die das Zulassungsverfahren beim zuständigen Zulassungsausschuß einleitet. Sie leitet den Darlehensantrag nach Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen durch den Zulassungsausschuß in zweifacher Ausfertigung an die Darlehensgeber weiter. Zugleich unterrichtet die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns die Landesverbände der bayerischen Krankenkassenverbände und die zuständige Kreisverwaltung, in deren Bereich der Kassenarztsitz bzw. Kassenzahnarztsitz besetzt werden soll.
- b) Der bereits zugelassene Arzt oder Zahnarzt reicht den Darlehensantrag in dreifacher Ausfertigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns ein.
- c) Über die Gewährung der jeweiligen Darlehen entscheiden endgültig die Bayerische Ärzteversorgung und die Bayerische Landesbodenkreditanstalt.

7. Kündigungsrecht der Darlehensgeber

Die Bayerische Ärzteversorgung sowie die Bayerische Landesbodenkreditanstalt sind berechtigt, ohne Einhaltung einer Frist die Darlehen zu kündigen und die

sofortige Rückzahlung zu verlangen, wenn die Voraussetzungen für die Darlehensgewährung nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen.

Im übrigen gelten auch hier die jeweils in den Schuldurkunden enthaltenen üblichen Kündigungsbestimmungen.

8. Inkrafttreten

Diese Grundsätze treten am 1. Oktober 1971 in Kraft.

Anträge oder Anfragen von **Ärzt en** sind zu richten an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 bzw. an die zuständige Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Wenn nötig:

Hilfe auch für Praxiseinrichtung

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank ist im Einvernehmen mit der Bayerischen Landesärztekammer, der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns bereit, das Förderungsprogramm durch eine weitere Kreditaktion zu unterstützen. Diese Kreditaktion umfaßt die Finanzierung von Einrichtungsgegenständen und Geräten für Arzt- und Zahnarztpraxen, die nach diesem Programm errichtet werden.

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank wird im Sinne einer nachhaltigen und umfassenden Unterstützung des Programms die Modalitäten dieser Kreditaktion, insbesondere Zinssatz und Laufzeit, besonders günstig gestalten.

Ärzte und Zahnärzte, die zusätzlich von dieser Möglichkeit Gebrauch machen wollen, erhalten alle erforderlichen Auskünfte von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Filiale München.

Medizin und Technik *

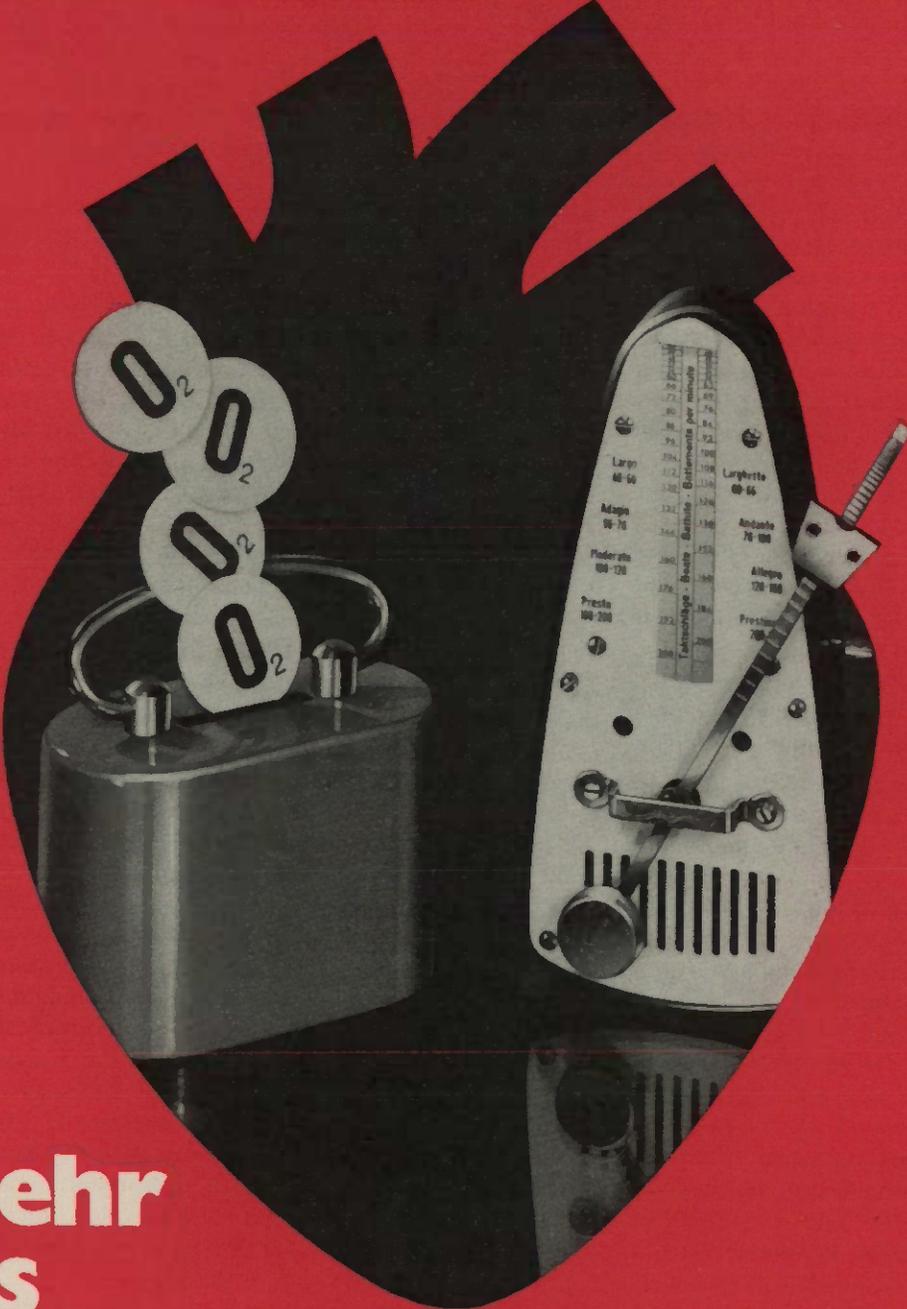
von R. Z e n k e r

Der Aufforderung von Herrn Präsidenten Kollegen SEWERING zur Eröffnung dieser Diagnostik-Woche in München einen Vortrag über „Medizin bzw. Arzt und Technik“ zu halten, habe ich gerne entsprochen, da mich dieses Thema reizte, und da es für jeden Arzt wichtig ist, sich einmal zu vergewissern, wie weit und mit welchen Folgen die Technik in die verschiedenen Bereiche der Medizin eingedrungen ist.

Das erste Instrument, das die Medizin und darüber hinaus die gesamten Naturwissenschaften grundlegend beeinflußt hat, war das Mikroskop. Praktisch angewendet wurde es in der Medizin allerdings erst

vor mehr als 100 Jahren seit der Ära von Rudolf VIRCHOW und Robert KOCH, als es mehr und mehr zur täglichen histologischen und bakteriologischen Diagnostik eingesetzt wurde. Neue Bedeutung erlangte das Mikroskop mit der GULLSTRANDSchen Spaltlampe zur Untersuchung der Augenmedien und inform der besonders in der Ohren- und Augenheilkunde verwendeten Operationsmikroskope. Dagegen dient das Elektronenmikroskop bisher nahezu ausschließlich zu Forschungszwecken. – Vorboten des technischen Zeitalters der Medizin sind auch die Erfindung des Augenspiegels durch HELMHOLTZ 1851 und die Konstruktion des Harnblasenspiegels durch NITZE 1879, womit die Endoskopie in der klinischen Medizin ihren Anfang nahm.

*) Festvortrag anläßlich der Eröffnung der Diagnostik-Woche am 4. Mai 1971 in München.



Zusammensetzung:
 Gradulon®s.T.: 1/8 bzw. 1/4 mg Digoxin,
 50 mg Isoptin® (pBP u. Wz. Knoll).
 Gradulon®: wie oben und zusätzlich
 75 mg Trimetozin (=minor tranquillizer®).

Indikationen:
 Herzinsuffizienz, Koronarinsuffizienz,
 Tachyarrhythmien.

Kontraindikationen:
 Glykosidintoxikation.

Dosierung:
 Bei Herzinsuffizienz nach Glykosid-
 bedarf. Bei Koronarinsuffizienz und
 Rhythmusstörungen nach klinischen
 Erfordernissen. Wahlweise Verordnung
 der 1/4 (1/8)-Form ermöglicht
 individuelle Wirkstoffdosierung.

Hinweis: Bei Verlängerung der AV-
 Überleitung und extremen Bradykardie-
 formen ist Gradulon mit Vorsicht
 anzuwenden. Gradulon enthält als
 Tranquillizer Trimetozin; Alkohol kann –
 wie bei allen psychoaktiven
 Substanzen – das Wirkungsbild
 unkontrolliert verändern.

Preise: 20 Drag., 50 Drag.
 Gradulon®s.T. 1/8 DM 4,35, DM 9,75
 Gradulon®s.T. 1/4 DM 4,65, DM 10,60
 Gradulon® 1/8 DM 4,45, DM 9,95
 Gradulon® 1/4 DM 4,75, DM 10,80

Mehr als Glykosid und Koronardilatator

Gradulon®

Digoxin + Isoptin® + Tranquillizer

Gradulon® s.T.

Digoxin + Isoptin®

- Positiv inotrop**
- Koronaraktiv**
- O₂-sparend**
- Rhythmisierend**



Den eigentlichen Einbruch der Technik in die Medizin und damit in das Denken und Handeln des Arztes kennzeichnen – wenn ich es recht deute – zwei Ereignisse: die Entdeckung der Röntgenstrahlen (1895) und die Verwendung des Saitengalvanometers zur Registrierung der elektrischen Herzströme durch EINTHOVEN (1902), die Elektrokardiographie. Seit dieser Zeit – also seit der Wende des vergangenen Jahrhunderts – hat die Technik die Medizin immer stärker beeinflusst, in den letzten Jahrzehnten sogar äußerst stürmisch. Wollen wir also betrachten, welche Fortschritte die Technik während der vergangenen mehr als 70 Jahre der Medizin gebracht hat und damit welchen Segen für den Kranken, wie die Entwicklung voraussichtlich weitergeht, aber auch was sich hieraus für das Verhältnis des Arztes zum Kranken, für die Einstellung sowohl des Arztes als auch des Kranken zur medizinischen Technik und für die Organisation des Gesundheitswesens und der Krankenversorgung ergibt. Dabei bin ich mir bewußt, aus der Fülle nur einige Entwicklungen und Schlaglichter aufzeigen zu können.

Welche Bedeutung die Röntgenuntersuchung heute in der Gesamtdiagnostik einnimmt, brauche ich hier nicht darzulegen. Ihr haben sich durch die Angiographie und Lymphographie und mit der Isotopendiagnostik neue Möglichkeiten eröffnet, so daß in weit größerem Maße als früher auf Organfunktionen und ihre Störungen Schlüsse gezogen werden können. Auf den hierfür notwendigen apparativen Aufwand sei hingewiesen.

Der bedeutendste Fortschritt der Röntgendiagnostik der jüngsten Zeit ist wohl der Bildverstärker, der infolge der geringen Strahlenintensität den Kranken nur wenig belastet, unter Verwendung eines elektronischen Bildschirms Untersuchungen bei gedämpftem Licht und ohne Adaptation zuläßt und eine Speicherung der Bildfolge ermöglicht. Der Bildverstärker hat besonders die subtile röntgenologische Darstellung des Herzens und der großen Gefäße gefördert. Aber auch die gesamte intraoperative Röntgendiagnostik hat sich durch den Bildverstärker gewandelt, ein Prozeß, der noch nicht abgeschlossen ist.

Ein weiterer Fortschritt in der Röntgendiagnostik scheint sich mit der Verwendung von Farb-Röntgenfilmen anzubahnen, deren Vorzüge vor allem in der Neuroradiologie frühzeitig K. DECKER, München, erkannt und dargelegt hat.

Die Zusammenarbeit von Medizin und Technik hat auf dem Gebiet der gezielten Punktion umschriebener Organbezirke und Krankheitsherde Früchte getragen. Ausgehend von der gezielten Punktion des Ganglion Gasseri mit nachfolgender Elektrokoagulation bei Trigeminalneuralgie meines Lehrers KIRSCHNER (1931) – also vor genau 40 Jahren –, die auf röntgenologische Messungen aufbaute, an denen ich mitarbeiten durfte, entwickelten sich die verschiedenen stereotaktischen Verfahren der Neurochirurgie. Sie dienen heute nicht nur zur Behandlung des Tremors der Parkinson-

Kranken, sondern auch von Hirngeschwülsten, von Tumoren der Hypophyse und zur Dämpfung ihrer hormonellen Funktion.

In der Abnahme von Aktionspotentialen von Organen war – wie bereits erwähnt – zuerst EINTHOVEN (1902) mit der Registrierung des Elektrokardiogramms erfolgreich. Hierdurch wurde die Herzdiagnostik in vorher unvorstellbarer Weise befruchtet. Einen ähnlichen Markstein in der Herzdiagnostik stellte der Herzkatheterismus von FORSSMANN (1929) dar, der 1941 – also mehr als ein Jahrzehnt später – von COURNAND und RICHARDS in New York wiederentdeckt wurde und – nicht zuletzt dank einiger wesentlicher technischer Verbesserungen von Meßeinrichtungen – wissenschaftlich umfassend ausgewertet werden konnte. An diesem Beispiel zeigt sich, wie sehr der technische Fortschritt auf verschiedenen Gebieten über Nützlichkeit und Wert eines an und für sich genialen, seiner Zeit vorauseilenden Vorschlags entscheidet.

Die Registrierung von Aktionspotentialen anderer Organe als des Herzens hat auffallend lang auf sich warten lassen. 1924 – also mehr als 20 Jahre nach der Entdeckung des EKG – beobachtete BERGER, Jena, der Lehrer des früheren Münchener Psychiaters Kurt KOLLE, an Kranken mit Trepanationsdefekten mit Hilfe eines Saitengalvanometers Schwingungen, die nur durch Gehirnströme verursacht sein konnten. Unverständnis der Fachkollegen und technische Schwierigkeiten in der Herstellung von Verstärkern standen der Weiterentwicklung des Elektroenzephalogramms von BERGER entgegen. Erst 4 bis 5 Jahre nach dem zweiten Weltkrieg wurde die Elektroenzephalographie zu einem Verfahren ausgebaut, das heute nicht allein in Nervenkliniken routinemäßig angewendet wird, sondern dessen sich bereits eine große Zahl von Nervenärzten in ihrer Praxis bedienen. BERGER, der 1941 starb, hat den weltweiten Siegeszug seiner Entdeckung nicht mehr erlebt.

Nachdem die Technik elektronische Verstärker von höchster Empfindlichkeit herzustellen vermochte, lag es nahe, auch andere Erregungsvorgänge zu untersuchen. Neben der Elektromyographie, auf deren weite praktische Bedeutung ich nicht eingehen kann, ist das erstaunliche Verfahren der Elektro-Retinographie entwickelt worden, die Ableitung von Potentialschwankungen der Netzhaut mittels Haftschalen, wodurch es möglich ist, den Funktionszustand der Retina und Retinaschäden selbst bei Trübung der brechenden Medien zu erkennen.

Große Bedeutung in der Diagnostik haben die Ultraschallverfahren erlangt. Im Gegensatz zu den Röntgenstrahlen besteht nach unserem heutigen Wissen kein Beweis für Schädigungen bei den in der Diagnostik verwendeten Schallintensitäten. So sind Ultraschallapparate in der Geburtshilfe zur Überwachung des Fetus während der Schwangerschaft und der Geburt und zur Feststellung von Geburtshindernissen sehr wertvoll. – In der Neurologie und Neurochirurgie

nehmen heute die Echo-Lot-Verfahren wegen des geringen technischen Aufwandes und der oft sehr weitreichenden diagnostischen Aussagemöglichkeiten einen allgemein anerkannten Platz ein. — Das gleiche gilt für die Kardiologie.

Der von HELMHOLTZ konstruierte Augenspiegel, der bereits 1840 von HOFFMANN aus Burgsteinfurt angegebene Ohrenspiegel und der Harnblasenspiegel mit Innenbeleuchtung und Okular von NITZE waren die ersten praktisch verwertbaren Instrumente, um in das Innere von Organen zu blicken. Seither hat sich die Endoskopie zeitweilig wohl unter dem konkurrierenden Einfluß der Röntgendiagnostik auffallend langsam entwickelt; sie nimmt aber jetzt einen breiten und sicheren Raum in der diagnostischen Technik ein, der ihr nicht allein durch die Vervollkommnung des Instrumentariums, sondern wohl auch durch die entscheidende Verbesserung der Narkose verschafft wurde, die heute mehr einem tiefen Schlaf gleicht, wie er Adam im Paradies bei der Entnahme der Rippe beschleden gewesen sein mag.

Daß die von Johannes von MIKULICZ 1881 begründete, von SCHINDLER 1923 hier in München wieder nachdrücklich empfohlene Gastroskopie, die zunächst nur äußerst zögernd anerkannt wurde, heute bei Erkrankungen des Magens sehr häufig angewendet wird, erklärt sich dadurch, daß subtile Schleimhautveränderungen des Magens gastroskopisch in Verbindung mit einer Biopsie besser als nur röntgenologisch erkannt werden, und daß dem Operateur die Histologie eines Geschwürs und seine genaue Ausdehnung für die Planung eines Eingriffs wichtig sind.

Ein neuer, in seinen Folgen heute noch nicht zu übersehender Einbruch der Technik in die Medizin in unserem Jahrhundert erfolgt zweifellos durch die Automation zahlreicher diagnostischer Apparate und durch die Anwendung von Computern.

Je mehr im Hinblick auf die Verbesserung von Diagnostik und Therapie in Kliniken aber auch in der täglichen Sprechstundenpraxis und weiterhin bei Vorsorgeuntersuchungen physikalische und vor allem biochemische Meßwerte gefordert werden, desto dringender ist die Automation und die Auswertung der Befunde durch Computer. Über die Notwendigkeit einer EKG-Routineregistrierung bei jedem Kranken etwa ab dem 40. Lebensjahr ist man sich einig. In großen Kliniken und in Diagnostikzentren wird deshalb schon heute vielfach das EKG elektronisch ausgewertet und in Datenbanken zusammen mit anderen Befunden gesammelt. Es bedarf keiner großen Zeitspanne, dann wird das gleiche für das EEG gelten. — Um bei Schwerhörigen unabhängig von ihren Angaben Aufschluß über die Qualität des Hörens oder über therapeutisch verwertbare Hörreste zu erhalten, wird heute die Computer-Audiometrie eingesetzt. Dabei werden durch Höreindrücke hervorgerufene Aktionspotentiale im Gehirn automatisch abgeleitet und registriert. — Der früh-

zeitige Nachweis einer Hyperglykämie und einer Hypercholesterinämie im Hinblick auf die Verhütung von Gefäßschädigungen, der pathologischen Veränderung von Enzymen, von Elektrolyten und von Stoffwechselprodukten zur rechtzeitigen Erkennung und zur Überwachung von Erkrankungen von Organen wie der Leber und von Ausscheidungsstörungen der Nieren kann bei routinemäßigen Untersuchungen auf fernere Sicht nur durch automatisierte Laboratorien in Verbindung mit Datenverarbeitungsanlagen bewältigt werden.

Für ein schnelles und sicheres Diagnostizieren könnte der Computer in der Zukunft ein wertvolles Hilfsmittel werden, das dem Arzt Routinearbeit abzunehmen vermag und ihm damit die Zeit für wichtige Arbeiten spart. So hat man in Kliniken mit elektronischer Datenverarbeitung (EDV) begonnen, schon vor der Begegnung des Patienten mit dem Arzt durch Beantwortung eines Standardfragebogens, der computergerecht angelegt ist und ausgewertet wird, eine Basisanamnese aufzunehmen, die eine Grundlage für ergänzende anamnestiche Erhebungen im Gespräch mit dem Kranken und für die Planung der Untersuchung bieten könnte. Hierbei haben sich aber bisher gewichtige Nachteile ergeben. So spricht der Fragebogen oft nicht die Sprache des Kranken, was natürlich zu falschen Antworten führt. Auch werden manche Kranke durch die große Zahl der Fragen (mehr als 300[!]) verwirrt. Nicht zuletzt entbehrt der Kranke die sofortige Begegnung mit dem Arzt, auf die er sehnlich wartet.

Mit einer Computeranamnese könnte für die Differentialdiagnose ein nach Abschluß der Untersuchung befragter, vorher entsprechend gefütterter Computer nützlich sein und Hinweise auf weitere ergänzende Untersuchungen geben. Man muß jedoch klar aussprechen — wie ich mich unterrichten ließ —, keine „Diagnose durch den Computer“ anzustreben oder zu fordern. Der Computer kann aber aufgrund seiner besonderen Eigenschaften (großes Speicherungsvermögen von Daten, schneller Zugriff und Merkmalzuordnung) dem Arzt wenigstens eine Entscheidungshilfe geben. Außerordentlich bedeutungsvoll wird ein Computer für die Auswertung der Ergebnisse von Behandlungsmethoden einschließlich Operationen, wenn die Krankengeschichten sowohl stationärer wie ambulanter Kranker aus verschiedenen Krankenanstalten nach gemeinsamen Normen gespeichert werden. Es ist dann jederzeit möglich, die Erfolge verschiedener Behandlungsmethoden schnell und häufig miteinander zu vergleichen, was bisher wegen der zeitraubenden Arbeit für die Aufstellung von Statistiken unmöglich war. Bereits seit mehreren Jahren werden an unserer Klinik die Krankengeschichten und Operationsbefunde computergerecht aufgearbeitet und zur Auswertung bereitgestellt, nicht allein für Forschungszwecke, sondern als Vorarbeiten zur Routinedokumentation. Auch an anderen Kliniken sind ähnliche Umstellungsprozesse eingeleitet, die bei bereits bestehenden Einrichtungen manche Probleme mit sich bringen. Wesentlich

günstiger sind die Bedingungen bei der Inbetriebnahme von Neubauten. Der Einsatz einer großen Datenverarbeitungsanlage für das neue Universitätsklinikum hier in München-Großhadern, das im Bau zügig fortschreitet, wird vorbereitet. Dabei wird dafür gesorgt, daß die technischen und medizinisch-rechnerischen Anlagen alle Bereiche umfassen, denn es ist nicht zweckmäßig, der Entwicklung auf einem Sektor zu folgen und auf anderen den Fortschritt unberücksichtigt zu lassen. Das große Verbundsystem menschlicher und technischer Hilfeleistungen in einem Krankenhauskomplex kann eben nur voll leistungsfähig sein, wenn überall die erforderlichen Mittel und Möglichkeiten bereitstehen. Die hohen Kosten, die dabei anfallen und besonders im Bereich der Datenverarbeitungsanlagen sowohl für die Apparate als auch für das Personal in manchen Augen spektakuläre Größenordnungen erreichen, dürfen aus den genannten Gründen nicht als Einzelposten, sondern immer nur in Zusammenhang und auch nicht im Vergleich zu vorhandenen unzulänglichen Einrichtungen gesehen werden.

Ein wichtiges Aufgabengebiet der Automation möglichst in Verbindung mit Computer ist die sichere, vorausschauende Überwachung Schwerkranker. Zwar haben sich in der letzten Dekade die Verfahren der fortlaufenden bzw. intermittierenden Registrierung verschiedener Parameter für Kreislauf und Atmung als der wichtigsten physikalischen Kriterien für das Befinden eines Schwerkranken von einer zentralen Überwachungsanlage aus erheblich verbessert. Praktisch ergeben sich aber doch noch allenthalben Schwierigkeiten, die sowohl in den Apparaten zu suchen sind, als auch darin, daß alle Messungen an einem lebenden Organismus und an einem auch in schwerkranken Zustand nicht völlig ruhig im Bett liegenden Kranken erfolgen müssen. Fortschritte in dieser Hinsicht erbringt vielleicht die Telemetrie, die Übermittlung von Meßergebnissen über Funksignale, was aber bisher nur beim EKG und Blutdruck befriedigend gelungen ist.

Wesentlich einfacher zu erfüllen ist die Forderung nach Überwachung des Stoffwechsels Schwerkranker durch laufende Direktregistrierung chemischer Parameter wie des Blutzuckers, des Harnstoffs, der Elektrolyte und anderer Stoffwechselprodukte. Hierdurch würde man eine Trendanalyse erzielen, die es erlaubt, bedrohlichen Zuständen frühzeitig mit begrenzten Maßnahmen zu begegnen oder sie sogar zu verhüten, wie es im Rahmen eines geordneten Regulations- und Gegenregulationsmechanismus zweckmäßig wäre.

Effektive zentrale Überwachungsanlagen werden — entgegen einer weitverbreiteten Meinung — in der Zukunft aber nicht zu einer Verminderung des Pflegepersonals führen, das zugleich fachlich überragend und speziell geschult sein muß.

Noch ein weiter Weg wird zu dem selbsttestenden, -reparierenden und -therapierenden Elektronenrechner in Intensivpflegeeinheiten sein, auch wenn heute

schon ein solches Gerät mit dem Namen „Star“ konstruiert wurde und in Erprobung steht.

Ich komme nun zu der Bedeutung der Technik in der Behandlung von Kranken. Von der Vielfalt der Möglichkeiten der Realisierung kann ich nur einige anführen. Für jeden Arzt und auch für den Laien ist es immer wieder beeindruckend, wie sich Kranke mit Blockierung des His'schen Bündels und demzufolge mit einer Herzfrequenz von nur 40 Schlägen pro Minute nach Einpflanzung eines Herzschrittmachers geistig und körperlich erholen. Die vom R-Potential der Herzmuskelerregung gesteuerten, sogenannten Bedarfschrittmacher, die heute weitgehend verwendet werden, funktionieren nach unseren Erfahrungen durchschnittlich über zwei Jahre. Mit einer längeren Lebensdauer aufgrund technischer Verbesserungen ist in der Zukunft zu rechnen. Mit Atomenergie betriebene Schrittmacher mit körpereigener Energieversorgung (sogewegen des Preises, allgemein noch nicht verwendet. Die von SCHALDACH, Berlin, entwickelten Herzschrittmacher mit körpereigener Energieversorgung (sogenannte biogalvanische Herzschrittmacher) sind technisch interessant, haben aber praktisch die letzte Feuerprobe noch nicht bestanden.

Andere Formen der intermittierenden oder rhythmischen Reizung von Muskeln, wie zur Anregung der Darmperistaltik oder zur Tonisierung der Afterschließmuskel bei Analinsuffizienz, und der Stimulation von Nervensubstanz, wie des Karotissinusknötens zum Blockieren der Angina pectoris und des Schlafzentrums zur Behandlung von Schlafstörungen entsprechen bisher nicht den Erwartungen.

Faszinierend sind die Fortschritte auf dem Gebiet der hörverbessernden Apparate. Erst der Epoche der elektronischen Technik war es vorbehalten, beim Ausgleich der Schwerhörigkeit der Verbesserung des Sehens durch Brille und Haftgläser nachzukommen.

Die Technik des Ersatzes von Geweben und Organen oder der Ausgleich ihrer gestörten Funktion hat große Erfolge aufzuweisen. Der Weg bis zum gegenwärtigen Stand der Vervollkommnung war allerdings mit Mißerfolgen gepflastert. Die Implantation künstlicher Gelenke, besonders von Hüftgelenksprothesen, wurde für Kranke mit schmerzhaftem Malum coxae von unschätzbarem Wert. Das gleiche gilt für die Wiederherstellung der gestörten Durchblutung mittels Kunststoffschläuchen und für den Ersatz von verbluteten Herzklappen.

Die von SAUERBRUCH während des ersten Weltkrieges aufgegriffene Idee von LARREY — dem Chirurg Napoleons —, unter Ausnutzung der Kraft verbliebener Muskeln eine willkürlich bewegliche Handprothese zu konstruieren, findet heute in der myoelektronisch gesteuerten Armprothese und in der Zukunft möglicherweise auch in Beinprothesen eine Renaissance.

Welche Bedeutung die Kolff'sche künstliche Niere in der Behandlung der akuten und chronischen Nieren-

insuffizienz erlangt hat, sowie die von GIBBON, Philadelphia, während 19 Jahren zielbewußt konstruierte und erstmals 1953 mit Erfolg angewendete Herz-Lungen-Maschine in der Herzchirurgie, ist allgemein bekannt. Mit weiterer Verbesserung dieser Apparate ist zu rechnen. Viel zu hoch geschraubt werden allerdings meiner Meinung nach die Erwartungen hinsichtlich der Konstruktion praktisch dauerhaft brauchbarer künstlicher Organe, die anstelle der Nieren, des Herzens, der Lungen, der Leber, ja sogar des Uterus in den Körper eingepflanzt und über miniaturelektronische Einheiten dem Nervensystem angeschlossen sind. Dagegen werden Apparate, die Organfunktionen, wie die Pumpleistung des Herzens, vorübergehend unterstützen, in der Zukunft an Bedeutung gewinnen. — Ein Organersatz des Gesamtauges wird niemals gelingen. Aber man kann damit rechnen, daß dem Erblindeten über elektronische Hilfsmittel eine bessere Raumorientierung ermöglicht wird.

Nun komme ich zu dem Problem, wie sich der Arzt in dem immer dichter werdenden Gestrüpp der medizinischen Technik zurechtfinden und verhalten soll, aber auch wie der Kranke sich mit der zunehmend technisierenden Medizin auseinandersetzt und schließlich, was sich für die Organe des Gesundheitswesens und der Krankenversorgung nicht zuletzt aus den entsprechend der weiteren Technisierung nahezu ins Unermeßliche steigenden Kosten ergibt.

Die medizinische Technik ist das zeitgemäße Handwerkszeug des Arztes, das er nicht mehr entbehren kann, das er aber auch richtig einsetzen und handhaben muß. „Nicht die Technik soll den Arzt, sondern der Arzt die Technik beherrschen“ (L. KREHL). Immer wieder muß darauf hingewiesen werden — so banal es klingen mag —, daß der Mensch keine Maschine und keine biochemische Retorte ist. Die Leib-Seele-Einheit des Kranken, die in früheren Zeiten dem guten Hausarzt unbewußt Richtschnur seines Handelns war und in unserer Zeit ins Bewußtsein gebracht und proklamiert wurde, muß jedem Arzt ständig gegenwärtig bleiben. Er darf im Kranken nicht ein Bündel von Meßwerten seiner Apparate sehen. Mit Eugen ROTH kann man abgewandelt sagen: „Der Arzt vergesse eines nicht: auch Unwägbares hat Gewicht“. — Der Kranke andererseits darf sich durch Apparate nicht blenden lassen, sondern muß vor allem der Leistung und der Persönlichkeit des Arztes vertrauen. Die Deutung technisch gewonnener Befunde — auch wenn sie elektronisch ausgerechnet vorliegen — und ihre Eingliederung in die Gesamtsymptomatik eines Krankheitsbildes werden weiterhin Sache des Arztes bleiben.

Stets soll der Arzt im Zweifelsfalle seinen Sinnen mehr vertrauen als den Apparaten und soll mit fortschreitender Technik seine diagnostischen Fähigkeiten zunehmend üben und nicht verkümmern lassen.

Auch in der Zukunft wird kaum ein Apparat konstruiert werden, der die Gesamtsituation eines Verletzten oder Kranken so umfassend und schnell aufnimmt, wie der

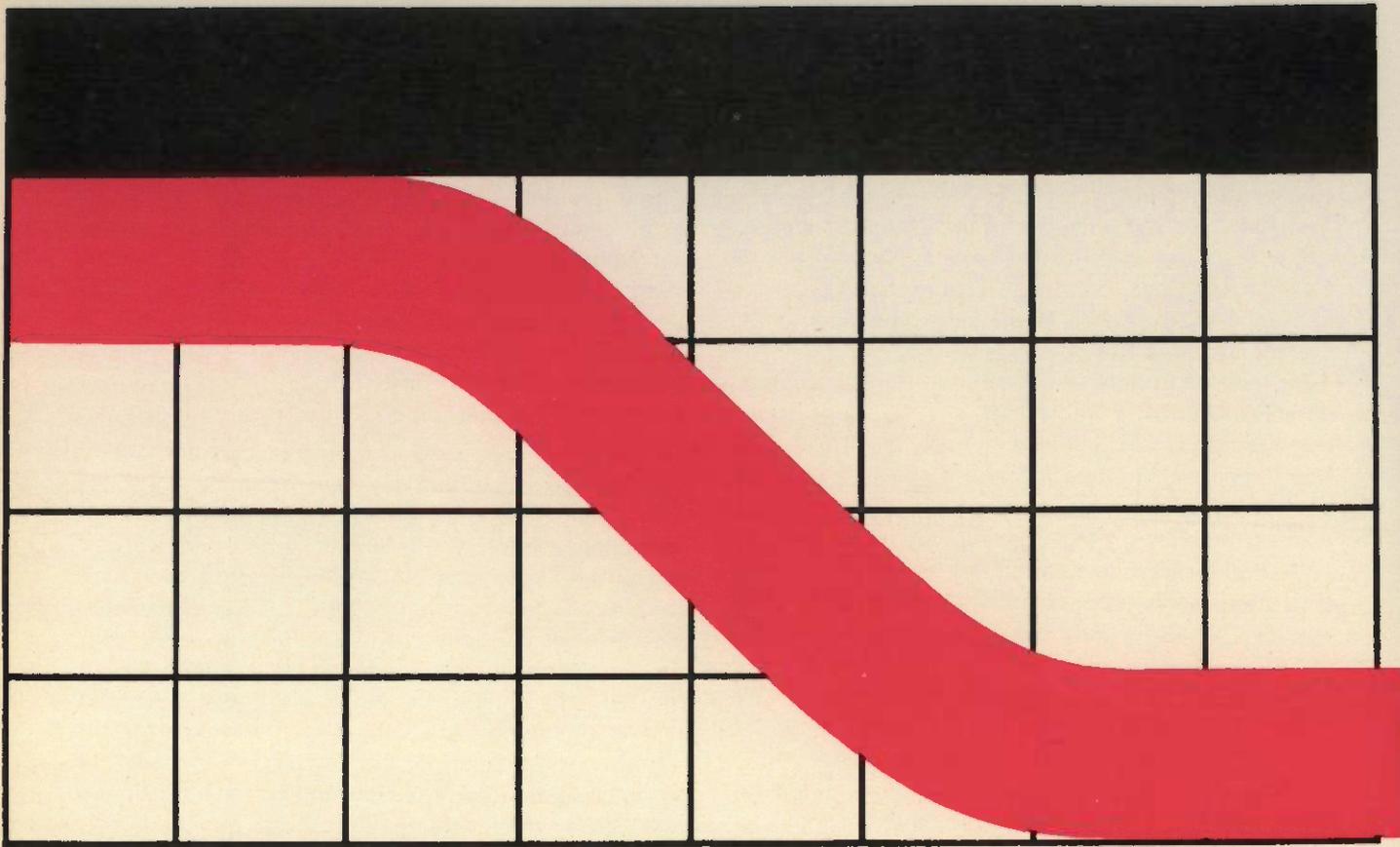
„ärztliche Blick“, der sich im wesentlichen auf die Sinneseindrücke und die Erfahrung gründet. Kein Geringerer als Konrad LORENZ hat diesem von Theoretikern in der Medizin gelegentlich bekrittelten Begriff in seiner Abhandlung „Gestaltswahrnehmung als Quelle wissenschaftlicher Erkenntnis“ erneut Gültigkeit zuerkannt. Manche Fehldiagnosen und Fehlprognosen würden vermieden, wenn sich der Arzt auf seinen „klinischen Blick“ und auf die durch die gewöhnliche Untersuchung gewonnenen Befunde mehr verlassen würde, als auf die Ergebnisse von Labor- und Röntgenuntersuchungen. Damit soll die Bedeutung moderner Untersuchungsverfahren, wie sie durch die eingangs allerdings nur skizzenhaft dargelegten Fortschritte der Technik an die Hand gegeben werden, in keiner Weise geschmälert werden. Für die endgültige Diagnose und für die Entscheidung zur konservativen oder operativen Therapie sind sie oft ausschlaggebend.

Von einer weiteren Gefahr der technischen Perfektion und der Spezialisierung sei gewarnt, nämlich vor der Anwendung aller nur erdenklichen Untersuchungsmethoden, um letzte differentialdiagnostische Gewißheit zu erhalten. Was die erschöpfende Anwendung von Untersuchungsverfahren betrifft, so muß man sich bewußt sein, daß jede Diagnose nur eine mehr oder minder sichere Indiziendiagnose ist, die man soweit vervollkommen soll, wie es für die Entscheidung zu einer Behandlung und für ihre Durchführung erforderlich scheint. Stets ist der Leitspruch: „Nil nocere“ zu beachten. Jede über das Notwendige hinausgehende zusätzliche Untersuchung bedarf der genauen Indikation.

Bei der zunehmenden Spezialisierung in Diagnostik und Therapie werden mehr und mehr Gruppenpraxen und Diagnostikzentren entstehen, wie sie vielfach schon bisher in Kliniken und Krankenhäusern bestanden. Solche Medizinzentren werden so gut und so schlecht sein, wie die darin tätigen Ärzte, die Schwestern und das gesamte Personal, ihr Wissen, ihr Können, ihre Erfahrung und der Grad ihrer Zusammenarbeit. Die Apparate allein und die Masse der Einzeluntersuchungen ergeben noch keine Diagnose und keinen Behandlungsplan.

Bewundert der Kranke einerseits zu sehr medizinische Apparate, so wird er andererseits durch sie oft auch verschreckt, besonders wenn sie — ähnlich wie Medikamente — über längere Zeit oder dauernd gebraucht werden müssen. Wieder taucht in etwas veränderter Bedeutung der von Sigmund FREUD geprägte Begriff „Prothesengott“ auf, worunter man Menschen versteht, die Ersatzstücke für amputierte oder gelähmte Arme und Beine, Herzschrittmacher, künstliche Herzklappen und Gefäße, Atemgeräte wie die „eiserne Lunge“ oder eine künstliche Niere fortwährend oder intermittierend benötigen, um leben zu können. Daß solche Kranke häufiger neurotisch reagieren als Gesunde, ist verständlich. Aber gewisse Seiten neigen doch zu Übertreibungen. Die Mehrzahl der Kranken ergreift eben

Nortensin[®]



normalisiert den Hochdruck

Indikationen:

alle Formen der Hypertonie.

Dosierung:

zu Beginn: 1 Dragee täglich, nach Erreichen der Altersnorm:
1 Dragee täglich oder jeden 2. Tag.

Zusammensetzung:

1 Dragee enthält 60 mg Furosemid und 0,4 mg Reserpin.

Packungen und Preise:

15 Dragees DM 6,75, 30 Dragees DM 12,90.



Farbwerke Hoechst AG · Frankfurt (Main) 80

Sichere Blutdrucksenkung auch im diastolischen Bereich

Schonende Blutdrucksenkung

Anhaltende Blutdrucksenkung

Stabilisierung im Bereich der Altersnorm

Einfache Dosierung

Risikoarme Dauertherapie

L61091

Zur Beachtung:

vereinzelt Müdigkeit!

Gastrointestinale Beschwerden selten.

Bei Patienten, die zu Hypokaliämie neigen (einseitige Ernährung; chronische Diarrhoe; Mißbrauch von Abführmitteln; Leberzirrhose) sowie bei Digitalismedikation ist eine Überwachung des Kaliumhaushaltes angezeigt.

Das Auftreten von Diabetes mellitus und Hypertonie ist positiv korreliert. Entsprechende Vorsorge-Untersuchun-

gen erscheinen daher angezeigt. Es ist weiterhin empfehlenswert, Patienten mit latentem bzw. manifestem Diabetes mellitus während der Behandlung mit Nortensin in regelmäßigen Abständen zu kontrollieren.

Da Reserpin in die Muttermilch übergeht, kann beim Säugling Reserpin-Schnupfen auftreten. Die bradykarde Wirkung von Digitalis kann durch Reserpin verstärkt werden.

Strenge Indikationsstellung in der Frühschwangerschaft und den letzten

2–3 Schwangerschaftswochen. Vorsicht bei Patienten mit Ulcus-Anamnese. Patienten, die zu depressiven Verstimmungen neigen, sollen Nortensin nicht bekommen.

Bei Coma hepaticum, schwerer Hypokaliämie sowie bei schwerer Niereninsuffizienz als Folge von Vergiftungen mit nephrotoxischen und hepatotoxischen Stoffen ist Nortensin kontraindiziert.

Spezielle Informationen durch unsere Arzneimittelkontore.

keine Angst vor solchen implantierten oder zeitweise mit ihnen verbundenen Geräten. Sie nehmen sie zumelst gelassen oder sogar erfreut als notwendige Hilfe für das Leben hin, das weitergeht. Wie weit sich die Psyche den veränderten Umweltsbedingungen anpassen kann, haben die an eine „eiserne Lunge“ gefesselten Kranken gezeigt, die alle von der Hoffnung erfüllt waren, schließlich ohne sie fortbestehen zu können. Diese Kranken bestätigen die Worte von Bert BRECHT: „Denn fast jeder hat die Welt geliebt, wenn man ihm zwei Hände Erde gibt“.

Noch ein kurzes Wort über die allgemeine Verantwortung gegenüber der Entwicklung und Steuerung der medizinischen Technik der Zukunft, die immer aufwendiger wird. Gerade im Hinblick auf so große Investitio-

nen, wie z. B. für Computer, künstliche Nieren, strelentherapeutische Apparate und anderes mehr, müssen die Ärzteorganisationen und die für die Gesundheit der Bevölkerung verantwortlichen Gremien beratend, planend und lenkend einwirken. Viel enger als früher müssen sich Forscher, Ärzte und alle Gremien zusammenschließen, sollen fernere Errungenschaften medizinischer Technik der gesamten Bevölkerung zur Vorbeugung und Behandlung zuteil werden.

Der Kranke mit seinem Wohl und Wehe bleibe bei aller Technik immer Mittelpunkt und das Richtmaß unseres Entscheidens und Handelns.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. R. Zenker, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik München, 8000 München 15, Nußbaumstraße 20

Schriftliche Einwilligung vor ärztlichen Eingriffen?

von W. Weißeuer

Mißlingt ein ärztlicher Eingriff und ergeben sich aus der Behandlung Schäden für den Patienten, so muß der Arzt damit rechnen, in zwei selbständige und voneinander unabhängige gerichtliche Verfahren verwickelt zu werden:

in einen Zivilprozeß, in dem der Patient — im Falle seines Todes seine Angehörigen oder Erben — Ersatz des durch die mißlungene Behandlung entstandenen Schadens fordern,

in ein Strafverfahren, in dem zu prüfen ist, ob der Arzt sich einer fahrlässigen Körperverletzung oder fahrlässigen Tötung schuldig gemacht hat und deshalb zu einer Geld- oder Freiheitsstrafe zu verurteilen ist.

Der zivilrechtliche Schadensersatzanspruch

Der lege artis indizierte und ausgeführte Heileingriff, in den der Patient oder sein Vertreter wirksam eingewilligt hat, bleibt nach der Rechtsprechung auch dann rechtmäßig, wenn er mißlingt. Eine Verurteilung zum Schadensersatz im Zivilprozeß setzt voraus, daß der Arzt entweder

a) schuldhaft die ihm bei der Prüfung der Behandlungsindikation oder bei ihrer Durchführung obliegenden Sorgfaltspflichten verletzt hat und der dem Patienten entstandene Schaden auf dieser Pflichtverletzung beruht; als Verschulden genügt auch leichte Fahrlässigkeit; dies bedeutet jedoch nicht, daß der Arzt bei der Behandlung jede erdenkliche Vorsicht walten lassen müßte; Maßstab der erforderlichen Sorgfalt ist vielmehr das Verhalten eines gewissenhaften Durchschnittsarztes in der gleichen Situation, wobei an den Facharzt unter Umständen strengere Anforderungen zu stellen sind als an den Praktischen Arzt; der Sorgfaltsmaßstab ist also im Zivilrecht sehr weitgehend objektiviert, — oder

b) den Eingriff ohne die wirksame Einwilligung des Patienten oder der an seiner Stelle zur Entscheidung über die Einwilligung Berechtigten (Eltern, Vormund) vorgenommen hat.

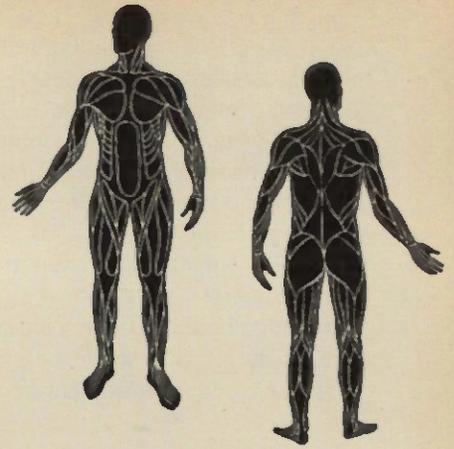
Beweislast bei Sorgfaltsmängeln (Kunstfehlern) im Zivilprozeß

Im Zivilprozeß hat der Kläger (der Patient, im Falle seines Todes seine Angehörigen oder Erben) zu beweisen, daß ihm durch die ärztliche Behandlung ein Schaden entstanden ist, daß der Arzt bei der Diagnose oder Therapie die in der konkreten Situation gebotene Sorgfalt außer acht gelassen hat, und daß diese Verletzung der Sorgfaltspflichten ursächlich für den Schaden war. Dem Kläger kann aber bei bestimmten Sachverhalten für einen Teil der ihm obliegenden Beweisführung die Beweiserleichterung des ersten Anscheins (prima-facie-Beweis) zustatten kommen, wenn allgemeine Erfahrungssätze der Medizin dafür sprechen, daß ein vom Patienten nachgewiesener Schaden (etwa das Zurückbleiben großer Fremdkörper im Körper der Patienten bei operativen Eingriffen und dadurch hervorgerufene körperliche Beeinträchtigungen) auf einem Verschulden des Arztes beruht, oder daß ein nachgewiesenes Verschulden ursächlich für den feststellbaren Schaden (Körperschaden, Tod) des Patienten war. Bei Leichtfertigkeit des Arztes und bei grobem Verschulden oder wenn der Arzt durch die Beseitigung von Beweismitteln dem Kläger die Beweisführung erschwert hat, kann sich zugunsten des Geschädigten auch eine Umkehrung der Beweislast ergeben.

Strafverfahren wegen Sorgfaltsmängeln

Im Strafverfahren ist der Ausgangspunkt ähnlich. Dem Arzt muß — ähnlich wie im Zivilprozeß — nachgewiesen werden, daß er die (objektiv) erforderliche Sorg-

neu



Mobilisin[®]

percutan tiefenwirksam

gegen rheumatische Erkrankungen

schmerzstillend

entzündungshemmend

neu

durch die erstmals percutane
Anwendung der Flufenaminsäure



Zusammensetzung:

N-(α,α,α -Trifluor-m-tolyl)-enthrenilsäure	3,0 g
Aethylglykol-monoselicylsäureester entspr. Selizylsäure 2,0 g	2,64 g
Mucopolysaccharidpolyschwefelsäureester	0,2 g
Nicotinäurebenzylester	1,0 g
Emulsionsalbegrundlage	ad 100 g

Indikationen:

Akute und chronische Formen rheumatischer Beschwerden.
Weichteilrheumatismus.
Schmerzhafte und entzündliche degenerative Erkrankungen
des Bewegungs- und Stützapparates, der Muskeln, Sehnen,
Bänder, Gelenke, der Wirbelsäule bzw. Bandscheiben.
Muskelverspannungen, Bewegungsschmerzen, Lumbago,
Neckensteife, Neuralgien, Icthias.

Hinweis:

Mobilisin nicht mit der Schleimhaut
und der Augenbindehaut, offenen Wun-
den oder ekzematöse gereizter Haut in
Berührung bringen.

Handelsformen und Preise:

40 g Selbe DM 6.20, 100 g DM 13.60

falt außer echt gelassen hat, und daß dieser Sorgfaltsmangel ursächlich war für den Körperschaden oder Tod des Patienten; darüber hinaus muß ihm im Strafverfahren auch noch ein individuelles Verschulden nachgewiesen werden. Im Strafverfahren vermag ihn also unter Umständen die Tatsache zu entlasten, daß er infolge einer mangelhaften Ausbildung die im konkreten Fall einschlägigen Kunstregeln nicht kannte und deshalb außerstande war, die (objektiv) erforderliche Sorgfalt zu beachten. Ein Verschulden wird dabei freilich oft darin zu ersehen sein, daß er eine Behandlung übernahm, der er nicht gewachsen war.

Beweislast hinsichtlich der Einwilligung

Vermag der Geschädigte den Beweis der fehlerhaften Behandlung und ihrer Kausalität für den Schaden nicht zu erbringen oder ist die Behandlung zwar geglückt, aber (ihrer Natur nach) mit schweren Folgen oder Nebenwirkungen verbunden (Organverletzung, Beeinträchtigung von Organfunktionen), so muß der Arzt damit rechnen, daß die Klage im Zivilprozeß (auch) auf die Behauptung gestützt wird, eine wirksame Einwilligung in den Eingriff habe nicht vorgelegen. Die prozessuale Situation ist insoweit für den Kläger günstiger, als der Beweis, der Patient habe in den Eingriff eingewilligt, dem Arzt obliegt¹⁾. Zunehmend wird in der Prozeßführung auf die fehlende Einwilligung abgestellt²⁾. Das Bedürfnis des Arztes, sich insoweit rechtzeitig geeigneter Beweismittel zu versichern, liegt deshalb auf der Hand.

Dies entspricht zugleich einem Bedürfnis des Krankenhaussträgers. Beim totalen Krankenhausaufnahmevertrag (also im Regelfall der stationären Behandlung im Anstaltskrankenhaus) ist der Krankenhaussträger Partner des Behandlungsvertrags, der behandelnde Krankenhausarzt sein Erfüllungsgehilfe, für dessen Verschulden einschließlich der Versäumnisse bei der Einholung der Einwilligung und der Aufklärung der Patienten der Krankenhaussträger nach §§ 276, 278 BGB aus Vertrag haftet.

Für ein drohendes Strafverfahren ist das Bedürfnis, sich geeigneter Beweismittel zu versichern, insoweit geringer, als hier den Arzt keine Beweispflicht trifft; sein Verschulden muß ihm in vollem Umfang nachgewiesen werden, also auch, daß er den Eingriff ohne wirksame Einwilligung vorgenommen hat. Freilich muß er unter Umständen damit rechnen, daß ihm der geschädigte Patient hier als Zeuge gegenübersteht und gegen ihn aussagt. Beweismittel über die erteilte Einwilligung sind also auch hier für den Arzt nützlich.

Die Rechtsprechungsgrundsätze zur Einwilligung

Zur (materiellen) Rechtslage noch einige Hinweise:

Unsere Straf- und Zivilgerichte sehen auch im lege artis indizierten und ausgeführten Heileingriff einen Eingriff in die Körperintegrität, der den (äußeren)

strafrechtlichen Tatbestand der Körperverletzung, aber auch den (zivilrechtlichen) der unerlaubten Handlung (§ 823 BGB) sowie der Verletzung der Pflichten aus dem Behandlungsvertrag³⁾ erfüllt und rechtswidrig ist, wenn dem Arzt nicht ein Rechtfertigungsgrund zur Seite steht. Die Rechtsprechung verneint also ein selbständiges, vom Willen des Patienten unabhängiges Heilbehandlungsrecht des Arztes. Sie will damit das auch in Art. 2 des Grundgesetzes gewährleistete freie Selbstbestimmungsrecht des Patienten schützen.

Der in der Praxis weitaus wichtigste Rechtfertigungsgrund ist die Einwilligung des Patienten. Sie ist nach der Rechtsprechung nur wirksam, wenn der Patient in der Lage war, sich zutreffende Vorstellungen über die Tragweite seiner Erklärung zu machen. Dies setzt bei vielen Eingriffen voraus, daß der Arzt den Patienten in großen Zügen über die Art, die Bedeutung und die Gefahren des Eingriffs aufklärt. Keiner Einwilligung des Patienten bedarf es in den (selteneren) Fällen der gesetzlich geregelten Zwangsbehandlung und bei dringenden Eingriffen, die dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen, der zur Abgabe einer Einwilligungserklärung außerstande ist (Bewußtlose, Geisteskranke und Kinder, bei denen die Einwilligung des Vormunds oder der Eltern nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann).

Inhalt und Grenzen der Aufklärung

Mitteilen muß der Arzt im Rahmen der Aufklärungspflicht dem Patienten die Umstände, die für seine Willensentscheidung wesentlich sind. Dabei hat er das Wesen und den Bildungsgrad des Patienten⁴⁾, aber auch seine erkennbaren „Sonderinteressen“ zu berücksichtigen. So hat z. B. für einen Sänger die Gefahr der Stimmbandlähmung bei seiner Entscheidung für oder gegen die Kropfoperation ein ganz anderes Gewicht als beim Durchschnittspatienten. Wünscht der Patient eine nähere Aufklärung, die über die von der Rechtsprechung für den Regelfall gestellten Anforderungen hinausgeht, so muß sie ihm erteilt werden. Auf präzise Fragen über das Behandlungsrisiko dürfen ihm keine bagatellisierenden Auskünfte gegeben werden, die in ihm die unrichtige Vorstellung hervorrufen, es handle sich um einen harmlosen Eingriff; die Einwilligung wäre in einem solchen Fall wirkungslos und der Eingriff rechtswidrig⁵⁾.

Sind keine Sonderinteressen erkennbar, so hat der Arzt den Patienten über die Umstände zu unterrichten, die für einen verständigen Patienten in der gleichen konkreten Situation bei der Entscheidung für oder gegen den Eingriff von Bedeutung sind.

Die Intensität der Aufklärung ist nach der Art und Schwere des Eingriffs, aber auch nach der individuel-

¹⁾ vgl. KIERSKI, KHA 62, S. 239

²⁾ vgl. PETERSEN, Deutsche Richterzeitung 62, S. 236

³⁾ vgl. BURMESTER, Die Haftpflicht des Arztes und der Krankenanstalt, S. 26

⁴⁾ BGHSt 29, S. 53, 54 und 176, 180

⁵⁾ Bundesgerichtshof (BGH) in DA 54, S. 2272



Abbildung 19

Der Bruch mit der Hierarchie. Das Prinzip des „leeren Raumes“ als perspektivische Hilfe. Albrecht DÜRER: „Das Allerheiligenbild“ (1511)

traggeber zu diesem Altarbild, der reiche Nürnberger Schmelzherr Matthias Landauer, noch ganz dem Mittelalter verpflichtet war, man bedenke, wie groß für Dürer die Versuchung gewesen sein mag, die dem Geschmack der Zeit entsprechende hierarchische Rangordnung bei der Komposition dieses Themas noch einmal zu verwenden! Vergleicht man die hierarchische Anordnung des thematisch und zeitlich fast identischen Altarbilds der Abbildung 10 mit Dürers Allerheiligenbild, so ist der gewaltige Fortschritt, der Bruch mit der Vergangenheit und der Durchbruch zur Renaissance unverkennbar: eine strenge, zentralperspektivische Ordnung bestimmt die Komposition von Dürers

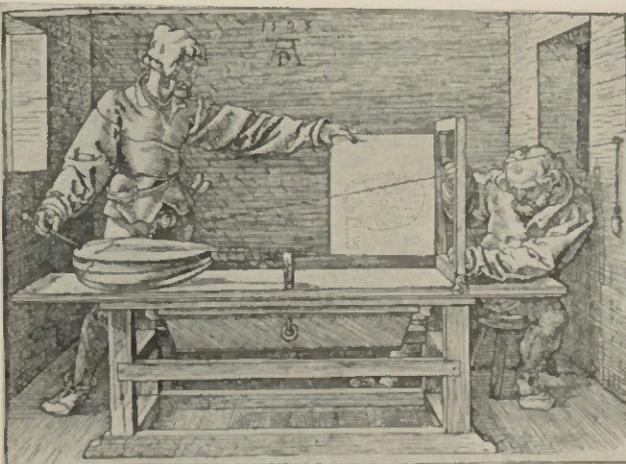


Abbildung 20

„Unterweysung der Messung“ als Weg zur Zentralperspektive. Albrecht DÜRER (1525)



Abbildung 21

„Unterweysung der Messung“ als Weg zur Zentralperspektive. Albrecht DÜRER (1538)

Bild, sie bestimmt die Größe der Figuren und ihre Darstellung. Gottvater muß es sich gefallen lassen, daß er kleiner dargestellt wird als die im Vordergrund stehenden Personifikationen der geistlichen und weltlichen Macht. Besonders gut gelungen ist die in perspektivischer Verkürzung zwischen Papst und Kaiser eingefügte Personengruppe, die mit sparsamsten Mitteln angedeutet, aber unter Verwendung der uns als „leerer Raum“ nunmehr wohlbekannteren raum-illusionistischen Hilfe die große Masse des anwesenden Volkes symbolisiert.

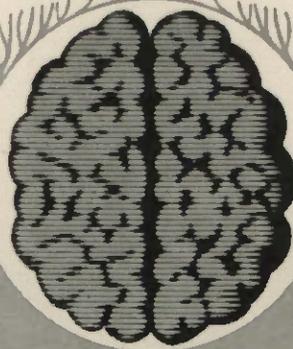
Dürer hat als erster deutscher Maler und als einer der ersten in der westlichen Welt seine Erfahrungen und Meinungen über die Kunst schriftlich fixiert, um sie



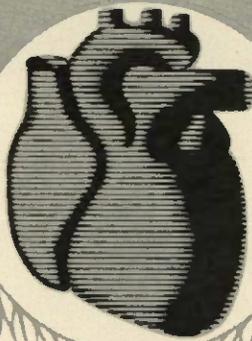
Abbildung 22

Apotheose der Zentralperspektive: Carlo CRIVELLI, Die Verkündigung

**Weil das Mehr
und die "Güte"
der Gesamt-
durchblutung
entscheidend
sind**



Theokal®



**zur
Therapie
peripherer
und zentraler
Durch-
blutungs-
störungen**

**Bilaterale
Gefäß-
aktivierung**

durch Steigerung der Gesamtdurchblutung und Verbesserung der Herzleistung, durch Anregung des Gefäßwand- und Gewebestoffwechsels

Indikationen:

Akute und chronische periphere, zerebrale und koronare Durchblutungsstörungen

Prophylaxe, Therapie und Nachbehandlung von Stenokardien, Angina pectoris, Koronarsuffizienz, Myokardinfarkt, Asthma cardiale, Zerebralsklerose, Apoplexie,

Kombination mit Strophanthin, Digitalis oder Antikoagulantien ist möglich.

Kontraindikationen sind nicht bekannt.

Dosierung:

3 x täglich 2 Dragées bzw. bis zu 3 x täglich 1-2 Ampullen i.v. oder i.m.

Zusammensetzung:

1 Dragée Theokal® enthält:
Cumarin 2,5 mg
Tri-(hydroxyäthyl)-rutin = Troxerutin 15,0 mg
7-(β-Hydroxypropyl)-theophyllin = Proxiphyllin 60,0 mg

1 Ampulle zu 2 ml Theokal® enthält:
Cumarin 3,0 mg
Rutinschwefelsäureester-Natriumsalze 50,0 mg
7-(β-Hydroxypropyl)-theophyllin = Proxiphyllin 240,0 mg

Packungen mit
50 Dragées DM 7,60
125 Dragées DM 15,50
5 Ampullen DM 7,75
Klinikpackungen



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim



Abbildung 16
 Perspektive durch das Prinzip des „leeren Raumes“
 CHANG FANG-YU
 Landschaft

peinlich genau auf die Beziehung der Bildkomposition zum oberen und unteren Augenpunkt geachtet. Die Betrachtung dieser Holzschnitte, die uns heute vom Thema her wohl etwas ferner liegen, wird zu einer ergötzlichen Augenweide und Fundgrube, wenn man darauf achtet, wie ernst es der Künstler mit seiner Forderung nach der „Messung“ und dem rechten „Maß“ auch bei den kleinsten, scheinbar unwichtigen Dingen seiner Zeichnung genommen hat. „Die aller-kleinsten Dinglein sollen wohlgeschickt und auf das Beste gemacht werden“ – Albrecht Dürer. Die jahrelange Beschäftigung Dürers mit Problemen der Proportion und Perspektive befähigte ihn zu einem perspektivischen Glanzstück, als das – neben vielen anderen Qualitäten – das Allerheiligenbild von 1511 (Abb. 19) anzusehen ist. Man bedenke, daß der Auf-



Abbildung 17
 „Leerer Raum“ von rechts oben nach links unten vermittelt die Illusion des reißenden Gebirgsbaches



Abbildung 18
 Raum-illusionistische Bildkomposition. HUI-TSUNG
 Herbstlandschaft

ters anspronte und von ihm mit Leben erfüllt wurde. Ein Beispiel dieser Art ist die Tuschezeichnung des Sperling (Abb. 14), der zusammen mit dem Zweig vielleicht nur ein Zehntel der gesamten, sonst leeren Bildfläche einnimmt; ohne diesen leeren Raum jedoch würde das Bild schmucklos, phantasielos, unplastisch und leblos wirken.

In diesem Sinne müssen wir jene gemalten, gestickten und gewebten Bilder verstehen, die inzwischen zu Kostbarkeiten der Museen der Welt wurden. Je ungezwungener und einfallsreicher der chinesische Künstler den „leeren Raum“ in seine Bildkomposition einsetzt, desto räumlicher, desto plastischer wird der Effekt. Häufig wird die Wasserfläche eines Sees, eines Flusses oder des Meeres, eine Nebel- oder Dunstschicht, eine Wolkenschicht verwendet, um in der Landschaft das Prinzip des leeren Raumes zu erzeugen (Abb. 15 und 16). Oft wird aber auf solche Pretexte ganz verzichtet, im Bild verläuft einfach ein freier Streifen von rechts oben nach links unten oder umgekehrt; die Szene in der Abbildung 17 wirkt dadurch auf uns nicht nur räumlich, sondern wir „sehen“, daß in der Tiefe ein Gebirgsbach rauscht, in dem die Angelschnur des Fischers am Schwimmer auf- und abtanzt. In Abbildung 18 blicken wir mit dem ruhenden Wanderer hinaus in die herrliche Landschaft, die wir ganz nach unserer Phantasie in Erinnerung an ähnliche Wanderungen mit Feldern, Bäumen, Flüssen und Menschen gestalten können – dank des raum-illusionistischen „leeren Raumes“.

Ohne die Gesetze der Perspektive zu kennen, ja unter bewußter Ablehnung dort, wo sie bekannt wurden, ist der chinesischen Landschaftsmalerei ein Höhepunkt gelungen, der vom Westen bisher nicht erreicht wurde. Kehren wir nach unserem fernöstlichen Exkurs zurück, zur Renaissance und zu Dürers Bemühungen um die Perspektive. Ein intuitives Wissen um die Perspektive findet sich schon in seinen frühesten Bildern und Zeichnungen. Ab 1502 werden alle seine Werke von der Zentralperspektive geprägt. Besonders in den Holzschnittwerken (Marienleben, Passionen, Ehrenpforte Kaiser Maximilian I.) wird bis ins kleinste Detail



Abbildung 15
Perspektive durch das Prinzip des „leeren Raumes“
HSIA KNEI
Herbstlandschaft

Adumbran®

Thomae

bewährt, zuverlässig,
wenn psychische Faktoren organisches Geschehen belasten.

4

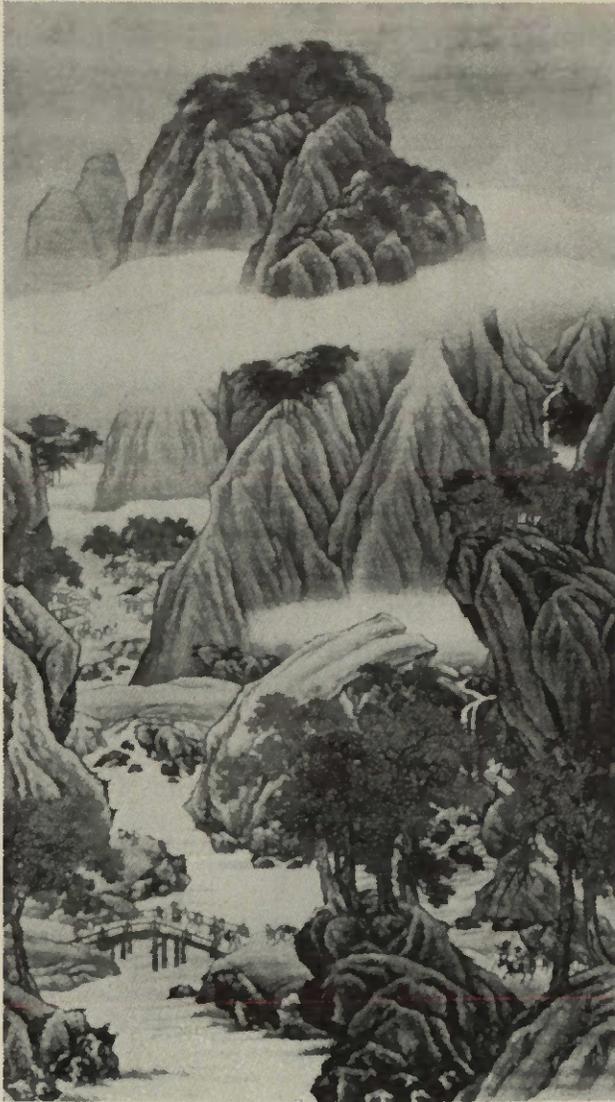


Abbildung 13
 Perspektivische Effekte durch Überhöhung der Berge
 WANG YÜN (1651–1732)

sagen, solche Berge gibt es nicht. Wer das Innere des Landes bereist hat, wird solche Landschaften mit eigenen Augen gesehen haben; es gibt kein Vorgebirge, etwa wie bei uns das Alpenvorland, die Berge steigen jäh aus der Ebene in die Höhe und in der abnormen Lichtbrechung der trockenen Jahreszeit sieht das Auge diese Berge überhöht und plastisch in der Landschaft so wie der Maler es dem Reisenden als Erinnerung an das einmalige Erlebnis aufzeichnet. Intensive Naturbeobachtung ist es also, die bei dieser wie bei der nächsten Form von raum-illusionistischer Hilfe den Maler inspiriert: das Prinzip des „leeren Raumes“ ist die wichtigste, für die chinesische Malerei besonders charakteristische Form. Die chinesische Malerei, die, abgesehen von einigen wenigen Zentren, in der westlichen Kunst- und Laienwelt keine Beachtung gefunden hatte, wurde um die Jahrhundertwende mehr durch Zufall, aber gerade durch dieses Prinzip



Abbildung 14
 Perspektive durch das Prinzip des „leeren Raumes“
 MU-HSI
 Sperling

des „leeren Raumes“ bei der westlichen Bevölkerung bekannt: Es wurden billige handbemalte Batisttaschentücher aus China eingeführt, die nur in einer oder zwei Ecken bemalt zu sein schienen. Breitete man jedoch das Batisttuch ganz aus, so erkannte auch die kunstunerfahrene Hausfrau, daß die ganze Fläche zum Bilde gehörte, daß „der leere Raum“ integraler Bestandteil des Bildentwurfes war und daß es gerade der „leere Raum“ war, der die Phantasie des Betrach-

Bronchicum Tropfen mit Codein

hochaktiv

durch die Kombination von hochdosiertem Codein mit pflanzlichen Wirkstoffen. • Stillt Reiz- und Krampfhusten, beseitigt den Hustenschmerz. • Verflüssigt das Bronchialsekret und sorgt für eine ausreichende Expektoration. • Heilt die Entzündungen der Bronchialschleimhaut.

neu

Indikationen:

Reiz- und Krampfhusten, akute und chronische Bronchitis.

Kontraindikationen:

Zustände, die mit Atemdepressionen einhergehen und chronische Obstipation.

Zusammensetzung:

100 ml enthalten: Codein. phosphoricum 1,5 g, Tct. Quebracho 14 ml, Tct. Saponariae 19 ml, Tct. Thymi 22 ml, Menthol 0,25 g.

Packungsgröße:

Originalpackung zu 30 ml
DM 6,90 (Apoth.-Verk.-
Preis m. Mwst.).



Um nun aber der dritten Dimension gerecht zu werden, bedient sich der chinesische Maler einer sehr großen Zahl von „perspektivischen Hilfen“, von denen wir einige Beispiele nennen dürfen. Die einfachste Form wird bei dem in der chinesischen Kunst weit verbreiteten „gewebten“ Bild gefunden: bei der Personendarstellung (Abb. 11) werden die Nasen mit Watte unter-



Abbildung 11

Perspektivische Effekte durch Unterlegung der Nasen mit Watte. Chinesische Seidenstickerei „die vier Generationen“

legt, das Gesicht erhält damit einen plastischen realistischen Ausdruck. Eine maltechnisch viel schwierigere Hilfe muß durch die mühsam erlernbare Pinselführung bei den häufigen Bambusbildern (Abb. 12) erzielt werden: der chinesische Tusche-Künstler steht oft tagelang vor seinem Bambusbild, um genau den Pinselstrich für das jeweilige Bambusblatt zu überlegen, wobei auch philosophische und weitanschauliche Aspekte in den Kreis dieser Überlegungen mit einzubeziehen sind. Plötzlich – wie unter einer Eingebung – gibt er dann mit einem einzigen Pinselzug dem jeweiligen Bambusblatt Form, Verlauf, Schichtdicke der Tusche, Kontur und Gestalt. Dabei werden die Blätter im Vordergrund des Bildes mit tiefschwarzer Tusche scharf konturiert, die im Bild rückwärts liegenden Teile abgestuft halbschwarz bis grau und nicht scharf begrenzt ausgeführt. Gelingt der einmalige schnelle Pinselzug nicht, sind viele Wochen Arbeit verloren, das Bambusbild muß von vorne mit eil dem langen Überlegen und Warten neu begonnen werden. Wenn wir uns nun nochmals unter diesen Aspekten dem Bambusbild zuwenden, so müssen wir



Abbildung 12

Perspektivische Effekte durch Pinselführung. Bambusbild von CHENG HSICH 1757

zugeben, daß mit dieser Methode eine ganz hervorragende perspektivische Wirkung erzielt wird, die Bambusstauden wirkt in ihrer natürlichen Räumlichkeit stark auf uns ein. Diese raum-illusionistische Malweise zeigt im übrigen Parallelen zu dem, was wir im Westen seit der Renaissance die „Farbenperspektive“ oder auch „Luftperspektive“ nennen! Für den Vordergrund werden leuchtende, scharf begrenzte und aggressive Farben (rot, gelb) verwendet, je weiter die Gegenstände zurückliegen, desto mehr überwiegen regressive Farben (blau) bis zu einem verschwommenen Grau im Hintergrund. Eine weitere perspektivische Hilfe in der chinesischen Malerei ist das Prinzip der Überhöhung der Berge bei den Landschaftsbildern (Abb. 13). Immer wieder wird der westliche Betrachter

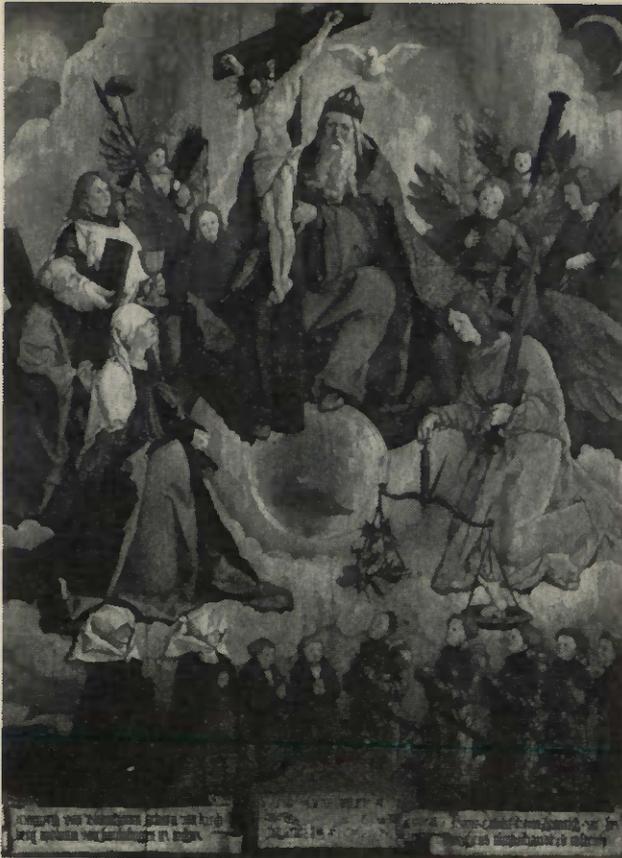


Abbildung 9

Hierarchie statt Perspektive: Gottvater wird am größten, die Heiligen kleiner, die Menschen im Vordergrund ganz klein dargestellt. Meister von Meßkirch (um 1500): die Heilige Dreieinigkeit mit Engeln, Heiligen und Stifterfamilie von Bubenhoven. Kassel

Schwerpunktes der Weltmalerei, in der chinesischen Kunst, ein ähnliches Streben um die Beherrschung der dritten Dimension auf zweidimensionaler Fläche ab. Obwohl es in der chinesischen Kunst schon frühzeitig und immer wieder erneut eine große wissenschaftliche Literatur über die Malerei gibt — längst vor der Renaissance der westlichen Welt —, ist die Zentralperspektive dort unbekannt. Stattdessen kennt der chinesische



Abbildung 10
„Ostasiatische“ Perspektive

Maler — aber nur insoweit als es sich um geometrische geformte Strukturen handelt — die ostasiatische Perspektive, die der schon erwähnten „umgekehrten Perspektive“ der Antike und des frühen Mittelalters entspricht (Abb. 10). Dieses eigenartige Phänomen, daß nämlich die Fluchtlinien in der Ferne „auseinandergehen“ statt zusammenzulaufen, ist in der chinesischen Malerei leicht verständlich; denn Grundlage und letztes Ziel der chinesischen Malerei ist die Landschaftsmalerei. Der chinesische Maler wird erzogen, den Blick in die Ferne zu richten und die Weite auf sich wirken zu lassen; alle Landschaftsbilder lassen diese Weite empfinden. Für den chinesischen Künstler wäre die Vorstellung unverständlich, daß die Fluchtlinien sich in der Weite verengen. Das physikalische Gesetz der „Sehpyramide“, deren Projektionsstrahlen mit zunehmender Entfernung vom Augenpunkt unter Verkürzung und Verengung der Pyramide dem fernen „Fluchtpunkt“ zustreben, würde dem chinesischen Landschaftsmaler ebenso naturfremd vorkommen, wie so manche technische Neuerung, die der weiße Mann um die Jahrhundertwende in das damals wohlgeordnete Weltbild des „Landes der Mitte“ gebracht hat.

Adumbran®

Thomae

beruhigt, entspannt, befreit von Angst.

später nochmals auf dieses Phänomen zurück („ostasiatische Perspektive“).

Auch „perspektivische Hilfen“, wie wir sie später kennen lernen, waren dem antiken Mosaikkünstler nicht unbekannt; in dem prachtvollen Fußbodenmosaik des Römischen Hauses im Süden des Kölner Doms zeigen alle abgebildeten Tiere einen Schlagschatten in perspektivischer Verkürzung, wodurch der räumliche Effekt stark gesteigert wird. (Abb. 6).

In der Spätantike und im Mittelalter gingen alle diese Ansätze und Teillösungen fast völlig verloren – nicht aus Unkenntnis oder Unbeholfenheit(!), sondern weil andere Prinzipien vorherrschend wurden. Wir erkennen den Grundkern dieser Entwicklung bereits in dem Flachrelief auf dem Altar des Ratchis (8. Jh., Cividale), dem bedeutendsten langobardischen Kunstwerk, das zwar kein „Gemälde“ im engeren Sinne ist, das aber als Flachrelief den gleichen Funktionen und Gesetzmäßigkeiten unterliegt, wie etwa das Öl- oder Mosaikbild. Auf der Frontseite des langobardischen Altars (Abb. 7) ist Christus in der Mandorla dargestellt und



Abbildung 7

Hierarchie statt Perspektive: Die „Fluchtlinien“ führen zur Zentralfigur. Flachrelief des langobardischen Ratchisaltars Cividale/Friaul (8. Jh. n. Chr.)

wenn wir die vier Engel betrachten, die die Mandorla halten, so müssen wir zugeben, daß gar nicht der Versuch einer räumlichen Darstellung gemacht wird – im Gegenteil, die Körperhaltung und der disproportionierte Körperbau der Engel, die verschiedene Größe von Armen und Händen und die Verteilung der Figuren auf der rechteckigen Fläche erfolgen nach einem ganz anderen Prinzip: die „Fluchtlinien“ laufen hier konzentrisch zur Bildmitte, sie führen den Blick des Betrachters zur Hauptperson hin, zu Christus in der Mandorla. Bewußt verzichtet der Künstler auf die Illusion des Raumes, denn der Raum – das ist die Welt des Menschen; hier aber geht es um Höheres! Das langobardische Altarbild dient transzendentalen Zwecken und transzendente Ideen brauchen nicht den Raum! Der Künstler kann auf die räumliche Illusion verzichten zugunsten der raum-, zeit- und schwerelosen

Transzendenz. – Ein geistiges Prinzip hat das räumliche, das körperliche verdrängt und abgelöst.

Diese in der langobardischen Kunst erstmals klar ausgesprochene Idee wird zu einer tragenden Säule der mittelalterlichen Kunst und führt zu ganz typischen Lösungen: schon auf der Seitenfläche des langobardischen Altars (Abb. 8) erkennen wir, daß an die Stelle



Abbildung 8

Hierarchie statt Perspektive: Die heiligen Personen werden stets größer abgebildet als die Menschen; ganz rechts die Stifterin des Altars, Mutter des Langobarden Königs Ratchis

der „räumlichen“ eine hierarchische Ordnung getreten ist: die Stifterin des Altars (Figur ganz rechts), die Mutter des Langobardenkönigs Ratchis ist zwar als Zuschauerin bei der transzendentalen Zeremonie (Anbetung des Kindes durch die Heiligen Drei Könige) zugelassen, aber wesentlich kleiner dargestellt als die Mutter Gottes und kleiner als das Christuskind. So ist im mittelalterlichen Gemälde die Größe von Personen nicht durch perspektivische Maßstäbe, sondern durch eine hierarchische Rangliste bestimmt: Gott am größten, dann die Heiligen deutlich kleiner, schließlich die Menschen. Es werden z. B. beim mittelalterlichen Altarbild der Stifter des Bildes und seine Familie meist im Vordergrund, aber am kleinsten dargestellt, obwohl sie nach den Regeln der Perspektive größer als die anderen Figuren sein müßten (Abb. 9). Hierarchie contra Perspektive, Sinnbild der totalen Hingabe des Menschen an transzendente Ideen. An diesem Wendepunkt sollte dann die Renaissance einsetzen, die Rückkehr zum Menschen, zu seinem Lebens-„Raum“ und damit zur räumlichen Darstellung seiner Welt in der bildenden Kunst.

Gleichzeitig mit dieser Entwicklung, aber durch Meere und Welten getrennt, läuft im Bereich des zweiten

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

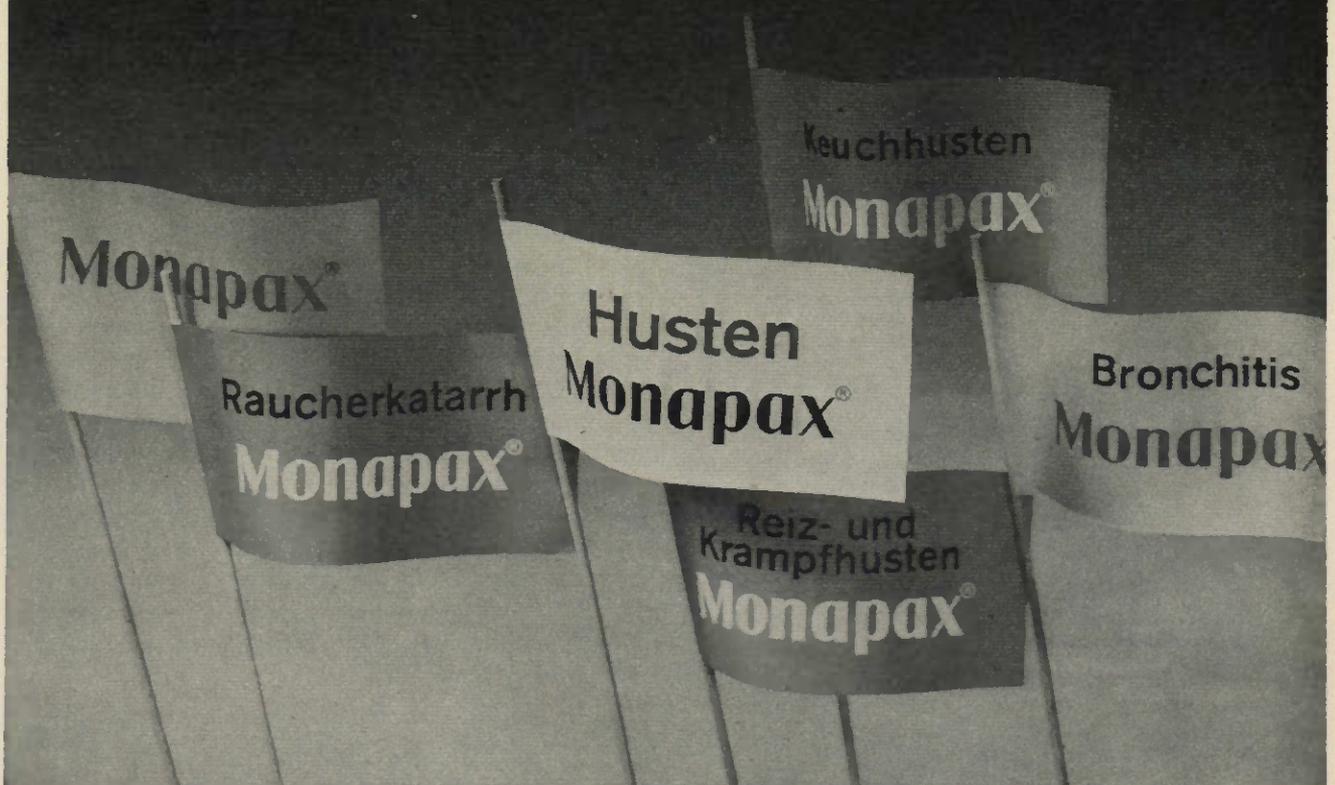
Monapax® - Tropfen mit Dihydro-Codein 20 ml

Monapax® - Saft mit Dihydro-Codein 100 g

Klinikpackungen

Alle Formen für Diabetiker geeignet

Der Arzt bezwingt den Husten



füttert die hübsche Gutsherrin das Geflügel. Kopftracht und Kleidung entsprechen den in der Basilika von Aquileja dargestellten weiblichen Stifterbildnissen. Sehen wir uns nun die Umgrenzungsmauer an: auf der rechten Seite des Bildes hat der Künstler die Ziegel der Umfassungsmauer bewußt und gekonnt perspektivisch angeordnet, weiter nach links allerdings ist er dann ins „Schwimmen“ gekommen. Auch das offenstehende Hoftor läßt erkennen, daß der Meister sich um perspektivisches Sehen bemüht hat. Ein weiteres Teilprinzip der Zentralperspektive, das des „unteren und oberen Augenpunktes“ verwirklicht der Mosaikmaler von Ravenna bei der Darstellung des Hafens von Classis (Abb. 4; St. Apollinare, Ravenna, 6. Jh.); der Künstler hat, vom Kai durch die Hafeneinfahrt auf die See blickend, richtig beobachtet, daß die Schiffe



Abbildung 4

Perspektivische Taillösungen: oberer und unterer Augenpunkt, jedoch keine Verkürzung. Mosaikbild des Hafens von Classis in Sant'Apollinara Nuovo/Ravenna (526 n. Chr.)

auf der Reede von Ravenna übereinander zu liegen scheinen, wenn sie verschieden weit vom Standort des Betrachters entfernt liegen; dementsprechend sind in seinem Mosaikbild die drei Schiffe übereinanderliegend dargestellt. Der Künstler hat sich aber zur perspektivischen Verkürzung des zweiten bzw. dritten Schiffes nicht durchringen können, so daß der räumliche Effekt des von ihm richtig erkannten Prinzips nicht voll zum Tragen kommt.

Dagegen fand die perspektivische Verkürzung des Kreises in der Malerei schon sehr früh in der Antike



Abbildung 5

Zentralperspektivische Darstellung des Kreises, jedoch „umgekehrt“, falsche Perspektivika bei der Grundplatte. Taubenmosaik aus der Villa des Hadrian, Rom (117/138 n. Chr.)

ihre Lösung, wohl deshalb, weil ein begnadeter Künstler – SOSOS von Pergamon – in seinem berühmten Taubenmosaik (2. Jh. v. Chr.) den richtigen Weg aufzeigte und weil in den folgenden Jahrhunderten gerade dieses Taubenmotiv in vielen Nachahmungen in der ganzen damaligen Welt bekannt wurde. Abbildung 5 zeigt das berühmte Taubenmosaik von Tivoli aus der Villa des Hadrian. Die räumliche Illusion bei der Darstellung der kreisrunden Wasserschale ist so gut gelungen, daß man gerne der Legende Glauben schenkt, lebende Tauben würden versuchen, sich neben die Mosaiktauben zu setzen und aus der Schale zu trinken. Um so überraschender ist man nun bei der Betrachtung der Sockelplatte, auf der dieses zentralperspektivische Wunder steht: bei dieser Platte kam nicht die richtige, sondern die „umgekehrte“ Perspektivika zur Anwendung! Die beiden Fluchtlinien treffen sich nicht in einem (gedachten) fernen Fluchtpunkt, sondern sie divergieren, gehen auseinander; wir kommen

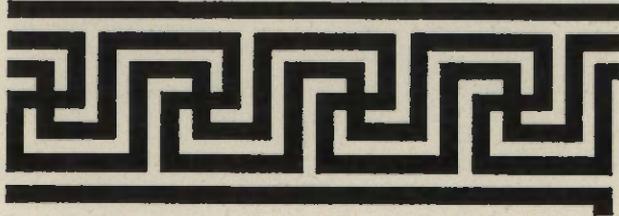


Abbildung 6

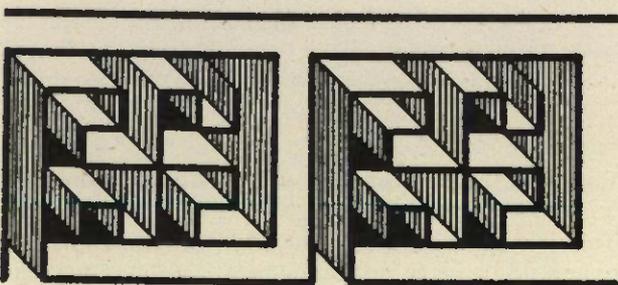
Perspektivische Verkürzung des Schlagschattens. Dionysosmosaik des „Römischen Hauses“ vor dem Südportal des Kölner Doms (3. Jh. n. Chr.)



1 Wellenband (sogenannter „laufender Hund“)



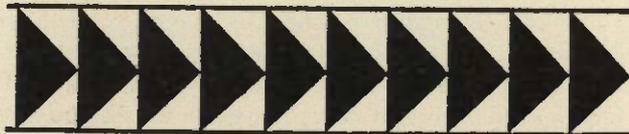
2 Doppelmäander



3 Perspektivischer Doppelmäander



4 Zinnenkante



5 Sägezahnkante

Abbildung 2

Perspektivische Studie beim römischen Fußbodenmosaik



Abbildung 3

Perspektivische Teillösungen bei der Umfassungsmauer und beim Tor des Gutshofes. Mosaikbild eines römischen Gutshofes, Oderzo/Friaul (3. Jh. n. Chr.)

los schon frühzeitig auch Studien und Versuche zur Erzielung perspektivischer Effekte gemacht worden. Ein etruskischer Mäander-Fries aus der Tomba Francesco in Vulci (4. Jh. v. Chr.) zeigt eine perfekte perspektivische Schau auf ein mäanderförmiges Labyrinthsystem, das an Plastik nichts zu wünschen übrig läßt (Abb. 1). Diese etruskischen Freskostudien sind offensichtlich das Vorbild für antike, speziell römische Mosaik-Fußbodenmuster geworden (Abb. 2), die nach dem Prinzip der Parallelperspektive entwickelt sind und die enge Vertrautheit des Mosaikkünstlers mit perspektivischen Effekten zum mindesten bei den geometrischen Mustern aufzeigen. Von hier aus war nur ein kleiner Schritt zur bewußten – nicht nur intuitiven – Anwendung von perspektivischen Teilprinzipien in der Mosaik-„Malerei“. Abbildung 3 zeigt einen solchen Versuch, den uns der unbekannte provinzielle Künstler von Oderzo (Friaul) in seinem Mosaikgemälde einer ländlichen idylle (3. Jh. n. Chr.) überliefert hat; trotz der Beschädigungen erkennen wir einen respektablen Gutshof mit großem Wohnhaus aus Stein, überdachter Terrasse, mit Brunnen und mit einer Ziegelmauer rundherum. Im Zentrum

Adumbran[®]

Thomae

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

lichen Standpunkt aus bedenklich; es ist wegen der dem Patienten daraus drohenden Gefahren abzulehnen. Eine fahrlässige Körperverletzung kann nach Auffassung des Bundesgerichtshofs aber darin liegen, daß sich der Arzt durch das schuldhaft Versäumnis, die Einwilligung rechtzeitig einzuholen, in eine Lage versetzte, in der er den Eingriff erweitern mußte, ohne dazu die Einwilligung der Patientin zu besitzen¹⁷⁾.

Auch wenn man im einzelnen dieser Entscheidung nicht folgen will, zeigt sie doch sehr deutlich die Notwendigkeit für den Operateur auf, sich bereits vor dem Eingriff durch eine gründliche Untersuchung zu vergewissern, ob Anhaltspunkte für eine Änderung oder Erweiterung des Eingriffs erkennbar sind, den Patienten darüber aufzuklären und sich geeigneter Beweismittel zu versichern.

Ergebnis

Die schriftliche Einwilligungserklärung ist eine gute und wohl auch die einfachste Sicherung gegen die

¹⁷⁾ ähnlich bereits ROZ 163, 129 "Da der Beklagte hiernach schuldhaft davon abgesehen hat, die Einwilligung der Klägerin einzuholen, obwohl ihm dies möglich war, kann er sich auf ihre vermutete Zustimmung nicht berufen".

(unzutreffende) Behauptung des Patienten, er habe nicht in den Eingriff eingewilligt.

Sie ist aber weder für jeden (kleinen) Eingriff erforderlich, noch ist ein Routineformular für alle Eingriffe genügend. Angezeigt ist die Entwicklung differenzierter und spezialisierter Einwilligungserklärungen für bestimmte Eingriffe oder für Gruppen von Eingriffen. Auch spezialisierte Formulare bedürfen – je nach den Umständen des Einzelfalles – der individuellen Ergänzung, so bei gesteigerter Gefahrenlage, beim gegebenen Eingriff und bei vorhersehbaren Erweiterungen des Eingriffs.

An die Stelle der Quantität, also der schriftlichen Routineeinwilligungen, sollte die Qualität differenzierter Erklärungen treten.

Da nicht auszuschließen ist, daß die schriftliche Einwilligungserklärung für den Patienten eine psychische Belastung bedeutet, obliegt es dem Arzt, darüber zu entscheiden, ob er sie einfordern oder auf diese Sicherung verzichten soll.

Ansch. d. Verf.: Walter Weißauer, Ministerialdirigent, 8050 Freising, Eckerstraße 34

Dürer und die Perspektive

von A. Schretzenmayr

„Malen ist das, daß einer von allen sichtbaren Dingen wisse, auf ein eben Ding (Tafel, Papier) zu machen, sie seien wie sie wollen.“
Albrecht Dürer

Auf zweidimensionaler Fläche der dritten Dimension gerecht zu werden, ist eines der wesentlichen Probleme, vor die der Künstler des Zeichenstiftes, der Öl- und Wasserfarben, der Mosaiksteinchen, der Meister des Holzschnitts, des Kupferstichs und des Flachreliefs immer und immer gestellt wird. Schon die ersten künstlerischen Versuche des Menschen in prähistorischer Zeit lassen erkennen, daß vor 25 000 Jahren die Maler der großartigen Tierbilder in den Höhlen Südfrankreichs und Spaniens oft intuitiv das Prinzip der Perspektive erfaßt haben und mit erstaunlich guter Treffsicherheit ihren Darstellungen die Illusion der dritten Dimension zu geben verstanden. Auch in den folgenden Jahrtausenden finden wir immer wieder Maler, die mit mehr oder weniger Geschick die Probleme der Perspektive in ihren Bildern einer Lösung näher brachten, ohne jedoch bis zum Kern selbst vorzudringen. Erst die Kunst der Renaissance – Mantegna, Ucello, Leonardo da Vinci in Italien und Albrecht Dürer in Deutschland – haben durch systematische Untersuchungen das Prinzip der Zentralperspektive entdeckt, wissenschaftlich geklärt und damit für die Malerei und für die ihr verwandten Künste eine echte Zeitenwende geschaffen.

Um die Leistung dieser Künstler, insbesondere die kaum bekannte wissenschaftliche Leistung Albrecht

Dürers verstehen und würdigen zu können, mögen einige Beispiele aufzeigen, in welcher Weise vor und außerhalb der Renaissance versucht wurde, die Problematik der räumlichen Illusion in der Malerei zu lösen.

Neben der bereits genannten intuitiven Erfassung räumlicher Wirkungen, für die sich sowohl in der Kunst der frühen Hochkulturen wie in der griechisch-römischen Kunst zahlreiche Beispiele finden, sind zweifel-

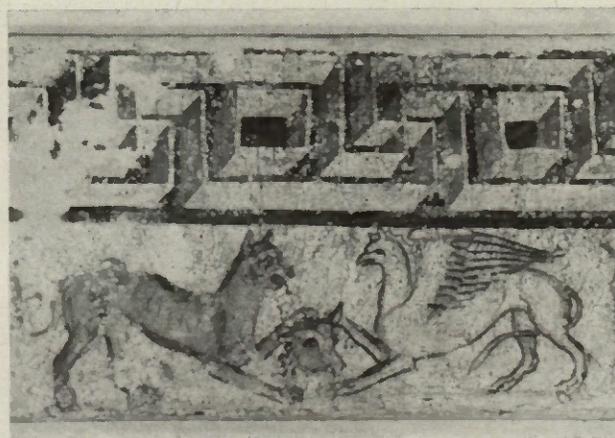


Abbildung 1

Perspektivische Studie vor mehr als 2000 Jahren: Etruskische Fresko Malerei aus der Tomba Francesco in Vulci (4. Jh. v. Chr.)

Schnell die Luftwege frei! Schnell frei von Grippe und Erkältung!

Bronchicum-Elixir

bei festsitzendem Husten und
spastischer Bronchitis.

Bronchiflux

der ideale, voll-
lösliche Hustentee.

Bronchicum Tropfen

bei schmerzhaftem
Reizhusten
(Auch für Diabetiker
geeignet).

Chinavit Dragées

bei Erkältung,
Grippe,
Schmerzen,
Fieber.



Nattermann

daß es dem Arzt nicht zuzumuten sei, das Einverständnis des Patienten zu allen nur denkbaren Änderungen und Erweiterungen des Eingriffs einzuholen, die sich während der Operation als notwendig erweisen können. Bespricht der Arzt den Eingriff und seine Folgen mit dem Kranken in großen Zügen, wie er ihn aufgrund des festgestellten Befundes erwarten darf, so dürfe er die Einwilligung des Patienten dahin verstehen, daß er mit allem einverstanden ist, was dem mit der Operation verfolgten Ziel entspricht und mit den Regeln der ärztlichen Kunst vereinbar ist. Das Reichsgericht hat es im konkreten Fall für zulässig erachtet, daß der Arzt, der irrtümlich eine Blinddarmentzündung angenommen hatte und statt dessen eine chronische Gallenblasenentzündung feststellte, die Gallenblase entfernte.

Der Vergleich mit einer im Jahre 1942 zu einem ganz ähnlichen medizinischen Sachverhalt ergangenen Entscheidung des Reichsgerichts zeigt aber auch, wie sehr bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten auf die Umstände des Einzelfalles abzustellen ist. Hier hatte der Chirurg Verwachsungsbeschwerden angenommen, neben den Verwachsungen bei der Operation aber — wie in dem vorher erwähnten Beispiel — eine chronische Gallenblasenentzündung gefunden und die Gallenblase entfernt. Das Reichsgericht meinte, der Chirurg habe in diesem Fall den der Operation vorangegangenen Besprechungen mit völliger Gewißheit entnehmen können, daß ein kleiner Eingriff zur Beseitigung der Verwachsungen das äußerste war, wozu sich die Patientin verstehen wollte; die Gallenblasenoperation sei überhaupt nie erwogen worden. Sie sei nach Auffassung der Sachverständigen zwar sachgemäß und notwendig gewesen, nicht aber schlechthin durch eine drohende, zur schnellen Entscheidung drängende Lebensgefahr geboten gewesen. Der Chirurg sei sich im klaren gewesen, daß die erweiterte Operation nicht von der Einwilligung gedeckt war. Er hafte deshalb für alle Schäden, die in Auswirkung der erweiterten Operation bei der Patientin eintreten.

Ergeben sich bei einer sorgfältigen Voruntersuchung Anhaltspunkte dafür, daß sich nach Beginn der Operation eine Änderung oder Erweiterung des Eingriffs als erforderlich erweisen kann, so muß der Arzt den Patienten darauf hinweisen und sich auch dafür eine Einwilligung geben lassen. Da gerade solche Fälle Anlaß zu Zivil- und Strafprozessen geben, sollte hier eine schriftliche Einwilligungserklärung eingeholt werden, die alle ex ante voraussehbaren Änderungen und Erweiterungen des Eingriffs aufführt. Dazu folgender vom Bundesgerichtshof¹⁶⁾ entschiedener Fall:

Ein Arzt hatte sich bei einer 46jährigen zur Entfernung einer großen Gebärmuttergeschwulst entschlossen, es aber versäumt, sich der Einwilligung der Patientin zur

¹⁶⁾ BGHSt. 11, 11

Erneute Warnung vor CH 23

Bereits im Jahre 1967 haben wir im „Bayerischen Ärzteblatt“ vor den Brüdern Christoff und dem von ihnen hergestellten und vertriebenen angeblichen Krebsmittel CH 23 gewarnt. Der wegen dieser Warnung gegen den Schrittleiter des „Bayerischen Ärzteblattes“ angestrebte Prozeß ist heute (!) noch nicht erledigt!

Nachdem die Brüder die Bundesrepublik verlassen haben, weil ihnen der Boden hier zu heiß wurde — die Staatsanwaltschaft sucht sie wegen Steuerhinterziehung —, haben sie in Wien eine Firma „Christoff Biochemie“ gegründet, die das angebliche Krebsmittel CH 23 weiter vertreibt. Der Erfinder dieses Mittels, Prodan Christoff, behauptet, inzwischen auch österreichischer Staatsangehöriger geworden zu sein. Sie versuchen, ihr Mittel in Deutschland über Händler und Mittelsmänner in Verkehr zu bringen. So war im „Schweinfurter Tageblatt“ vom 6. Juni 1971 folgende Kleinanzeige aufgegeben worden:

„Krebskrank? Ich gebe Ihnen gerne und kostenlos einen Ret. Robert Wirth, 8230 Bad Reichenhall, Bahnhofstraße 5.“

Auf Anfrage verschickt dieser Herr eine Werbeschrift für CH 23 - Kombinal der Firma Christoff Biochemie, A-1190 Wien, Iglaseestraße 46. Dazu ein Begleitschreiben — ohne Datum — mit dem Text:

„Sehr geehrte Frau . . .!
Keine Angst! Bezugnehmend auf Ihre Zeilen überreiche ich Ihnen in der Anlage einen Prospekt von CH 23 - Kombinal, aus welchem Sie alles weitere ersehen können.“

Betonen möchte ich, daß jeder Arzt berechtigt ist, Sie mit diesem Mittel zu behandeln. Sie erhalten es von der Herstellerfirma gegen Voreinsendung von DM 85,—.

Ich hoffe, Ihnen damit sehr gedient zu haben und wünsche Ihnen alles Gute!“

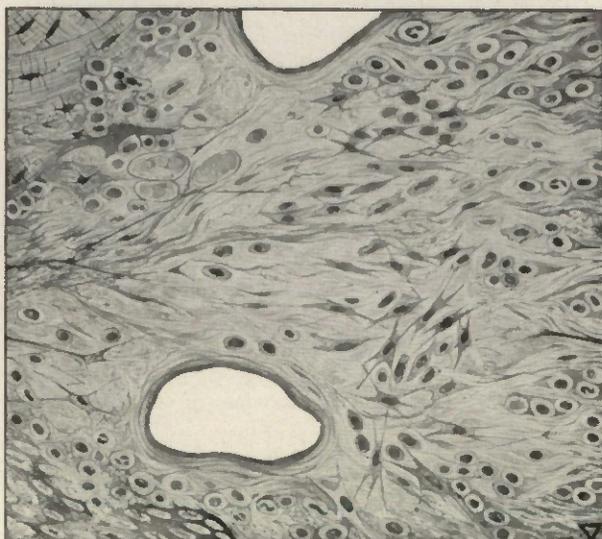
Die Zentrale zur Bekämpfung der Unlauterkeit im Heilgewerbe, 6800 Mannheim-L. 1,1, hat wegen der illegalen Werbemethoden Anzeige erstattet.

Wir wiederholen nachdrücklich unsere Warnung vor dem angeblichen Krebsmittel CH 23 - Kombinal der Brüder Christoff. Das Mittel ist in der Bundesrepublik nicht registriert und darf daher auch nicht vertrieben werden. Die Einfuhr erfolgt illegal und ist strafbar.

völligen Ausräumung des Gebärmutterkörpers zu versichern, obwohl die Möglichkeit, daß die Geschwulst nur dadurch beseitigt werden konnte, von vorneherein erkennbar war. Da sich die Erweiterung des Eingriffs als notwendig erwies, sah der Bundesgerichtshof in seiner Durchführung selbst keine Körperverletzung, weil der Arzt damit rechnen durfte, daß die Patientin sich in dieser Situation mit der Erweiterung einverstanden erklärt hätte. Er mußte also nicht etwa die Operation abbrechen und die Einwilligung der Patientin einholen. Ein solches Verfahren wäre vom ärzt-

Rheuma

macht das Mesenchym mobil



Ambene®

die Gelenke



Ambene bremst die entzündliche mesenchymale Reaktion - die bisher allein faßbare »globale« Wurzel rheumatischen Übels.

Ambene bietet als Rheumatherapeutikum eine günstig ausgewogene Skala antiphlogistischer, analgetischer und antipyretischer Wirkungen.

Ambene schafft nicht nur für den akuten und subakuten Rheumafall in der Praxis, sondern auch für den »Klinikfall« die medikamentösen Voraussetzungen zu remobilisierendem und regenerierendem Krankheitsverlauf.

Diese Zusammensetzung, nämlich Dexamethason, Phenylbutazon, Aminophenazon und Vitamine B₁ und B₁₂, ist eine wirkungsvolle Kombination zur Behandlung akuter Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und akut verlaufender rheumatischer Reaktionen.

Ambene® - Rheumatherapeutikum - macht wieder wendig

Doppelampullen 3 und 10

Lösung A (2 ml): Phenylbutazon-Na 400,00mg,
Dimethylaminophenylmethylpyrazolon 150,00mg,
Dexamethason Natrium-m-sulfobenzoat 8,00mg,
Lidocainhydrochlorid 4,00mg; Lösung B (1 ml):
Vitamin-B₁₂-Cyanokomplex 2500 γ , Lidocainhydrochlorid 2,00mg.

Manteltabletten 20 und 50

1,2-Diphenyl-3,5-dioxo-4-n-butylpyrazolidin 62,00mg,
Dexamethason 0,25 mg, Vitamin-B₁₂-Cyanokomplex
500 γ , Vitamin-B₁-chlorid hydrochlorid 30,00mg,
Aluminiumglycinat 200,00mg.

Suppositorien 10

1,2-Diphenyl-3,5-dioxo-4-n-butylpyrazolidin 200,00mg,
Vitamin-B₁₂-Cyanokomplex 2000 γ , Dexamethason
1,0mg.

Indikationen

Rheumatische Krankheitsbilder im akuten schmerzhaften Stadium, arthrotische Reizphase, Coxarthrose im entzündlichen Schub, Arthritis, akute Spondylitis ankylopoetica, akute Ischiasneuritis, hochschmerzhafte Lumbalgie, Neuritis, allergische und entzündliche Prozesse.

Kontraindikationen

Ulcus ventriculi et duodeni, Überempfindlichkeit auf Pyrazolone, Gravidität. Vorsicht bei Herz- und Niereninsuffizienz sowie bei Lebererkrankungen. Patienten mit Diabetes mellitus, Lungentuberkulose oder Osteoporose sind bei einer längerdauernden Therapie von der Behandlung auszuschließen bzw. sorgfältig zu überwachen.

Dosierung

Anfangsdosis in hochakuten Fällen 1 Doppelampulle pro Tag, bei schweren Fällen 3 x 2 Manteltabletten oder 2-3 Suppositorien in den ersten 3 Tagen, bei mittelschweren und leichteren Fällen täglich 3 x 1 Manteltablette.

Erhaltungsdosis täglich 3 x 1 Manteltablette in den folgenden 3 Tagen, dann auf 1-2 Tabletten bzw. 1-2 Suppositorien pro Tag zurückgehen.

Zur Beachtung

Bei gleichzeitiger Antikoagulantientherapie ist zu beachten, daß Ambene die Wirkungsdauer der Antikoagulantien verlängern kann, so daß die Dosis der Antikoagulantien entsprechend den Prothrombinzeitkontrollen zu verringern ist. Bei notwendiger längerer Behandlung mit Ambene sind Blutbildkontrollen angezeigt.

L. Merckle KG



7902 Blaubeuren

den, bestätigt der Patient im Grunde deshalb sehr viel mehr, als er beurteilen kann. Er wird erkennbar überfordert. Entgegen KOHLHAAS¹⁴⁾ möchte ich deshalb den (inneren) Beweiswert einer solchen Erklärung für gering halten, wenn es um die Frage geht, ob der Patient im Sinne der Rechtsprechung ausreichend und damit insbesondere gerade über die Nebenwirkungen, Folgen und typischen Gefahren aufgeklärt wurde, um die es im konkreten Rechtsstreit geht.

Soll die schriftliche Einwilligungserklärung ihren Zweck erfüllen, so müssen differenzierte und spezialisierte Muster für die Eingriffe entwickelt werden, bei denen mit schwerwiegenden Folgen und Nebenwirkungen zu rechnen ist oder bei denen typische Gefahren mit größerer Komplikationsdichte als 3 bis 4 % auftreten. Daß die Entwicklung solcher spezialisierter Muster für bestimmte Eingriffe oder wenigstens für bestimmte Gruppen von Eingriffen möglich ist, zeigt das oben wiedergegebene Muster II (Strahlenbehandlung).

Die zu erwartenden Folgen und Nebenwirkungen sowie die typischen Risiken, die der Aufklärung bedürfen, sollten als Beispiele („insbesondere“), aber möglichst erschöpfend im Anschluß an die Generalklausel des Musters I („Über die Art und Bedeutung des Eingriffs sowie über seine möglichen Auswirkungen bin ich unterrichtet worden“) bei allen in Frage kommenden Eingriffen angeführt werden. Zweifellos wird die Erarbeitung solcher spezialisierter Formblätter in großen Fachgebieten mit risikoreicher Tätigkeit – vor allem also in der Chirurgie – einen nicht unerheblichen Arbeitsaufwand erfordern und einige Zeit in Anspruch nehmen. Die einmal investierte Arbeitszeit wird sich hier aber sehr rasch amortisieren, erspart sie es dem jungen Arzt doch, in jedem Einzelfall wieder zu prüfen, über welche Fakten er den Patienten bei einem bestimmten Eingriff aufklären muß. Für den erfahrenen Arzt wäre das spezialisierte Formblatt zumindest eine wertvolle Gedächtnisstütze; es würde verhindern, daß er unter dem Druck großer Arbeitsbelastung vergißt, auf einzelne Folgen oder Risiken im Aufklärungsgespräch einzugehen.

Ergänzende Hinweise bei individuell gesteigerter Aufklärungspflicht

Das spezialisierte Formblatt, das nur die bei einem bestimmten Eingriff generell zu erwartenden Folgen und typischen Risiken aufführen kann, bedarf, wenn es den Arzt wirklich voll sichern soll, noch von Fall zu Fall der Ergänzung durch Anführung der Risiken, über die der Patient im Hinblick auf eine individuell gesteigerte Gefahrenlage (z. B. bei Begleiterkrankungen oder hohem Alter) oder auf seine erkennbaren Sonderinteressen (z. B. Gefahr der Stimmbandlähmung beim Sänger) aufzuklären ist.

Ist der Eingriff nicht notwendig, sondern nur „gegeben“ (etwa bei der vorsorglichen Entfernung eines zur Zeit nicht entzündeten Blinddarms), so sollte in der Einwilligungserklärung ausdrücklich vermerkt wer-

den, daß der Patient darauf hingewiesen wurde. Eine ähnliche Vorsorge empfiehlt sich bei plastischen und kosmetischen Eingriffen (vgl. das obige Muster III).

Änderungen und Erweiterungen des Eingriffs

Gegebene Eingriffe werden verhältnismäßig oft anläßlich anderer notwendiger Operationen als Begleiteingriffe durchgeführt. Holt der Operateur die schriftliche Einwilligung für eine Gallenoperation ein und entfernt er dabei auch den Blinddarm oder das Meckel-Divertikel, obwohl sie nicht entzündet sind und die Entfernung auch nicht erforderlich ist, um den Zugang zum Operationsfeld zu ermöglichen, so nützt ihm, falls sich aus dem simultan durchgeführten Begleiteingriff Komplikationen ergeben, die auf den primär allein beabsichtigten Eingriff beschränkte Einwilligung nichts; der Patient wird sich vielmehr seinerseits auf die schriftliche Erklärung zum Nachweis beziehen, daß seine Einwilligung auf den ausdrücklich aufgeführten Eingriff beschränkt war.

Auch hier ist eine Vorsorge möglich: Führt z. B. der Chirurg „routinemäßig“ (falls nicht im konkreten Fall Kontraindikationen vorliegen), bei Baucheingriffen die erwähnten Begleiteingriffe durch, so kann er in die Einwilligungsformulare, die für Baucheingriffe bestimmt sind, den Zusatz aufnehmen: „Ich bin damit einverstanden, daß anläßlich des Eingriffs der Blinddarm und ein Meckel-Divertikel entfernt werden, auch wenn sie nicht entzündet sind.“

Wie das Beispiel des „gegebenen“ Simultaneingriffs zeigt, ist bei Erweiterungen und Änderungen des geplanten Eingriffs unter dem Gesichtspunkt der Aufklärungspflicht und der Einwilligung des Patienten besondere Umsicht geboten. Rechtlich relativ unproblematisch sind dabei noch die Fälle, in denen die Umstände, die zur Änderung oder Erweiterung des Eingriffs zwingen, auch bei sorgfältiger Voruntersuchung ex ante nicht erkennbar sind. Findet der Operateur während eines Baucheingriffs bei der Revision des Bauchraumes ein entzündetes Meckel-Divertikel, so kann er die Operation und das Betäubungsverfahren nicht unterbrechen, um die Einwilligung des Patienten einzuholen. War der als dringlich oder als notwendig indizierte Zweiteingriff nicht vorhersehbar, so wird er, wenn keine besonderen Umstände auf einen gegenteiligen Willen des Patienten hinweisen, durch dessen mutmaßliche Einwilligung als gerechtfertigt gelten können. Die mutmaßliche Einwilligung dürfen wir bejahen, wenn ein verständiger Patient sich bei der gegebenen Situation mit dem Simultaneingriff einverstanden erklären würde und ein gegenteiliger Wille des Patienten nicht erkennbar ist.

Es kann auch nicht gefordert werden, daß der Arzt den Patienten über alle denkbaren Komplikationen aufklärt. So hat z. B. das Reichsgericht in einer im Jahre 1934 ergangenen Entscheidung¹⁵⁾ anerkannt,

¹⁴⁾ Ärztliche Praxis 1965, S. 2298

¹⁵⁾ vgl. EURMESTER, S. 31

Sinupret[®]

schließt eine therapeutische Lücke
zur konservativen Behandlung von
Nebenhöhlen-Entzündungen, besonders
von chronischen

Sinusitiden

Zusammensetzung: Mac. ex: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. 0,6 g, Herb. Rumic. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 g in 100 g.

1 Dragee enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g.

Wirkungsweise: Die Wirkstoffe der besonders ausgewählten Heilpflanzen lösen Sekrete und erleichtern ihr Ausscheiden aus den Nebenhöhlen, hemmen Entzündungsprozesse und begünstigen deren Abklingen, fördern das Abhusten von Schleimhautabsonderungen.

Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden; Rhinosinusitis; Sinobronchitis; sinogene Kopfschmerzen. Ozeena. Vor allem auch in der Kinderpraxis.

Kontraindikationen: keine.

Nebenwirkungen: keine.

Verordnung: Sinupret O.P. zu 100 ml (DM 5,80) und 60 Dreg. (DM 5,80)

Dosierung: Kinder erhalten 3mal täglich ½ Teelöffel oder 1 Dragee. Erwachsene 3mal täglich 1 Teelöffel voll oder 2 Dregees. Steigerung der Dosis ist möglich und unbedenklich.



BIONORICA KG NÜRNBERG

möglichst breites und umfassendes, im einzelnen aber noch unbestimmtes Programm eingetragen wird. Je weniger präzise sich vorhersehen läßt, welche diagnostischen und therapeutischen Eingriffe erforderlich werden, desto größer wird die mit der Abforderung schriftlicher Einwilligungserklärungen für Arzt und Krankenträger verbundene Gefahr der ungenügenden Aufklärung. Weiß der Arzt im Zeitpunkt der Einholung der schriftlichen Einwilligung noch nicht, welche Vorbehandlung er vor einem operativen Eingriff wählen wird, weil die Untersuchungsergebnisse noch ausstehen, so kann er den Patienten auch nicht über deren etwaige Gefahren aufklären. Eine solche Aufklärung ist aber — wie eben ausgeführt — unter Umständen auch bei „Nebeneingriffen“ erforderlich. Damit wird deutlich: Je pauschaler die schriftliche Einwilligungserklärung formuliert wird, desto größer wird die Gefahr, daß die Ärzte auf die von der Rechtsprechung für die einzelne Behandlungsmaßnahme geforderte Aufklärung im Vertrauen auf die schriftliche Erklärung verzichten. Da es als unmöglich erscheint, daß der Arzt die Folgen und Risiken eines in seinen Einzelheiten noch nicht festgelegten Untersuchungs- und Behandlungsprogrammes zu überblicken und dementsprechend den Patienten bei Einholung der schriftlichen Einwilligung aufzuklären vermag, erscheint der Beweiswert solcher beim Eintritt in das Krankenhaus oder in frühen Behandlungsstadien eingeforderter pauschaler Erklärungen von vorneherein gering¹³⁾.

In Übereinstimmung mit dem Oberlandesgericht Bamberg (VersR 56, 86) ist z. B. eine schriftliche Erklärung des Patienten, „daß alle vom Direktor der Klinik für notwendig erachteten Behandlungsmaßnahmen vorgenommen werden dürfen“, nur insoweit als rechtswirksame Einwilligung anzusehen, als eine Aufklärungspflicht des Arztes nicht besteht.

Je pauschaler die Einwilligungserklärung ausgestaltet wird, die der Arzt vom Patienten einfordert, desto stärker werden auch die Bedenken, ob ein solches Verfahren noch dem von der Rechtsprechung geforderten Schutz des Selbstbestimmungsrechts entspricht. Im öffentlichen Krankenhaus sind gegen die Einforderung eines „Blankoschecks“, in dem sich der Patient einer Reihe für ihn nicht näher vorhersehbarer ärztlicher Eingriffe unterwirft, im Hinblick auf Art. 2 des Grundgesetzes auch verfassungsrechtliche Bedenken zu erheben.

Ein solches Verfahren kann auch nicht — wie dies offenbar die „Basiserklärung“ der Dienstanweisung der Stadt Nürnberg anstrebt — durch die Berufung auf den Rechtsprechungsgrundsatz gerechtfertigt werden, daß der Patient die Behandlung vertrauensvoll in die Hand des Arztes legen und auf die nähere Aufklärung verzichten kann. Ein so weitgehendes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird im Krankenhaus meist schon deshalb nicht bestehen können, weil

sich mehrere Fachdisziplinen in Diagnose und Behandlung teilen und die behandelnden Ärzte wechseln.

Keine Schriftform bei kleinen und kleinsten Eingriffen

Da sich die schriftliche Einzelerklärung bei der Vielzahl der kleinen und kleinsten Routineeingriffe als absolut unpraktikabel, der Weg der pauschalierten Erklärung aber aus faktischen und rechtlichen Bedenken als ungangbar erweist, muß die Lösung darin gefunden werden, bei diesen Eingriffen, soweit sie nicht ausnahmsweise einer Aufklärung bedürfen, auf die Schriftform zu verzichten. Zumindest sollte bei Eingriffen dieser Art kein Formular verwendet werden, das eine Bestätigung über eine Aufklärung des Patienten enthält. In Betracht zu ziehen ist hier allenfalls eine bei der Krankenhausaufnahme oder beim Behandlungsbeginn abzugebende Erklärung, daß der Patient in alle im Rahmen der Diagnose und Therapie anfallenden kleinen Eingriffe einwilligt, die nach medizinischer Erfahrung weder mit schwerwiegenden Folgen und Nebenwirkungen noch mit zahlenmäßig ins Gewicht fallenden typischen Gefahren verbunden sind.

Auch ohne eine solche schriftliche „Basis-Einwilligung“, die nur bei Eingriffen sinnvoll ist, die keiner Aufklärung bedürfen, wird insoweit eine generelle Einwilligung des Patienten prima facie schon in der Tatsache zu ersehen sein, daß er sich in die Krankenhausbehandlung begibt. Lehnt er bestimmte kleine Eingriffe aus Überängstlichkeit oder anderen nicht erkennbaren Motiven ab, so muß er dies den behandelnden Ärzten mitteilen.

Differenzierung der Formblätter nach der Art des Eingriffs

Während bei kleinen, von Natur aus risikoarmen Eingriffen die Einholung der Unterschrift auf vorgegedruckten Formblättern nach dem oben wiedergegebenen Muster I des Kultusministeriums von Baden-Württemberg mit Hinweis auf die erteilte Aufklärung zumindest inpraktikabel und überflüssig ist, werden sich die gleichen Formblätter bei mittleren und schweren Eingriffen im „Ernstfall“ oft als unzulänglich erweisen.

Eine vom Patienten unterschriebene Erklärung nach Muster I ist zweifellos geeignet, den Beweis zu führen, daß der Patient seine Einwilligung in den dort bezeichneten Eingriff erklärt hat.

Auch die schriftliche Einwilligung ist aber nur wirksam, wenn der Patient oder der Sorgeberechtigte sie in Kenntnis aller für ihn wesentlichen Umstände erteilt. Dazu bedarf es innerhalb der von der Rechtsprechung gezogenen Grenzen der Aufklärung durch den Arzt. Ob diese Aufklärung vollständig ist oder ob sie etwa „typische Gefahren“ verschweigt, kann der Patient bei der Abgabe seiner Einwilligungserklärung — falls er nicht selbst ausreichende medizinische Kenntnisse besitzt — keinesfalls beurteilen. Mit der Erklärung, er sei über die Art und Bedeutung des Eingriffs sowie über seine möglichen Auswirkungen unterrichtet wor-

¹³⁾ vgl. dazu auch KIERSKI, KHA 62, S. 85, 86

Rechtsprechung gestellten Anforderungen hinauszugehen.

Es gibt zahlreiche kleine und kleinste Eingriffe, vor allem im Rahmen der Diagnose, bei denen sich Art und Bedeutung des Eingriffs dem Patienten auch ohne nähere Erklärung erschließen, nachteilige Folgen nicht zu erwarten sind und typische Risiken größerer Komplikationsdichte fehlen. Auf eine Aufklärung kann hier verzichtet werden; die Einwilligung wird hier meist stillschweigend dadurch erteilt, daß der Patient der beabsichtigten und für ihn erkennbaren Behandlungsmaßnahme nicht widerspricht. Bei diesen zahlenmäßig stark ins Gewicht fallenden Eingriffen ist es auch nicht erforderlich, „den Patienten darauf hinzuweisen, daß auch die geringfügigsten operativen Eingriffe unter ungünstigen Verhältnissen trotz Beachtung aller Vorsichtsmaßnahmen zu irgendwelchen Komplikationen führen können. Das weiß im allgemeinen jeder Patient und bedarf keines besonderen Hinweises“ (BGHZ 29/46).

Auf eine Aufklärung wird aber auch in diesen Fällen nicht verzichtet werden können, wenn dem Patienten eine Erklärung nach Muster I der Dienstanweisung des Kultusministeriums von Baden-Württemberg zur Unterschrift vorgelegt wird, in der er bestätigen soll: „Über die Art und Bedeutung dieses Eingriffs sowie über seine möglichen Auswirkungen bin ich heute unterrichtet worden.“ Der Patient könnte unter Umständen sonst argwöhnen, daß ihm Gefahren bewußt verschwiegen werden, der Arzt sich ihm gegenüber aber gleichwohl sichern wolle. Auch verlieren die Einwilligungserklärungen bei einer solchen Handhabung nahezu jeden Beweiswert. Es wird einem Patienten, der Ansprüche wegen einer unterlassenen Aufklärung erhebt, dann unschwer gelingen, durch Vernehmung anderer Patienten und des Klinikpersonals den Nachweis zu führen, daß die Einwilligungserklärungen entgegen ihrem Text routinemäßig ohne eine Aufklärung eingefordert werden. Damit sind sie als Beweismittel auch in den Fällen diskreditiert, in denen eine Aufklärung über die Folgen und typischen Gefahren nach der Rechtsprechung erforderlich ist und auch tatsächlich erteilt wurde.

Ein Teil der Patienten wird auch von sich aus darauf bestehen, daß der Arzt ihm die Aufklärung zuteil werden läßt, die er durch seine Unterschrift bestätigen soll.

Bedenken gegen pauschalierte Einwilligungserklärungen

Eine Verringerung der bedrohlichen Papierflut ist zwar dadurch möglich, daß in die Einwilligungserklärung für den im Formblatt näher zu bezeichnenden Haupteingriff die Zustimmung des Patienten „in alle sich bei seiner Durchführung als notwendig erweisenden Nebeneingriffe“ einbezogen wird, wie dies das Muster I der Dienstanweisung des Kultusministeriums von Baden-Württemberg vorsieht. Dieses Verfahren ist legitim, der damit erreichbare Vereinfachungseffekt aber auf das überschaubare Programm begrenzt und selbst insoweit nicht völlig frei von Risiken. Der mit der rechtlichen Problematik nicht näher vertraute Arzt kann ohne nähere Hinweise durch eine solche Gestaltung des Formblatts nämlich zu der Annahme kommen, die den operativen Eingriff vorbereitenden und ihn begleitenden Maßnahmen seien in jedem Fall durch die Einwilligung in den Haupteingriff gedeckt. Das Landgericht Kiel (Das Krankenhaus 1960, S. 214) hat dazu jedoch ausgeführt:

„Eine Behandlung, auch wenn sie mit einer Operation zusammenhängt, fällt jedoch dann nicht mehr unter die Einwilligung in die Operation, wenn ihre Bedeutung (Intensität, Dauer, Gefährlichkeit) ihr ein solches Eigengewicht verleiht, daß sie aus dem Rahmen dessen herausfällt, mit dem der Patient zu rechnen hat, wenn er sich einer bestimmten Operation unterzieht. Deshalb ist z. B. bei solchen Injektionen, die eine Art präoperative, der Herbeiführung der Operationsfähigkeit dienende Sonderbehandlung darstellen, eine Aufklärung des Patienten erforderlich.“

Jedenfalls stehen diese rechtlichen Erfordernisse dem Versuch entgegen, den Vereinfachungseffekt dadurch zu erhöhen, daß bei der Bezeichnung des Eingriffs, für den die schriftliche Einwilligung eingeholt wird, ein

Adumbran®

Thomae

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

1

willigungserklärungen eines bestimmten Inhalts einzuholen, ein solcher aggravierender Effekt zukommt, liegt aber um so mehr auf der Hand, als ein solches Vorgehen schon per se — also auch ohne Rücksicht auf den näheren Inhalt der ärztlichen Aufklärung — zu einer psychischen Belastung des Patienten führen kann. Ob er sie generell oder im konkreten Fall in Kauf nehmen oder ablehnen soll, kann letztlich nur der für einen bestimmten fachlichen Aufgabenbereich zuständige Arzt in eigener Verantwortung entscheiden.

Für eine Weisung besteht zudem kein praktisches Bedürfnis. Zwar haftet der Krankenhausträger in weitem Umfang für seine angestellten Ärzte zivilrechtlich. Dies gilt aber ebenso für ärztliche Kunstfehler, ohne daß daraus jemals der Anspruch hergeleitet worden wäre, die Krankenhausträger sollten Weisungen über kunstgerechtes Operieren erlassen können. Weisungen erscheinen schon deshalb nicht nötig, weil auch der Arzt selbst damit rechnen muß, zivilrechtlich und darüber hinaus sogar strafrechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden. Er hat an der Sicherung der Beweisführung also ein unmittelbares eigenes Interesse. Empfehlungen, Anregungen und Hinweisen des Krankenhausträgers, die ihm ein praktikables System der schriftlichen Einwilligungserklärung vorschlagen, wird er sich deshalb nicht verschließen, soweit nicht im Einzelfall dem empfohlenen Verfahren ärztliche Bedenken entgegenstehen.

Die eben erörterten Bedenken gegen eine Weisung des Krankenhausträgers, die den Arzt zu einem bestimmten Verfahren verpflichten will, können in einer praktikablen Weise auch nicht dadurch ausgeräumt werden, daß es dem Arzt freigestellt wird, auf die Schriftform der Einwilligung in den Fällen zu verzichten, in denen dies für den Patienten eine psychische Belastung bedeuten kann. Die individuelle Beurteilung dieser Voraussetzung durch die einzelnen Krankenhausärzte wäre wohl so verschieden, daß damit eine einheitliche Handhabung nicht zu erreichen wäre. Angesichts der zu erwartenden „Bandbreite“ der Ausnahmen erscheint es zweckmäßiger, die Entscheidung von vorneherein in das Ermessen des Arztes zu stellen.

Werden die Ausnahmen aber enger gefaßt, so vermögen sie die grundsätzlichen Bedenken gegen eine Einschränkung der ärztlichen Behandlungsfreiheit nicht auszuräumen. Dies muß z. B. für die oben erwähnte Dienstanweisung des Kultusministeriums von Baden-Württemberg gelten, die lediglich darauf ab-

stellt, ob „das Befinden des Patienten eine schriftliche Einwilligung zuläßt“ und damit Ausnahmen wohl nur für schwere und schwerste Krankheitsfälle einräumt.

Das Problem der Praktikabilität

Der Gesichtspunkt, daß unnötige psychische Belastungen vermieden werden sollen, noch mehr aber Erfordernisse der Praktikabilität legen eine sorgfältige Prüfung nahe, ob die Schriftform der Einwilligung für jeden Eingriff vorgesehen werden soll oder ob sich eine Beschränkung auf bestimmte Eingriffe empfiehlt. Um die „Dimensionen“ aufzuzeigen, die sich ergeben, wenn die Schriftform der Einwilligungserklärung für alle Eingriffe vorgeschrieben wird, mag folgender kurzer Hinweis genügen:

Im Sinne der Rechtsprechung bedarf der Einwilligung jede diagnostische oder therapeutische, die Körperintegrität berührende Maßnahme, auch wenn sie nicht mit einer äußeren Verletzung des Körpers verbunden ist. Unter diesen Begriff fällt also z. B. auch die medikamentöse Behandlung. Im Bereich der Chirurgie und sonstiger operativer Fächer zählt hierher nicht nur der operative Eingriff selbst, sondern ebenso die Nebeneingriffe (wie z. B. Bluttransfusionen), das ihn einleitende Betäubungsverfahren (auch in der Form der Gasnarkose) und zahlreiche ärztliche Verrichtungen im Bereich der Voruntersuchung, der Vorbehandlung, der Nachuntersuchung und der Nachbehandlung, also z. B. Blutentnahme, Injektionen, Röntgenuntersuchungen. Der Bundesgerichtshof rechnet zum (einwilligungsbedürftigen) Heileingriff offenbar selbst die äußere Versorgung geringfügiger Schnitt- und Stoßverletzungen¹²⁾.

Ein Teil der Dienstanweisungen der Krankenhausträger, so z. B. die des Kultusministeriums von Baden-Württemberg, schreibt die Einholung schriftlicher Einwilligungserklärungen für ärztliche Eingriffe schlechthin vor, also ohne die kleinen und kleinsten Eingriffe auszunehmen. Wird der Gegenstand der schriftlichen Einwilligungserklärung so weit gegriffen, so ergeben sich ernsthafte Zweifel an der Praktikabilität allein schon hinsichtlich des bürotechnischen Schreib- und Arbeitsaufwandes.

Wird die Schriftform für alle ärztlichen Eingriffe gefordert, so ergibt sich zudem die Gefahr, daß die Krankenhausärzte dadurch gezwungen werden, bei der Aufklärung des Patienten noch weit über die von der

¹²⁾ vgl. BGHSt. 16, S. 309

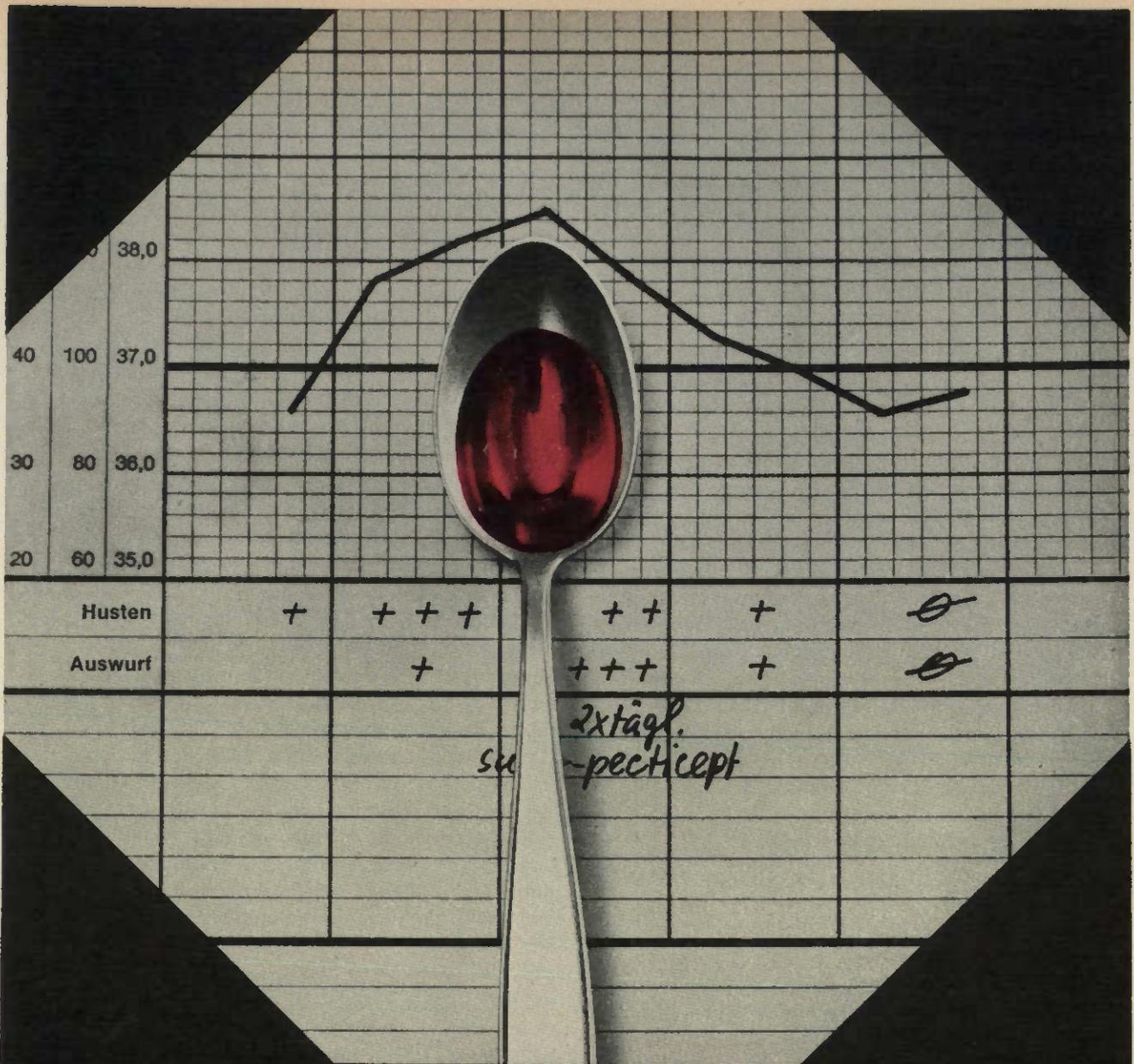
RECORSAN[®]

-HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

O. P. Tube zu 30 g

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg



Bei **sulfo-pecticept** spricht man über Produktvorteile

- Ausgesprochen angenehmer Geschmack
- Sehr gute Verträglichkeit
- Selektive Dämpfung des Hustenzentrums
- Sichere Wirkung bei fieberhaften Erkältungen durch Sulfadiazin-Komponente

sulfo-pecticept
die wohlschmeckende Sulfonamid-Kombination mit Langzeiteffekt zur wirkungsvollen Therapie aller fieberigen Erkältungskrankheiten

Handelsformen
Flasche mit 90 ml
Packung mit 25 Tabletten



Sanol-Arzneimittel[®]
Dr. Schwarz GmbH
4019 Monheim/Rhld.

zu mag ihm auch der Hinweis helfen, es handle sich nicht um eine spezielle, durch die individuelle gesundheitliche Situation des Patienten bedingte Vorsichtsmaßregel, sondern um eine im Krankenhaus übliche Maßnahme. Bemüht der Arzt sich, den Patienten zu beruhigen und sieht er von der Einholung der Unterschrift in den Fällen von vorneherein ab, in denen eine stärkere psychische Belastung zu befürchten ist, so kann es meines Erachtens trotz der erwähnten Bedenken keinesfalls als „unärztlich“ getadelt werden, wenn er dem Bedürfnis nach einer Sicherung der Beweisführung gegen ungerechtfertigte Ansprüche den Vorrang vor dem Wunsch des Patienten einräumt, von jeder nicht unbedingt nötigen psychischen Belastung verschont zu bleiben.

Auch die Befürworter der schriftlichen Einwilligungserklärung werden aber nicht bestreiten, daß die Einforderung der Unterschrift unter die Einwilligungserklärung trotz aller Vorsicht des Arztes zumindest in den Augen ängstlicher Patienten die Gefahren des bevorstehenden Eingriffs unterstreichen und damit den beabsichtigten Heilerfolg beeinträchtigen kann. Aus dieser Erkenntnis wird zu folgern sein:

Die Entscheidung, ob generell oder im Einzelfall eine schriftliche Einwilligungserklärung eingeholt oder darauf verzichtet werden soll, steht mit der Heilungsaufgabe des Arztes in einem engen und untrennbaren Zusammenhang. Sie kann deshalb zwar Gegenstand von Empfehlungen des Krankenhausträgers sein, nicht aber — wie in den oben erwähnten Beispielen — verpflichtender Dienstanweisungen, weil diese in den Kernbereich der ärztlichen Berufsausübung eingreifen würden. In diesem Bereich ist der Arzt, wie sich u. a. aus § 1 Abs. 2 der Bundesärzteordnung ergibt, frei von Weisungen, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob er seinen Beruf in freier Praxis oder als angestellter Arzt ausübt.

Zum gleichen Ergebnis führt die Auseinandersetzung mit den von der Rechtsprechung entwickelten Gedankengängen und Konzeptionen zur ärztlichen Aufklärungspflicht.

Inhalt und Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht sind von der Rechtsprechung im Spannungsfeld zwischen der Heilungsaufgabe des Arztes und dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten festgelegt worden. Dabei hat sich die Rechtsprechung anhand der Einzelfallentscheidungen und der dort gesammelten Erfahrungen in voller Erkenntnis der Problematik einer zu weitgehenden Aufklärungspflicht (vgl. z. B. BGHZ 29 S. 46, 56) zu allgemeinen Rechtsgrundsätzen vorgetastet, die heute als in sich geschlossenes System gelten müssen.

Die Ärzteschaft hat die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen als zum Teil unerfüllbar und für den Patienten schädlich heftig kritisiert.

Wie immer man aber zu diesem grundsätzlichen Meinungsstreit und zu der Kritik der Ärzteschaft an den

näheren Anforderungen der Rechtsprechung stehen will: Die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht müssen als Maximalforderungen verstanden werden. Sie markieren eine äußerste Grenze. Es dürfte außer jedem Zweifel stehen, daß der Krankenhausträger diese Grenzen nicht verändern und dem Arzt keine weitergehenden Aufklärungspflichten auferlegen, sondern ihm lediglich die Beachtung der Rechtsprechungsgrundsätze zur Pflicht machen kann, an die der Arzt ohnehin gebunden ist.

Der Einwand liegt nahe, wenn die Dienstanweisungen die Einholung schriftlicher Einwilligungserklärungen vorschreiben, so handle es sich ausschließlich um eine Formvorschrift, der von der Rechtsprechung festgelegte materielle Inhalt der Aufklärungspflicht und ihre Grenzen würden dadurch nicht betroffen. Er geht gleichwohl fehl.

Die Rechtsprechung hat die Art und Weise der Aufklärung, das „Wie“ bewußt dem Arzt überlassen. Die Freiheit in der Form der Aufklärung muß als notwendiges Korrelat zu den strengen von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen über den Inhalt der ärztlichen Aufklärungspflichten verstanden werden; sie soll gewährleisten, daß die Heilungsaufgabe des Arztes durch die strengen Anforderungen an den Inhalt der Aufklärung nicht über das unvermeidliche Maß hinaus beeinträchtigt wird.

Der Bundesgerichtshof (BGHZ 29, S. 176, 184) hat dazu ausgeführt, es sei angebracht und zulässig

„den einzelnen auch in verschiedener Art und Weise über Krankheit und Heilbehandlung aufzuklären. Insoweit steht dem Arzt ein angemessener Spielraum zur Verfügung. Hier, also bei der Frage, wie der Kranke zu unterrichten ist, können sich Sachkunde und Einfühlungsvermögen des Arztes auswirken, um die Aufklärung den Erfordernissen des Einzelfalles anzupassen. Dagegen kann nicht anerkannt werden, daß die Frage..., ob der Kranke überhaupt aufgeklärt werden muß, in das freie Ermessen des Arztes gestellt wird.“

Dienstanweisungen, die das „Wie“ der Aufklärung reglementieren, widersprechen dieser Konzeption. Sie schränken die Entscheidungsfreiheit des Arztes in einem Bereich ein, in dem sie ihm von der Rechtsprechung — im Interesse des Patienten — bewußt als Ausgleich für die strengen Anforderungen an den Inhalt der Aufklärungspflichten belassen wurde. Selbst wenn die unmittelbaren Auswirkungen von Formvorschriften über die Einwilligung und Aufklärung zunächst als gering erscheinen mögen, verschleiben sie doch die von der Rechtsprechung bei der diffizilen Abwägung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und der Heilungsaufgabe des Arztes gezogenen Grenzen und damit zugleich das Gewicht der Rechtsprechungsgrundsätze selbst. Form und Inhalt lassen sich insoweit nicht voneinander trennen. Daß der hier in Frage stehenden Weisung, schriftliche Ein-

Muster II
(Strahlenbehandlung)

(Name des Patienten)

Ich habe das Merkblatt „Hinweise für Bestrahlungspatienten“ erhalten und bin über die Bedeutung und möglichen Folgen der Behandlung mit ionisierenden Strahlen insbesondere mit

- * Radium
- Röntgenstrahlen
- Radiogold
- Elektronenschleuder
- Gammatron (Kobaltfernbestrahlung)

eingehend unterrichtet worden. Insbesondere wurde ich darauf aufmerksam gemacht, daß in einigen Fällen als Bestrahlungsfolge auch noch nach Jahren Veränderungen der Haut, der Blase, der Harnleiter und Nieren, des Darmes und des Skelettes und anderer Organe eufreten können, die Erkrankungen zur Folge haben und ärztliche Eingriffe notwendig machen und daß daher eine ärztliche Überwachung nach Abschluß der Strahlenbehandlung angezeigt ist.

Ich erkläre, daß ich nach Kenntnis dieser möglichen Auswirkungen mit der durchzuführenden Strahlenbehandlung in der ärztlicherseits für notwendig erachteten Art und Dosierung einverstanden bin.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw.
des Personensorgeberechtigten)

(Gegenzeichnung des
behandelnden Arztes)

* Nichtzutreffendes durchstreichen

Muster III
(Kosmetische Operationen)

(Name des Patienten)

Ich erkläre, daß die plastische (kosmetische) Operation

(genaue Angabe der Operation)

auf mein ausdrückliches und ernstliches Verlangen hin ausgeführt wird. Über die Art und Bedeutung des Eingriffs sowie über seine möglichen Komplikationen bin ich eingehend unterrichtet worden.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw.
des Personensorgeberechtigten)

(Gegenzeichnung des
behandelnden Arztes)

c) Die Geschäftsanweisung der Stadt Nürnberg vom 24. Januar 1967 sieht vor, daß jedem Patienten gegen Unterschrift auf der ersten anzulegenden Fieberkurve

ein Merkblatt ausgehändigt wird, das im Sinne einer „Basis“-Einwilligung den Satz enthält:

„Der Patient bekundet mit dem Eintritt in die Städtischen Krankenanstalten, daß er von seinem Leiden befreit werden will und überläßt dem Arzt vertrauensvoll die Entscheidung über die erforderlichen Maßnahmen.“

Weiter soll dem Patienten vor Operationen oder Eingriffen, die einer Operation gleichzusetzen sind, eine schriftliche Einverständniserklärung nach folgendem Muster abverlangt werden:

Einverständniserklärung

Vor- und Zuname des Kranken:

geb.:

Mit der vorgeschlagenen Operation (einschl. Betäubung)
Behandlungsmaßnahme

(Bezeichnung)

bin ich einverstanden und über die Art, Bedeutung und typischen Gefahren aufgeklärt. Notwendig werdende Nebeneingriffe finden meine Zustimmung.

Nürnberg, den

Unterschrift des Kranken bzw. bei minderjährigen oder geschäftsunfähigen Kranken Unterschrift des gesetzlichen Vertreters; bei ehelichen Kindern Unterschrift des Vaters und der Mutter.

Ist nur ein Elternteil anwesend: „Ich handle euch im Auftrag und Vollmacht für meinen abwesenden Ehegatten.“

Unterschrift:

Anschrift des gesetzlichen Vertreters und dessen Stellung zum Kranken:

Bestellungsurkunde des gesetzlichen Vertreters wurde vorgelegt und geprüft.

Unterschrift des behelrenden Arztes:

**Kann der Arzt angewiesen werden, schriftliche
Einwilligungserklärungen einzuholen?**

Gegen die Einforderung schriftlicher Einwilligungserklärungen sind aus ärztlicher Sicht gewichtige Einwände erhoben worden. Am schwersten wiegt wohl das Bedenken, der Patient, der sich vor dem Eingriff ohnehin in einer psychischen Ausnahmesituation befindet, werde durch die Einforderung der Unterschrift unter eine Einwilligungserklärung zusätzlich beunruhigt. Dies sei medizinisch nicht vertretbar, weil Erfolg oder Mißerfolg einer Behandlungsmaßnahme nicht zuletzt durch die psychische Verfassung des Patienten mitbestimmt werden.

Wie beim Aufklärungsgespräch selbst, wird der Arzt auch bei der Einholung der Unterschrift unter die Einwilligungserklärung die Ängste und Sorgen des Patienten, die durch ein solches Vorgehen geweckt werden, mit Geschick und psychologischem Einfühlungsvermögen weitgehend wieder zerstreuen können; da-

Wegen der oben skizzierten Beweislastverteilung im Zivilprozeß haben Krankenhausträger in ihren Dienst- anweisungen auch Anordnungen darüber getroffen, wie der Arzt (und damit auch sie selbst) sich gegen die Behauptung des Patienten schützen soll, der Eingriff sei ohne seine Einwilligung vorgenommen worden oder er habe nur eingewilligt, weil er sich infolge einer unzureichenden Aufklärung über die für seine Entscheidung wesentlichen Umstände nicht im klaren gewesen sei. Dabei stellte sich für die Krankenhausträger die Frage, ob grundsätzlich die schriftliche Einwilligung des Patienten eingeholt werden und welchen Inhalt eine solche Erklärung erhalten soll.

Neben dieser Art der Sicherung der Beweisführung kommt praktisch nur noch der Vermerk des behandelnden Arztes über die Aufklärung und die erteilte Einwilligung in der Krankengeschichte und die Zuziehung von ärztlichen Kollegen oder Heilhilfspersonen in Betracht, die später als Zeugen bestätigen können, daß (und in welchem Umfang) der Patient aufgeklärt wurde und daß er die Einwilligung in den Eingriff erklärte. Die Sicherung der Beweisführung durch Zeugen ist bei der Vielzahl der Patienten und der dadurch bedingten Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens der Zugezogenen jedoch nur von bedingtem Wert, falls diese nicht ihre Wahrnehmungen unmittelbar im Anschluß an das Gespräch des Arztes mit dem Patienten schriftlich niederlegen, etwa in der Form, daß sie einen entsprechenden Vermerk des behandelnden Arztes in der Krankengeschichte unterschreiben.

Die Einholung schriftlicher Einwilligungserklärungen des Patienten erscheint demgegenüber verwaltungstechnisch in manchem einfacher und unkomplizierter, bei einer zweckentsprechenden Handhabung vielleicht auch als sicherer.

Dienstanweisungen der Krankenhausträger zur Form der Einwilligung

Zahlreiche Krankenhausträger haben sich deshalb für diese Methode entschieden.

Dazu drei Beispiele, um die verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten aufzuzeigen:

a) Die Gesundheitsbehörde Hamburg hat in einer für die staatlichen Hamburger Krankenanstalten erlassenen Dienstanweisung vom 4. September 1961 den Ärzten die Einholung der schriftlichen Einwilligung zur Pflicht gemacht und dafür folgenden Wortlaut vorge- sehen:

„Ich erkläre mich hierdurch mit den an mir — meinem Sohn — meiner Tochter — meinem Mündel — meinem Pflegling im Sinne des § 1910 BGB zum Zwecke der Untersuchung und Behandlung vorzunehmenden Eingriffen einverstanden.“

Für jeden Eingriff mit typischen Gefahren ist nach dieser Dienstanweisung ein Vordruck mit folgendem Text zu verwenden:

„Ich erkläre mich einverstanden, daß an mir — meinem Sohn — meiner Tochter — meinem Mündel — meinem Pflegling im Sinne des § 1910 BGB ... vor- genommen wird. Über die Art und Bedeutung die- ses Eingriffes sowie über seine möglichen Auswir- kungen bin ich von Dr. med. ... heute eingehend unterrichtet worden.“

Weiter bestimmt die Dienstanweisung:

„Ist mit Rücksicht auf den Gesundheitszustand eines Patienten die Abforderung einer schriftlichen Einwilligungserklärung nicht tunlich, so ist die Ein- willigung nach entsprechender Aufklärung münd- lich einzuholen und in der Krankengeschichte durch den aufklärenden Arzt zu vermerken. Falls eine Schwester oder ein Arzt bei der Aufklärung zuge- gen ist, ist dies aus Gründen der Beweissicherung in den Vermerk aufzunehmen. Weiter soll der Sach- verhalt in der Krankengeschichte vermerkt werden, wenn ein eilbedürftiger Eingriff an einem nicht ein- willigungsfähigen Patienten vorgenommen werden muß oder wenn eine eingehende Aufklärung unter- lassen wird, weil zu befürchten ist, daß sie zu einer ernststen Schädigung des Patienten führen würde; die Gründe, die zu dieser Annahme führen, sollen dabei möglichst genau bezeichnet werden.“

Der Städtetag hat im Jahre 1964 diese Dienstanwei- sung seinen Mitgliedern bekanntgegeben; sie hat an- deren Krankenhausträgern als Modell gedient.

b) Auf ähnlichen Grundsätzen basiert eine Dienstan- weisung des Kultusministeriums Baden-Württemberg für die Ärzte der Universitätskliniken vom 13. Juni 1969, die sich an eine entsprechende Niedersächsische Regelung anlehnt. Sie macht die Einholung schrift- licher Einwilligungen den Ärzten gleichfalls zur Pflicht. Sie sieht folgende drei Muster für die Einwilligungs- erklärung vor, die Mindestanforderungen darstellen; sie sollen bei Bedarf in den einzelnen Fächern diffe- renzierter gestaltet werden können.

Muster I (allgemein)

(Name des Patienten)

Ich erkläre, daß ich mit dem mir vorgeschlagenen ärztlichen Eingriff

(genaue Bezeichnung der Behandlung)

einverstanden bin und allen sich bei der Ausführung dieses Eingriffes als notwendig erweisenden Maßnahmen zustimme. Über die Art und Bedeutung dieses Eingriffes sowie über seine möglichen Auswirkungen bin ich heute unterrichtet worden.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw.
des Personensorgeberechtigten)

len Gefahrenlage verschieden; sie bestimmt sich u. a. aus der Abwägung der Gefahren und Nachteile, die dem Patienten drohen, falls der Eingriff unterbleibt, mit den Risiken, die der Eingriff selbst bietet. Hat der Arzt einen Patienten vor sich, dessen Leben bedroht ist, wenn er ihn nicht sofort operiert, „so braucht er mit der Einwilligung nicht viel Umstände zu machen“⁶⁾. Ist ein Eingriff dagegen nicht erforderlich, sondern lediglich „gegeben“ (z. B. Entfernung eines zur Zeit nicht entzündeten Blinddarms), so muß der Arzt dies dem Patienten sagen; er muß ihm hier die Gründe und Gegenstände eingehend auseinandersetzen und ihm Zeit zu ruhiger Überlegung und zu weiteren Fragen geben. Als typischer Fall, in dem der Patient auch über relativ geringfügige Risiken zu unterrichten ist, kann der kosmetische Eingriff gelten. Selbst kleinere Risiken können hier für die Entscheidung des verständigen Patienten Gewicht gewinnen⁷⁾.

Über die mit bestimmten Eingriffen verbundenen „typischen“ Gefahren muß der Patient aufgeklärt werden, wenn sie eine bestimmte Komplikationsdichte erreichen. Diese Komplikationsdichte ist von der Rechtsprechung bei den einzelnen Eingriffen verschieden bemessen und z. B. hinsichtlich der Gefahr des Knochenbruchs beim Elektroschock (mit 7 %) und der Komplikationen bei der Strahlentherapie (mit 5–6 %) bejaht worden⁸⁾. Im allgemeinen wird es sich empfehlen, über typische Gefahren aufzuklären, wenn sie eine Komplikationsdichte von 3–4 % überschreiten⁹⁾.

Ausnahmen von der Aufklärungspflicht gelten dort, wo der Patient die Behandlung vertrauensvoll in die Hand des Arztes legt und auf eine nähere Unterrichtung über die Art, Bedeutung und insbesondere die Gefahren des Eingriffs verzichtet. Weiter tendiert die Rechtsprechung dahin, die Pflicht zur vollen Aufklärung dort einzuschränken, wo diese den Patienten so schwer belasten würde, daß dadurch der Behandlungserfolg in Frage gestellt würde.

Im einzelnen können die von der Rechtsprechung zur Aufklärungspflicht entwickelten höchst differenzierten Grundsätze hier nicht dargestellt werden. Der kurze

Überblick mag aber genügen, um die Probleme in ihren Umrissen aufzuzeigen, soweit sie für die Gestaltung der (schriftlichen) Einwilligungserklärung Bedeutung erlangen können.

Die Krankenhausträger haben vielfach Dienstanweisungen erlassen, in denen sie ihren angestellten und beamteten Ärzten die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze mitteilen und ihnen ihre Beachtung zur Pflicht machen. Die Krankenhausträger genügen damit der ihnen von der Rechtsprechung auferlegten Verpflichtung, die Aufklärung im Krankenhaus zweckentsprechend zu organisieren und für die Beachtung der Rechtsprechungsgrundsätze zu sorgen¹⁰⁾.

Form der Einwilligung und Sicherung der Beweismittel

Während die Rechtsprechung die Beachtung der differenzierten Grundsätze über den Inhalt und Umfang der Aufklärungspflicht unabhängig davon fordert, ob der Arzt sie persönlich anerkennt oder ablehnt, läßt sie ihm in der Art und Weise der Aufklärung freie Hand. Der Bundesgerichtshof hat dazu ausgeführt¹¹⁾, der Arzt solle bemüht sein, den Patienten zu beruhigen und die Unsicherheit zu beseitigen, die bei ihm durch die Aufklärung herbeigeführt wird. Es sei zulässig, daß er ihn durch geduldiges Zureden und Eingehen auf seine Ängste und Bedenken für eine dringend gebotene Behandlung gewinne.

An die Form der Einwilligung werden keine rechtlichen Anforderungen gestellt. Sie kann also schriftlich, mündlich und auch stillschweigend (durch schlüssiges Handeln) erteilt werden, so wenn der Patient einer für ihn erkennbaren Behandlungsmaßnahme nicht widerspricht.

⁶⁾ BGH in MDR 59, 503

⁷⁾ vgl. WILLE, DÄ 64, S. 2250

⁸⁾ vgl. die Aufstellung in KHA 62, S. 140, 141

⁹⁾ vgl. SPANN, Ärztliche Rechts- und Standeskunde, S. 125, 135 und PERRET, Arzthaftpflichtrecht, S. 18

¹⁰⁾ vgl. BGH, ständige Rechtsprechung

¹¹⁾ vgl. BGHZ 29, S. 46, 56

chelidonium-strath®

Leber- und Gallenerkrankungen

chelidonium-strath® - nach dem Strath-Verfahren über lebende Hefezellen metabolisierte Pflanzen-Wirkstoffe.

100 ml Plasmolysat enthalten 100 ml Torula-utilis-Auszug aus 2,0 g Herb. Chelidonii, 0,8 g Herb. Agrimoniae, 0,8 g Fol. Salviae, 0,6 g Herb. Taraxaci, 0,8 g Herb. Hyperici.



Strath-Labor GmbH
8405 Donaustauf

50 ml DM 6,05
100 ml DM 11,20
250 ml DM 21,70

der Nachwelt zur Verfügung zu stellen. Es entstanden ab 1525 die theoretischen Schriften „Die Unterweysung der Messung“, „Die Befestigungslehre“, „Die Proportionslehre“ und in Entwürfen und Zeichnungen ein unvollendetes Lehrbuch der Malerei. Besser als alle Zitate aus diesen Werken veranschaulichen die Abbildungen 20 und 21 das, was Dürer seinen Schülern und den kommenden Geschlechtern zum Thema Zentralperspektive sagen wollte.

Die Zeitgenossen und Nachfolger haben die Lehren Dürers nicht immer mit Erfolg und oft nicht in seinem Sinne interpretiert. Die Zentralperspektive, die große Entdeckung der Renaissance wurde in ihrer künstlerischen Wertigkeit von vielen Malern weit überschätzt. Es entstanden Bilder, die man als eine Apotheose der Zentralperspektive bezeichnen kann; Abbildung 22 zeigt eine solche durch die Zentralperspektive inspirierte und ausschließlich nach ihr aufgebaute Bildkomposition. Vergleicht man dies geometrische Gebilde mit Dürers Allerheiligenbild, das ja auch ganz den Gesetzen der Zentralperspektive gehorcht, so wird man sofort den Unterschied zwischen dem Meister und der Fehlinterpretation erkennen. Hier bei

Dürer ist die Zentralperspektive eine Hilfe, die sich zwanglos der Bildkomposition unterordnet, dort das kunstlose Diktat der Geometrie. Man hat in späteren Jahrhunderten Dürer den Vorwurf gemacht, er habe durch seine wissenschaftlichen Traktate über die Zentralperspektive die Künstler der Nachwelt auf eine falsche Fährte gesetzt, er habe die Messung mit Zirkel und Richtscheit vor die Kunst gestellt.

Dürers Werke und Worte widerlegen solch absurde Vorwürfe gegen den Meister der deutschen Renaissance. Ich möchte mit einem einschlägigen Zitat aus Dürers Proportionslehre schließen:

„Aber so du wohl messen hast gelernt, und den Verstand mitsamt dem Brauch überkommen, also daß du ein Ding aus freier Gewißheit kannst machen und weißt einem jeglichen Ding recht zu tun, alsdann ist es nit allweg not, ein jegliches Ding allweg zu messen, denn deine überkommene Kunst macht dir ein gutes Augenmaß; alsdann ist die geübte Hand gehorsam.“

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

Standesleben

Professor Dr. med. E. Fromm Ehrendoktor der Medizin der Universität Ottawa

Während der XXV. Generalversammlung des Weltärztebundes, die vom 12. bis 18. September 1971 in Ottawa/Kanada stattfand, wurde dem Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Herrn Professor Dr. med. Ernst FROMM, der zugleich seit 15 Jahren Schatzmeister des Weltärztebundes und damit Mitglied des engeren Vorstandes des Weltärztebundes ist, eine außerordentliche Ehrung zuteil.

Die Universität Ottawa verlieh Herrn Professor Fromm auf Vorschlag ihrer Medizinischen Fakultät die Würde eines Doktors der Medizin honoris causa.

Wie außergewöhnlich diese Ehrung ist, wurde dadurch unterstrichen, daß gleichzeitig mit Herrn Professor Fromm die Würde eines Ehrendoktors der Medizin der Universität Ottawa an drei weitere hochverdiente Ärzte verliehen wurde: an Herrn Professor Charles H. BEST, der zusammen mit BANTING vor 50 Jahren das Insulin entdeckt hatte, Herrn Professor Dr. Paul R. DAVID, dem Begründer und Leiter des Kardiologischen Zentrums der Universität Montreal, und Herrn Dr. Alberto Z. ROMUALDES, Manila/Philippinen, dem Generalsekretär des Weltärztebundes.

Die Insignien der Ehrendoktorwürde, der Doktorhut mit dazugehöriger Hermelinschärpe, wurden Professor Fromm und den anderen Ausgezeichneten nach einer Festansprache des Rektors der Universität Ottawa, Pater Roger Guindon, D. T. h., LL.D., und Verlesung eingehender Laudationes durch den Dekan der Medizinischen Fakultät, Professor J. J. Lussier, M. Sc., M. D., Ph.D., F. I. C. S., durch die Präsidentin der Universität Ottawa, Mistress Cancellor P. L. Warner, in Anwesenheit der Teilnehmer der XXV. Generalversammlung des Weltärztebundes und zahlreicher Angehöriger des diplomatischen Korps von Ottawa im kanadischen Nationaltheater am 16. September 1971 verliehen.

Professor Dr. med. H. J. Sewering Schatzmeister des Weltärztebundes

Herr Professor Fromm wurde auf seinen Wunsch von seinem Amt als Schatzmeister des Weltärztebundes entbunden. Zu seinem Nachfolger wurde Professor Dr. med. Hans J. SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, gewählt.

Zwischenbilanz einer Tarifaueinandersetzung

I.

Am 14. Oktober 1971 haben in München Tarifverhandlungen über die Arbeitsbedingungen der Krankenhausärzte im Öffentlichen Dienst stattgefunden. Sie sind nach 12 Stunden harter aber sachlicher Auseinandersetzung auf den 23./24. November 1971 vertagt worden. Keine der an den Gesprächen beteiligten Gewerkschaften konnte den Angeboten der Arbeitgeber zustimmen. Diese Angebote zeigen aber in ihren Grundzügen die Bereitschaft, Lösungen der dringenden Probleme zu finden; wenn auch noch kein greifbares und annehmbares Verhandlungsergebnis vorliegt, so besteht doch kein Grund, die Verhandlungen als gescheitert zu betrachten und etwa gegenwärtig die Kampfmaßnahmen fortzusetzen, deren es bedurfte, um die Arbeitgeber überhaupt an den Verhandlungstisch zu bringen!

II.

Im Oktober 1969 hatte der Marburger Bund die mit den öffentlichen Arbeitgebern vereinbarten Tarifverträge (BAT) gekündigt, in erster Linie mit dem Ziel, die besonderen Arbeitsbedingungen der Krankenhausärzte (Sonderregelung 2 c) neu und zeitgerecht zu regeln. Die gekündigten Tarifnormen lassen es zu, dem Arzt bis zu 16 Sonntags-, Feiertags- und Nachtdienste im Monat abzufordern; sie sehen für diese besondere Dienstleistung Vergütungen vor, die keinerlei Entschädigung für den Freizügigkeitsverlust beinhalten und für die kein „normaler“ Arbeitnehmer tätig würde.

Die Forderungen des Marburger Bundes wurden den Arbeitgebern mit der Kündigung des Vertrages präsentiert, ihr Eingang bestätigt. Dann aber kam die lange Zeit des Schweigens. Mahnungen, Resolutionen, Drohungen und keine Reaktion! Nicht einmal die Aussicht eines Termins! Am 4. März 1971 schreibt man uns: „Auch die DAG bedauert, daß die Arbeitgeber nicht bereit sind, sich in Verhandlungen über die Novellierung des BAT, in Sonderheit der SR 2 c einzulassen. . . . Es wird nicht einfach sein, in absehbarer Zeit eine Verhandlung in dieser Angelegenheit zu erzwingen. Es bedarf da schon sicher gewisser recht lebhafter Impulse . . .“

Anfang April 1971 folgt unsere Hauptversammlung in Saarbrücken. Wir fordern, uns bis zum 31. Mai 1971 einen Termin für die Verhandlungen zu nennen: Schweigen!

Am 7. Juni 1971 auf unser Drängen hin „persönliche Gespräche“ mit dem Ergebnis: keine Terminzusagen! Verhandlungen sind auch dann gescheitert, wenn nur der eine Partner reden will! Am 10. Juni 1971 stellt die „Große Tarifkommission“ des Verbandes dies fest und beschließt, eine „Urabstimmung“ einzuleiten. Erst Berlin, dann Bremen, dann alle anderen Bundesländer. Kaum beginnt die Urabstimmung in Berlin zu laufen, entfaltet auch die ÖTV Aktivitäten. Plötzlich betont man allseits „Verhandlungsbereitschaft“. „Termin für Termingespräche 14. September 1971“. Wir erfahren aus der Zeitung davon. „Der Marburger Bund verletzt die Friedenspflicht“ bekommen wir von den Arbeitgebern zu hören. Daß man mit uns reden wolle, sagt man

nicht. Am 10. September 1971 steht es fest: In allen Landesverbänden haben sich mehr als 96 % der Kollegen für die Einleitung von Kampfmaßnahmen erklärt, um unsere Forderungen durchzusetzen, u. a.:

- eine gerechte Bewertung der Mehrarbeit und Wochenenddienste und für deren Verminderung auf ein für sie erträgliches Maß,
- Aufstiegsmöglichkeiten und mehr selbständige Verantwortungsbereiche am Krankenhaus,
- die Anerkennung ärztlicher Fortbildung als Dienstaufgabe (u. a. Fortbildungsurlaub).

Die Tagespresse nimmt sich endlich unserer Probleme an. Wir diskutieren nicht mehr unter uns. Kammern, Hartmannbund und NAV bekunden Solidarität!

III.

In Bayern sind es 97,2 % der Kolleginnen und Kollegen, die sich für Kampfmaßnahmen erklären. Am 13. September 1971 beginnen die Kampfmaßnahmen im ganzen Bundesgebiet. Demonstrationen, Go-ins in den Rathäusern. In Bayern errichten wir Informationsstände in Augsburg, München und Nürnberg, 20 000 Flugblätter werden den Kollegen teilweise aus der Hand gerissen! Unsere Patienten haben Verständnis. „Daß Ihr Euch das so lange habt gefallen lassen!“

IV.

Am 14. September 1971 ist das Termingespräch in Köln. Arbeitgeber, DAG und ÖTV kommen unter dem Druck der öffentlichen Meinung überein, am 14. Oktober 1971 in München „über Arbeitsbedingungen der Krankenhausärzte“ zu verhandeln. Der Termin wäre abzeptabel; aber kein Wort an uns. Schließlich vertreten wir 75 % der Krankenhausärzte. Will man ü b e r u n s , nicht m i t u n s verhandeln? Die Große Tarifkommission beschließt: Am 27. September 1971 geht der Marburger Bund in allen Ländern in die Kampfstufe 2 — „Aktion intensive Behandlung“.

In Bayern rüsten wir uns in zunächst 10 Häusern zum „Schreibstreik“. Zwischen dem 28. und 30. September 1971 zu unterschiedlicher Zeit wollen wir an den einzelnen Häusern anfangen.

Am 28. September 1971 blasen wir zum „Kleinen“, am 29. September 1971 zum „Großen Halt“. Es ist ein Brief der Arbeitgeber da: „Man sei von Anfang an der Auffassung gewesen, daß auch Vertreter Ihrer Organisation an den bevorstehenden Tarifverhandlungen über die Arbeitsbedingungen teilnehmen werden“ — man sei „bereit, sicherzustellen, daß . . . Schwierigkeiten . . . nicht auftreten werden“.

Warum nicht gleich so?

V.

Wir stehen „Gewehr bei Fuß“.

Wie nie zuvor haben wir Solidarität entwickelt — erlebt, was sie zu bewirken vermag. Auch die Arbeitgeber wissen heute um den Willen der Krankenhausärzte, auf gerechte Arbeitsbedingungen zu drängen. Dies schon sollte uns die Hoffnung geben, daß die Verhandlungen am 23./24. November 1971 ein annehmbares Ergebnis bringen.

MB Bayern



Mit Digipersantin® schafft es das Herz

Persantin® und Digoxin:
mehr als eine
Digitalis-Behandlung
der Herzinsuffizienz

Indikationen: Alle Formen der Herzinsuffizienz.

Zusammensetzung: Digipersantin 1/8: 2,6-Bis(diäthanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido [5,4-d]pyrimidin 25,0 mg, Digoxin 0,125 mg. Digipersantin 1/4: 2,6-Bis(diäthanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido [5,4-d]pyrimidin 25,0 mg, Digoxin 0,25 mg.

Zur Beachtung: Fieber, Hypothyreose, fortgeschrittene Stadien der Insuffizienz und stark vergrößerte Herzen erfordern relativ hohe Dosen. Mit erhöhter Glykosid-Empfindlichkeit muß dagegen bei alten Menschen, bei Cor pulmonale, bei infarktpatienten und bei schwerer Koronarsklerose gerechnet werden. Für niedrige Erhaltungsdosen eignet sich besonders Digipersantin 1/8; ferner für jene Fälle, in denen höhere Persantin-Tegeasosen erforderlich sind.

Handelsformen: Digipersantin 1/8: Originalpackungen mit 20, 50, 100 Dragées DM 5,25, 11,75, 21,00 lt. AT. Digipersantin 1/4: Originalpackungen mit 20, 50, 100 Dragées DM 5,75, 13,10, 23,35 lt. AT, Klinikpackungen.

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

46. Fortbildungstagung – Tagesvorsitz: Professor Dr. H. J. Dengler, Gießen

(Fortsetzung)

Tagesthema: Pharmakotherapie in der Praxis

Professor Dr. H. J. DENGLER, Gießen:

„Die Probleme der gleichzeitigen Verabreichung mehrerer Medikamente“

Medikamente können sich bezüglich ihres Wirkungsspektrums bzw. ihrer Nebenwirkungen auf verschiedenen Ebenen beeinflussen:

Auf der Rezeptorebene ist hierbei z. B. auf die Gefahr der Überdosierung infolge Verabreichung mehrerer Präparate von sogenannten Betablockern hinzuweisen (Problem der in ihrer Zusammensetzung oft nicht bekannten koronartherapeutischen Mischpräparate). Für die Anästhesie bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Verstärkung der Muskelrelaxantienwirkung durch Gabe von Streptomycin (z. B. intraabdominell). Die zweite Ebene stellt die Kombinationswirkung auf physiologische Systeme dar. Als Beispiele hierzu: Beeinflussung der Herzfrequenz im Sinne der Bradykardie durch Gabe von Digitalis und Betablockern. Beeinflussung der Digitalisempfindlichkeit durch Sarturika über den Kaliumstoffwechsel (negative Kaliumbilanz!).

Eine weitere Ebene stellt die Beeinflussung des Zentralnervensystems dar. Die potenzierende Wirkung von Sedativa und Alkohol (Gefahr der sogenannten „kleinen Tranquilizer“) und die von Barbituraten und Phenothiazinen ist hier von besonderer Bedeutung. Die Veränderung der Pharmakokinetik miteinander verabreichter Medikamente stellt eine nächste Ebene dar: Beeinflussung der enteralen Resorption (z. B. herabgesetzte Resorption von Tetracyclinen durch Kalziumionen, verbesserte Resorption von Sekalealkaloiden durch Coffein), Competition um Proteinbindung (z. B. zunehmende Wirkung von Kumarinderivaten bei zusätzlicher Gabe von Butazolidin), gegenseitige Beeinflussung des Metabolismus durch Hemmung des Arzneimittelabbaues oder durch Enzyminduktion (z. B. herabgesetzte Wirkung der Kumarine bei gleichzeitiger Verabreichung von Barbituraten).

Die allgemeine Tatsache, daß die Nebenwirkungsquoten sich proportional zur Anzahl der verabreichten Medikamente verhalten, läßt die Forderung laut werden, bei der gleichzeitigen Gabe zahlreicher Medikamente kritischer und zurückhaltender zu sein.

Privatdozent Dr. K. H. RAHN, Mainz:

„Die Beeinflussung der Arzneimittelwirkung durch die Krankheit“

Die hierbei ablaufenden Vorgänge werden unter dem Begriff der Pharmakokinetik zusammengefaßt. Im Gegensatz hierzu beinhaltet der Begriff der Pharmako-

dynamik die Wirkungen des Arzneimittels auf den Organismus. Arzneimittelwirkungen werden modifiziert durch Veränderungen der Resorption, der Verteilung, des Metabolismus und der Ausscheidung.

Seit langem bekannt ist die unzuverlässige enterale Resorption von Arzneimitteln bei Enteropathien verschiedener Genese. Weniger bekannt hingegen scheinen Resorptionsstörungen parenteral verabreichter Pharmaka (i. m., s. c.) infolge Durchblutungsstörungen von Unterhautfettgewebe und Muskulatur (Schock!), wobei hier nach Überwindung z. B. des Schockzustandes plötzlich entsprechend große Mengen des depotierten Pharmakons in die Zirkulation gelangen. Interessant erscheint die Tatsache, daß bei der Leberzirrhose nur für wenige Wirkstoffe ein wirklich verlangsamter Metabolismus festzustellen ist, insbesondere für Isoniazid, Rifampicin, Meproamat. Eine verlangsamte Elimination und damit eine verlängerte Wirkung ist beim Vorliegen einer Niereninsuffizienz zu beachten! z. B.:

Herzglykoside: Strophanthin, Digoxin, weniger das Digitoxin (hier jedoch schlechte Steuerbarkeit!)

Antibiotika: Tetracycline, Colistin, Gentamycin, Streptomycin, Stoffwechselprodukte des Chloramphenicol?

Antihypertensiva: α -Methyldopa, Guanethidin (hier jedoch zum Teil Umwandlung in unwirksame Metabolite)

Auch Änderungen des Wasser-Elektrolythaushaltes sind von Wichtigkeit, z. B. gesteigerte Toxizität von Herzglykosiden bei der Hypokaliämie.

In vielen Fällen ist jedoch eine geänderte Pharmakodynamik bei verschiedenen Erkrankungen noch nicht geklärt, wie z. B. das häufigere Gelingen einer Umwandlung von Vorhofflimmern in einen Sinusrhythmus durch Chinidin bei Mitralstenose als bei Mitralinsuffizienz.

Professor Dr. E. GLADTKE, Köln:

„Besonderheiten der Arzneimittelbehandlung im Kindesalter“

Die Ausreifung zur vollen Leberleistung erfolgt beim Neu- und Frühgeborenen in den ersten Lebenswochen. Daher besteht in diesem Zeitraum durch eine allgemeine Minderung der Enzymaktivität eine verzögerte Elimination zahlreicher Arzneimittel, die einer Veränderung durch Konjugation, Metabolisierung oder Katabolisierung unterliegen (Chloramphenicol, Sulfonamide, Steroide, Salizylate, Aminophenolderivate, Phenylbutazon!). Eine weitere Verzögerung der Elimination in dieser Periode beruht auf der noch bestehenden herabgesetzten Leistung der glomerulären Filtration und tubulären Sekretion. Hiervon sind besonders betroffen: Streptomycin, Isoniacid, Tetracyclin, Cephaloridin bzw. Cephalotin, Nitrofurantoin,

Kontrastmittel zur Darstellung der ableitenden Harnwege.

Aus diesen Vorstellungen heraus resultiert für die tägliche ärztliche Praxis die Gabe von Medikamenten mit großer therapeutischer Breite, d. h. einer großen Spanne zwischen Wirkkonzentration und toxischer Dosis (günstig hierbei die Penicilline!). Zu beachten ist im weiteren das Phänomen der sogenannten konkurrierenden Eiweißbindung von Arzneimitteln z. B. mit Bilirubin. Hierdurch kann es bereits bei geringen Bilirubinspiegeln zum Kernikterus kommen (Bindungskapazität der Albumine erschöpft: nicht konjugiertes Bilirubin kann als starkes Zellgift wirksam werden!).

Eine noch wenig genutzte Möglichkeit stellt die Verabreichung von sogenannten Langzeitpräparaten (erst nach abgeklungenem Neugeborenenikterus!) dar: durch verzögerte Elimination bei sehr jungen Säuglingen, z. B. bei Sulfonamiden, mit einer Gabe eine antimikrobiell wirksame Konzentration über oft mehr als zwei Wochen! Zu erwähnen sei noch die gesteigerte Sauerstoffempfindlichkeit bei Neonaten (retrolentale Fibroplasie bei längerer O_2 -Konzentration über 40%), die auffallende Empfindlichkeit gegenüber Morpholin, seinen Derivaten und verwandten Stoffen (Codein!). Wegen der Gefahr der Methämoglobinbildung sind im ersten Trimenon Phenacetin und vor allem ältere Sulfonamide zu meiden.

Im allgemeinen kann bei Kindern die Dosierung auf das Körpergewicht bezogen werden, insbesondere muß dies geschehen bei dystrophen, zwergwüchsigen, hochwüchsigen und adipösen Kindern.

Ausgehend von der Erwachsenenendosis kann für Stoffe, die sich im Extrazellulärraum verteilen (Salizylate, Phenazonderivate, Phenybutazon, Sulfonamide, herzwirksame Glykoside, Thyreoidea siccata, Antihistaminika, Saluretika, ACTH, Papaverin, Dolantin, Prednison, Prednisolon, Spirolacton, Euphyllin, Vitamin C und K_1), folgende Umrechnung gelten:

- $\frac{2}{12}$ Jahre: $\frac{1}{6}$ der Erwachsenenendosis
- $\frac{6}{12}$ Jahre: $\frac{1}{5}$ der Erwachsenenendosis
- 1 Jahr : $\frac{1}{4}$ der Erwachsenenendosis
- 3 Jahre: $\frac{1}{3}$ der Erwachsenenendosis

- 7 Jahre: $\frac{1}{2}$ der Erwachsenenendosis
- 12 Jahre: $\frac{2}{3}$ der Erwachsenenendosis

Aufgrund oft nur unzuverlässiger Resorption ist die rektale Verabreichung nur solcher Medikamente gerechtfertigt, bei denen die Wirkung am Patienten direkt abgelesen werden kann, wie dies z. B. für Analgetika, Antipyretika, Hypnotika und Antikonvulsiva gilt. Tetracycline sollten wegen der bekannten zahnschädigenden Nebenwirkung möglichst nicht bei Kindern unter 6 bis 8 Jahren verordnet werden.

Professor Dr. G. W. KORTING, Mainz:

„Dermatologische Nebenwirkungen von Arzneimitteln“

Grundsätzlich ist folgende Einteilung möglich:

1. „Orthologische“, weil unvermeidliche Wirkungen von Medikamenten (z. B. Kortisonatrophie der Epidermis),
2. toxische Sofort- und Spätfolgen (z. B. multiple, spät manifestierte bowenoide Epitheliome nach Arsen-gabe),
3. Arzneimittelnebenwirkungen ökologischer Natur (z. B. Versorgung nach Zufuhr von Antibiotika, Kortikoiden und bestimmten Trichomonadenmitteln),
4. die JARISCH-HERXHEIMER und KRAUSEschen Reaktionen und
5. die eigentlichen allergischen Reaktionen infolge Antikörperbildung gegen den Wirkstoff selbst oder eine seiner Abbauformen.

Von den fixen Exanthenen abgesehen (Rezidivanschläge auf ungefähr gleichbleibender Ausbreitungsstelle mit lang anhaltender residuärer Pigmentierung meist ohne begleitende Allgemeinsymptome nach Einnahme von Pyrazolonen, Phenolphthalein, Phenacetin, Salizyl- oder Barbitursäurederivaten), verursachen nur wenige Medikamente für diese charakteristische Hautreaktionen. Bei der Unterscheidung der einzelnen medikamentös bedingten Exantheme folgt man am besten morphologischen Prinzipien. So sind vorwiegend makulo-papulöse, im einzelnen z. B. scharlach- oder masernähnliche Ausschläge nach Analgetika,



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

Dismenol

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

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

Antirheumatika und Antipyretika zu beobachten. Tritt im Rahmen eines Arzneimittelausschlages der Erythemcharakter zurück, so können infolge Einstreuung fokaler Petechien SCHÖNLEIN-artige Purpurabilder entstehen (besonders nach Salizylsäuregaben). Thrombozytopenien als Ursache einer Arzneimittelpurpura wurden nach Chininapplikationen beobachtet.

Urtikarielle Hautreaktionen werden besonders leicht durch Penicillinbehandlung ausgelöst. Sie treten typischerweise neun bis elf Tage nach Injektion, weitaus seltener nach oraler Medikation auf. Nicht selten weist bereits frühzeitig an der Injektionsstelle eine ödematöse Infiltration auf die in Gang kommende Allergisierung hin. Eine vorsorgliche Penicillinhauttestung ist in ihrem Aussagewert umstritten, zumal allein durch die intrakutane Probeinjektion bedenkliche Nebenwirkungen ausgelöst werden können. Auch ein negativer Testausfall schließt ein gefährliches Schocksyndrom bei weiteren Penicillininjektionen nicht aus. Heftige anaphylaktoide Reaktionen werden auch nach versehentlichen intravasalen Injektionen von Depot-Penicillinen beobachtet; Intoleranzreaktionen lösen insbesondere beigefügte Verzögerungssubstanzen (Procain und Antihistaminika) aus. Urtikarielle Reaktionen wurden in den letzten Jahren ferner nicht nur nach Gabe artfremder Antitoxinseren, sondern auch bei aktiven Schutzimpfstoffen, wie z. B. dem Tetanol (Spuren von Pferdeserum oder Formalin?), beobachtet. Trotzdem sollte auf eine Wiederholung der Tetanolinjektion nur bei beachtlichen Reaktionen verzichtet werden.

Aus der Fülle der weiterhin besprochenen Unverträglichkeitsreaktionen seien noch einige herausgegriffen: Akneförmige, medikamentöse Störungen der Talgdrüsenfunktion wurden früher nach Halogengaben („Jodpickel“) und heute besonders auf Kortisonderivate, Vitamin D₂ und INH hin beobachtet. Nach langdauernder Anwendung von Glukokortikoiden kann sich eine zigarettenpapierdünne, schlaff runzelige, die großen Beugeregionen bevorzugende sogenannte „Kortisonhaut“ entwickeln. Außerdem werden Striae, Thrombophlebitiden, Pyodermien und Pilzinfektionen begünstigt.

Mit arzneimittelbedingten Haarwuchsstörungen ist nach Behandlung mit Zytostatika, Antikonvulsiva und Thyreostatika zu rechnen; mit blauschwärzlichen Pigmentierungen des Nagelbettes nach Antimalariamitteln und Tetracyclinen. Sulfonamide und Sulfonylharnstoffe können eine Photosensibilisierung bzw. photoallergische Kontaktekzeme bedingen. Bei den durch Hormonbehandlung ausgelösten dermatologischen Nebenwirkungen spielen heute die oralen Kontrazeptiva eine beachtliche Rolle. Diese können zu Chloasmen, Hypertrichosen, akneformen Eruptionen, zur Provokation eines „Herpes“ bzw. einer „Prurigo gestationis“ sowie zu Störungen des Purinstoffwechsels führen. Durch Erhöhung des Glykogengehaltes und damit der Milchsäure in der Vagina wird ferner des Wachs-

tum von *Candida albicans*, d. h. die Entwicklung von Candidamykosen, gefördert.

Privatdozent Dr. W. P. HARTL, Aachen:

„Nebenwirkungen von Arzneimitteln auf Blut und Knochenmark“

Zu unterscheiden sind Nebenwirkungen auf die Stammzellen des Knochenmarkes, eine Schädigung bzw. Funktionsbeeinträchtigung der reifen Zellen des peripheren Blutes und Nebenwirkungen auf die Zellen des Immunsystems.

Unter den toxischen Nebenwirkungen auf das Knochenmark spielen die Panmyelopathien die wichtigste Rolle. Die hierbei konsekutive Panzytopenie (Abfall der Erythrozyten, Leukozyten, und Thrombozyten im peripheren Blut) ist zumeist das erste hämatologische Leitsymptom. Von akuten aktuellem Interesse sind hier die in den letzten Jahren beobachteten Fälle arzneimittelbedingter Panmyelopathien unter einer Chloramphenicolbehandlung. Dabei unterscheidet man eine durch Überdosierung bedingte toxische Markhemmung (z. B. bei Leber-Niereninsuffizienz durch verzögerte Elimination), die reversibel ist, von einer weit gefährlicheren dosisunabhängigen, oft erst protrahiert einsetzenden und in ca. 50% der Fälle irreversiblen Knochenmarksschädigung wahrscheinlich immunologischer Natur. Glücklicherweise stellt die Chloramphenicol-Panmyelopathie eine relativ seltene Komplikation dar (ca. ein Fall auf 20 000 bis 200 000 Behandelte). Folgende Gesichtspunkte sollten jedoch bei der Chloramphenicolbehandlung berücksichtigt werden: strengste Indikationsstellung (cave! sogenannte Mischpräparate, z. B. zur Bronchitisprophylaxe, o. ä.), verabreichte Gesamtdosis einschließlich früherer Behandlungen („Chloramphenicol-Ausweis“?) nicht mehr als 30 g! Therapeutische Maßnahmen bei Vorliegen einer Panmyelopathie: sofortiges Absetzen aller potentiell myelotoxischen Pharmaka, falls erforderlich Frischbluttransfusionen, Infektionsschutz (Ampicillin, Gentamycin!), eventuell Gammaglobulin-Gaben. Einen nur zweifelhaften Wert haben hingegen Androgene, anabole Steroide, Kortikoide.

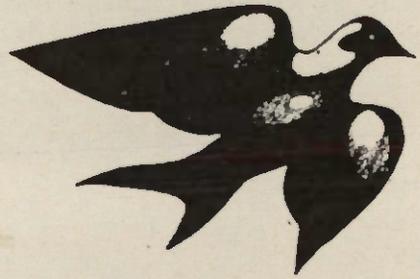
Weitere Knochenmarkschäden treten im Vergleich hierzu zahlenmäßig in den Hintergrund, wie:

Megakaryoblastäre Krankheitsbilder (reversibel!) bei Gabe von Hydantoinderivaten, Antimetaboliten, Daraprim, Phenobutazon und Nitrofurantoin (Therapie: Absetzen des Pharmakon, Folsäuregabe).

Sideroachrestische Anämien bei gewissen Chemotherapeutika (Cycloserin, Pyrazinamid, Isonicotinsäurehydrazid), Zytostatika (Chlorambuzil, Stickstofflost, Busulfan).

Enzymopenische hämolytische Anämien, beruhend auf einem Stoffwechseldefekt der Erythrozyten (Bevölkerung des Mittelmeerraumes!),

Neue Freiheit für den Rheumatiker



BRUFEN

Neues nicht hormonales
Antirheumatikum, hochwirksam und
äußerst gut verträglich.

BRUFEN

Verbessert die Greifkraft,
vermindert Steifheit und Schmerzen.

BRUFEN

Gut verträglich —
auch bei Magenempfindlichen.

BRUFEN

Praktisch frei von Nebenwirkungen
und Kontraindikationen.

Zusammensetzung:
1 Dragée enthält 200 mg Ibuprofen
OP: 20 und 100 Dragées

UCB CHEMIE GMBH
5159 SINDORF BEI KÖLN



wobei hämolytische Krisen durch oxydierende Medikamente ausgelöst werden können (Resochin, Pheno- butazon, Chloramphenicol).

Arzneimittelallergische Blutschäden (Prototyp die Agranulozytose!) entstehen durch pathogene Wirkungen zirkulierender Antikörper. Von den verschiedensten Pharmaka stellen die aminopyrin- haltigen (akuter Krankheitsverlauf!) und phenothiazin- haltigen (schleichender Verlauf!) Medikamente die Haupt- gruppen dar. Therapeutisch ist hier die Gabe von Kor- tikoiden sehr umstritten (weitere Herabsetzung der In- fektabwehr!).

Professor Dr. K. F. WEINGES, Homburg/Saar:

„Ist eine Neuordnung der oralen Diabetesbehandlung nötig?“

Drei Formen der Glukosetoleranzstörung sind zu unterscheiden: der sogenannte Insulinmangeldiabetes (sogenannter jugendlicher Diabetes = absoluter In- sulinmangel), der sogenannte Erwachsenendiabetes mit relativem Insulinmangel (verzögerte Insulinsek- retion bei erhaltener Biosynthese) und die Hyperglykämie des Adipösen (Insulinspiegel im Blut erhöht!).

Zur exakten Diagnostik eines erhöhten Blutzucker- spiegels bzw. eines Diabetes mellitus bedarf es dem- nach der Bestimmung des Insulinspiegels im Blut, wo- bei die Methode nicht einmal einen zu großen Aufwand erfordert. Zum anderen kann als gewisser Ersatz für die Insulinbestimmung die Bestimmung der Fettsäu- ren im Blut gelten, wobei ihre Abnahme um mehr als 50% des Nüchternwertes nach drei Stunden im Rah- men der oralen Glukosebelastung für einen genügend hohen Insulinspiegel, also gegen einen absoluten und relativen Insulinmangel spricht. Nur hierdurch läßt sich somit die Hyperglykämie des adipösen Patienten mit erhöhtem Insulinspiegel von einer solchen beim so- genannten Erwachsenendiabetes unterscheiden, da bei- de Gruppen die gleiche pathologische Glukosetole- ranzkurve aufweisen.

Als eine gewisse Neuorientierung der Diabetesthera- pie kann daher angesehen werden, daß der adipöse hyperglykämische Patient mit erhöhtem Insulinspiegel (Vorliegen einer Störung der biologischen Aktivität des Insulins in der Peripherie!) weder Insulin noch Sulfonylharnstoffe wie der Diabetiker mit relativem Insulinmangel erhalten darf. Für ihn gilt: konsequente Reduktionsdiät eventuell in Kombination mit Biguaniden (Buformin, Phenformin), die hier ihr wich- tigstes Indikationsgebiet haben.

Fortbestehen einer Adipositas über ca. 15 Jahre hin führt zum Auftreten eines echten Insulinmangeldiabe- tes auch ohne das Vorliegen einer familiären Diabetes- belastung (= Erschöpfung eines allmählich „angege- senen“ Hyperinsulinismus!). Daher muß die strikte Ein- haltung einer strengen Reduktionsdiät beim adipösen normo- und besonders dem hyperglykämischen Pa- tienten oberstes Gebot unserer therapeutischen Be- mühungen sein.

Privatdozent Dr. G. W. BACHMANN, Gießen:

„Betablocker, eine neue Arzneimittelgruppe – aktuelle Fragen zur Anwendung“

Die Gruppe der sogenannten Betarezeptorenblocker bewirkt eine Beeinflussung des sympathischen Ner- vensystems (Strukturähnlichkeit der Betastimulatoren und Betablocker: kompetitive Hemmwirkung: Beta- sympathikolyse). Am Herzmuskel tritt somit eine Wir- kung im Sinne einer Herabsetzung der Frequenz, der Erregungsleitung, der Kontraktilität und damit des O₂- und Substratverbrauches ein (zudem noch Umvertei- lung des Blutes in den Herzkranzgefäßen?). Es resul- tiert hieraus eine pharmakologische Entlastung des Herzens.

Neben diesen spezifisch betablockierenden Einflüssen weist diese Arzneimittelgruppe eine Reihe unspezifi- scher Wirkqualitäten auf: lokalanästhetische, antifibri- latorische und als wichtigste die kardiodepressive (kal- ziumantagonistische Wirksamkeit!).

Die Einteilung der Betablocker erfolgt (hierbei > = größer als):

1. Nach sympatholytischer Aktivität: Viscen > Dociton > Trasicor > Doberol > Aptin > INPEA
2. Nach der Relation der sympathomimetischen Eigen- wirkung und der sympatholytischen Aktivität: Aptin > Viscen, Trasicor, Doberol, INPEA > Dociton
3. Nach der Relation der negativ-Inotropen Wirkung und der sympatholytischen Aktivität: Dociton > Do- berol > Trasicor, INPEA, Viscen

Die wesentlichsten Indikationen: Koronarinsuffizienz, hyperkinetisches Herzsyndrom, tachykarde Rhythmus- störungen einschließlich Anfallsprophylaxe (Sinus- tachykardie besonders bei Hyperthyreose, paroxysma- le supraventrikuläre Tachykardien, vorwiegend supra- ventrikuläre aber auch ventrikuläre Extrasystolie be- sonders bei Digitalisüberdosierung, eventuell Vorhof- flattern und Flimmern mit Kammertachykardie).

Grundsatz der Dosierung muß sein, einschlei- chend und immer in der möglichst niedrigsten Dosie- rung zu therapieren. In der Regel erfordern das hyper- kinetische Herzsyndrom, der Herzschmerz bei vegeta- tiven Instabilen sowie die hypertone Regulationsstö- rung nur sehr geringe, die Koronarinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen hingegen größere Dosen. Ge- nerell sollte die i. v.-Gabe nur in der Klinik erfolgen.

Streng zu beachten sind die Kontraindikatio- nen einer Betarezeptorenblockade: manifeste Herz- insuffizienz ohne vorherige Digitalisierung (nach er- folgter Volldigitalisierung Betablockergabe möglich!), frischer Herzinfarkt (drohende kardiale Insuffizienz!), obstruktive Atemwegserkrankungen (akute pulmonale Insuffizienz!), bradykarde Herzrhythmusstörungen. Als Antidote gelten: Atropin, Alupent, Aludrin.

Referent des zweiten Tages: Dr. med. H. Friebel, Nürnberg

(Fortsetzung folgt)

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bechhofen, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Dinkelsbühl: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Feuchtwangen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Merkendorf, Lkr. Gunzenhausen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In einem stadteigenen Haus (Obergeschoß) stehen Wohn- und Praxisräume mit zusammen 144 qm zur Verfügung und werden für einen Arzt freigehalten.

Nürnberg-Lengwasser: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Niederbayern

Brettenberg, Lkr. Wegscheid (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Seit 1. April 1971 frei gewordene einzige Kassenarztstelle. Das Einzugsgebiet umfaßt etwa 4700 Einwohner.

Deggendorf: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

Dringend zu besetzende zweite Kassenarztstelle für einen HNO-Arzt. Belegmöglichkeit ist vorhanden.

Eggenfelden: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

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

Einziges Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein. Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

Grafenau (Bayer. Wald): 1 Augenarzt

Kelheim/Donau: 1 Augenarzt

Belegmöglichkeit im Krankenhaus.

Kirchberg, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Zweite Praktikerstelle für Kirchberg. Das Einzugsgebiet umfaßt etwa 5000 Einwohner. Die Gemeinde ist gegebenenfalls bereit, einen erschlossenen Baugrund zur Verfügung zu stellen.

Metten, Lkr. Deggendorf (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die bisherige zweite Praktikerstelle ist eb sofort dringend zu besetzen. Einzugsgebiet ca. 8700 Einwohner.

Neuschönau, Lkr. Grafenau (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Durch Verzicht und Wazug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

Pfarrkirchen: 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

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

Bad Hellbrunn, Lkr. Bad Tölz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Eine badeärztliche Tätigkeit ist möglich.

Bruckmühl, Ortstell Heufeld, Lkr. Bad Albling: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Eching, Lkr. Freising: 1 Kinderarzt

Erdling: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gaimersheim, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Garching, Lkr. Altötting: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Inchenhofen, Lkr. Alchach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kirchseeon, Lkr. Ebersberg, 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Pförring, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte – Oberbayern –, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16/II, zu richten.

Oberfranken

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Eventuell auch im direkt angrenzenden Neuenmarkt.

Hof/Saale: 1 Kinderarzt

Kronach: 1 Kinderarzt

Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Münchberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Marktredwitz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Seybothenreuth, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Scherneck, Lkr. Coburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Steinbach am Wald, Lkr. Kronach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Oberpfalz

Erbendorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Eschenbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Floß bei Neustadt/WN: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Grafenwöhr: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hahnbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kastl bei Amberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumarkt: 1 Augenarzt

Mittertelch: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumarkt: 1 Lungenarzt oder 1 Internist mit dem Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

Roding: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Weiden (Ortstell Nord): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Weiden: 1 Nervenarzt

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Kinderkrankheiten und für Allgemeinmedizin sind zu besetzen.

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

Schwaben

Augsburg (Ortstell 4): 1 Augenarzt

Augsburg-Oberhausen-Süd (Ortstell 16):

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Babenhhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Blessenhofen, Lkr. Marktoberdorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Praxisräume sind vorhanden. Bei Beschaffung der Wohnung ist die Gemeinde behilflich.

Burgheim, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Ichenhausen, Lkr. Günzburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wiederbesetzung eines durch Todesfall unerwartet vakant gewordenen Arztsitzes.

Memmingen: 1 Augenarzt

Mindelheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Rennertshofen, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Thannhausen, Lkr. Krumbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Untermeltingen, Lkr. Schwabmünchen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die Gemeinde kann Mietobjekte vermitteln und Grundstücke zum Kauf anbieten.

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

Unterfranken

Mainaschaff: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Für die sich ständig vergrößernde Gemeinde wird eine dritte Kassenarztstelle ausgeschrieben. Mainaschaff liegt im Einzugsgebiet der Stadt Aschaffenburg, in der alle Schulen vorhanden sind. Praxis- und Wohnräume können von der Gemeinde gestellt werden, ebenfalls will die Gemeinde bei späteren Bauabsichten behilflich sein.

Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

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

Geschichte der Medizin

Nürnberger Medizin von der Dürerzeit bis zur Medizinalordnung

Zum Andenken an Robert Herrlinger

von Professor Magnus Schmid

Vorstand des Seminars für Geschichte der Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg

Eine Landschaft kann nur von einem höheren Punkt aus überblickt werden. Ähnliches gilt für die Betrachtung einer historischen Epoche und so auch für die Nürnberger Medizin von der Zeit Dürers bis zur Medizinalordnung im Jahr 1592. Dieser höhere Punkt ist nicht ohne weiteres sichtbar. Damit er in Sicht komme, ist es erforderlich, ferner Liegendes oder allzu Bekanntes nicht achtlos liegenzulassen. Bei diesem Bemühen ist zunächst ein Bezirk anzugehen, der mit der Medizinalgeschichte anscheinend nichts gemein hat.

1.

Im Sacrum Imperium Romanum hatte Nürnberg vom 22. März 1424 bis zum 9. August 1796 das hohe Vorrecht inne, daß es, wie auch die alte Kaiserstadt Aachen, einen Teil der Reichskleinodien hütete. Darüber ist zur Genüge berichtet worden. Das jährliche Fest der Heiltumsweisungen am zweiten Freitag nach Ostern, dem Fest der Heiligen Lanze, beschrieb zu-

letzt ausführlich J. Schnellbögl. Es soll daher nicht Bekanntes wiederholt, sondern nur hervorgehoben werden, daß die Stadtväter als Ort der Aufbewahrung der Kleinodien die Kirche des Heiliggeistspitals gewählt hatten: In einer Kapelle über der Sakristei waren der Krönungsornat und die Reichsinsignien untergebracht, in der Kirche aber schwebte vor dem Hochaltar, von vergoldeten Ketten gehalten, die mit Silber beschlagene Truhe aus Eichenholz, in der die Reichsreliquien geborgen waren. Schnellbögl nennt das Grundanliegen des Festes der Heiltumsweisungen vom zweiten Freitag nach Ostern, es ist im Officium der Messe vom Fest der Heiligen Lanze und der Nägel ausgesprochen: der Herr möge den Gläubigen, welche die Leidenswerkzeuge verehren, die Waffen des Lichtes gewähren, nämlich Wahrheit, Gerechtigkeit und die Bereitschaft für das Evangelium des Friedens. Von der Betrachtung dieses Festes ausgehend lassen sich Gesichtspunkte erkennen, die zu unserem Thema eine Beziehung bieten. Von Bedeutung erscheint dabei die

historische Entwicklung des Festes. Zu dieser hatte der spätmittelalterliche, frühhumanistische Prager Hof wesentliche Akzente beigetragen. Hatte Kaiser Karl IV. den Reliquien seltsame Dinge, so den Span von der Krippe Christi hinzugefügt, so weist nach Schnellbögl das Officium der Festmesse letztlich auf den Prager Frühhumanismus zurück. Der tief sinnige Autor des Stückes vom „Ackermann aus Böhmen“, Johann Tepl aus Saaz, der in Prag studiert hatte, komme in Frage für die Beteiligung an der Abfassung des *Reimofficiums*. Echtes und Unechtes, hehre Symbolik und allerlei Tand, sind miteinander und ineinander verflochten.

Die Frage, von wann an diejenigen, die die Weisung der Heiltümer vornahmen, diese Mischung von Wahren und Falschem durchschauten, kann hier zwar nicht verfolgt werden. Sie ist jedoch in unserem Zusammenhang trotzdem nicht fehl am Platz, da die Weisung auch Beziehung zum Heilen hatte und sakrales ärztliches Wirken nach dem zeitgemäßen Sinnverständnis am Festgeschehen beteiligt war.

Die Weisung der Heiltümer sollte im Sinne des Festofficiums Heiligung und Heilung wirken. Nicht allein sollte durch den Abiaß die Befreiung von lastender Sündenstrafe geschenkt und die Angst genommen werden von einer Bevölkerung, deren Dasein seit der Mitte des 14. Jahrhunderts in erschreckender Weise durch den „Schwarzen Tod“ bedroht war. Von den Heiltüchern ging Kraft zu leiblicher Heilung aus, denn wer das Glück unmittelbarer oder auch nur mittelbarer Berührung hatte, der hoffte und glaubte daran, heilsamer leiblicher Wirkung teilhaftig und vor Krankheit bewahrt zu werden.

Neben der scholastischen Medizin, die an den hohen Schulen gelehrt wurde, gab es sakrales Heilen. Letztlich in diesem sakralen Bereich gründete nach dem bekannten katalanischen Arzt Arnald von Villanova (*Parabola medicationis, doctrina 1*) in Übereinstimmung mit der Bibel (Sirach 38), die ganze Medizin, wenn diese auch von ihrem wissenschaftlichen Ansatz her und in Hinblick auf ihr Anwendungsfeld sich selbstständig neben der Theologie entwickelte. Diese Hintergründe und Zusammenhänge waren in Nürnberg vor aller Augen realisiert. Mit dem Spitel, das nach dem „*Consolator optimus*“ seinen Namen hatte, war die imperiale Majestas in sinnbildlicher Präsenz verbunden. Diese gründete ihrerseits ihrer sakralen Dignität nach in der zeichenhaft sakramental anwesenden Majestas des Weltenherrschafters, dem die Reichsheiligen dienten. Die jährliche periodische Manifestation

der Heiltümer aber entsühnte, heiligte, heilte das gläubige Volk. In den unaufhaltsamen, geradlinigen eschatologischen Cursus ist die zirkulär wiederkehrende Regeneratio eingeschaltet. Der Aufbewahrungsort der Reichskleinodien und -heiltümer ist in jedem Jahr einmal sakrales Lebenszentrum des Reiches.

Werden die Ärzte Nürnbergs zu jener Zeit von diesem das ganze Volk einbeziehenden Strahlungsfeld beeinflusst? Hartmann Schedel schreibt an den Anfang seines Arnald von Villanova die Worte „*Omnis medela a deo procedit*“ und hält sich dabei an Arnald selbst: „*Omnis medela procedit a summo bono.*“ Arnald leitet mit diesen Worten die erste Doktrin seiner Parabeln ein¹⁾. Er und Hartmann Schedel denken an die ganze wissenschaftliche Medizin. Keine Nachricht scheint sich dagegen erhalten zu haben, die bezeugte, daß Nürnbergs Ärzte im späteren 15. Jahrhundert die in der Heiliggeistkirche durch die Zeichen die Heiltümer speziell auf das gesamte Heilwesen übertragene Weihe in höherem Maße als ethische Verpflichtung erfaßt hätten als die übrige Bevölkerung der Stadt. Hartmann Schedel spricht in seiner Weltchronik lediglich in patriotischem Stolz von den Zeichen, deren Nürnberg sich erfreue.

In dieser Stadt vollzog sich im Heilwesen eine Entwicklung, die als Teilerscheinung eines großen Gruppen der europäischen Gesellschaft ergreifenden Prozesses verständlich wird und den Eindruck des Wirkens dialektischer geschichtlicher Kräfte macht, wobei jedoch die antithetischen Momente durch eine übergreifende Entelechie miteinander verbunden bleiben. Der Beginn dieses beispielhaften Vorganges tritt im Heilwesen Nürnbergs vor 1500 zutage, sein Abschluß läßt sich gegen Ende des 16. Jahrhunderts markieren. Die vielfältigen Erscheinungen, die nun zu besprechen sind, gliedern sich um einige Grundstrukturen; diese sind: der Humanismus bei Nürnberger Ärzten gegen 1500, die wissenschaftlichen Bestrebungen unter den Nürnberger Ärzten des 16. Jahrhunderts, das ärztliche Leben in der Praxis und auch zur Zeit der großen Volksseuchen, zuletzt die Standesprobleme der Heilberufe, die in der Nürnberger Medizinalordnung des Jahres 1592 die zeitgemäße Lösung erhalten.

Diese Grundzüge ließen sich auch in anderen bedeutenden Städten, so in Augsburg und Frankfurt, aufzeigen, doch in Nürnberg erscheint der Horizont der historischen Landschaft in besonders deutlichen Konturen und sind die Wendepunkte im Stadion des geschichtlichen Prozesses in der Medizin auf der einen wie der anderen Seite unverkennbar.

Tonsilgon® bei Lymphatismus

steigert die Infektabwehr deutlich

BIONORICA KG
NÜRNBERG

2.

Aus der Frühzeit des Humanismus in Nürnberg, als hier der Jurist Gregor v. Heimburg, später Aenea Silvio Piccolominis, Papst Pius II., unversöhnlicher Gegner, führte, ist kein namhafter Arzt überliefert, der seinem Kreis angehörte. Der Nürnberger Hermann Schedel (1410–1485) ist in den 50er Jahren nicht in seiner Vaterstadt, sondern in Augsburg Stadtarzt, wo er als Mitglied einer humanistischen Congregatio hervortritt, welcher der Altbürgermeister und Patrizier Sigismund Gossembrot angehört und Bischof Peter von Schaumberg nahesteht. Als Hermann Schedel in den 70er Jahren in seine Heimatstadt zurückkehrte, hatte sich hier eine Änderung der Verhältnisse in der Weise angebahnt, daß die wissenschaftlichen medizinischen Erkenntnisquellen neu zu bedenken waren und die methodischen Grundlagen dieser Disziplin in Bewegung gerieten.

Im Auftrag des Ungarnkönigs Matthias Corvinus war der Astronom Regiomontanus – er selbst nannte sich allerdings nicht so, sondern, wie Zinner gezeigt hat, z. B. „Johannes molitoris de Kunigsperg“²⁾ – nach Nürnberg gekommen, um „die Grundlagen für bessere Tafeln der Planetenbewegungen zu schaffen“. Er hatte Nürnberg dazu ausgewählt wegen „der Tauglichkeit der hier angefertigten Geräte, besonders zum Beobachten, und wegen seiner günstigen Lage zu dem Gedankenaustausch mit den anderswo lebenden Gelehrten, weil es geschäftlich die Mitte Europas darstellte“³⁾. Die Kalender und Jahrbücher (Ephemeriden), die er in eigener Presse druckte – die Jahrbücher wurden bis nach Spanien und Portugal verkauft, sie dienten Kolumbus und Amerigo Vespucci⁴⁾ – vermittelten grundlegende Forschungsergebnisse auch für die Astrologia medica. Diese magisch-astrophysische Richtung in der Heilkunde, die zum guten Teil dem Arabismus zur Last gelegt werden muß⁵⁾, beeindruckte, mit neuplatonischen Vorstellungen vermengt, weite Kreise. In Nürnberg liegt hierbei der Gedanke an Dürers Melancholie nahe. Die Bildstudie entstand unter dem Eindruck der Lehre vom saturnischen Menschen, die der Florentiner Marsilio Ficino in seiner Schrift „De vita triplici“ verbreiten half. Die Bedeutung, die der Schrift beigemessen wurde, erhellt daraus, daß der in Straßburg lebende Arzt Johannes Adelphus Muling (oder Müllich) davon im Jahr 1508 eine deutsche Übersetzung, „das Buch des Lebens“, in Druck brachte⁶⁾. Kaum ein Arzt vermochte sich der lockenden Anziehung jener astrologischen Medizin, die den Menschen im Schnittpunkt kosmischer Beziehungen sah, diese Sicht aber durch eine Mixtur von Klarheit und Unklarheit getrübt hatte, zu entziehen. Die Verunklarung des ärztlichen Menschenbildes, die dadurch entstand, entsprach durchaus der Verunklarung, die sich mit dem Kult der Reichskleinodien verband.

Den angesehenen Regiomontanus suchte der wißbegierige Hermann Schedel aber nicht nur auf, weil die-

ser eine Autorität auf dem Gebiet der Astronomie war. Er begab sich zu ihm eines Tages im August oder September 1472 auch wegen seiner Kenntnis des Griechischen. „Als ich in diesen Tagen einer glücklichen Eingebung folgte und mit dem Magister Johannes Künigsperg über Verschiedenes sprach, bis die dunkle Nacht uns trennte, kam die Rede auch auf die Bedeutung der Worte palin und eti in unserem Coniliator. Da er griechisch versteht, so gab er die lateinische Übersetzung“, berichtet Hermann Schedel seinem Neffen Hartmann Schedel⁷⁾. Regiomontanus hatte seine Kenntnis des Griechischen in Wien, seit 1450 zuerst im Umgang mit dem Schüler des Nikolaus von Kues, Georg Peuerbach und mit Aenea Silvio Piccolomini, dann (ab 1460) auch im Umgang mit Bessarion sich angeeignet und schließlich als Begleiter Bessarions in Italien (von 1462–1464) vertieft. Regiomontanus verfügte über eine Weite des Bildungshorizontes, die der Weite der Handelsbeziehungen der Nürnberger Kaufleute in keiner Weise nachstand.

Das Griechische aber, das Gegenstand des erwähnten Nürnberger Gesprächs zwischen Hermann Schedel und Regiomontanus war, gehörte zur methodischen Grundlage der humanistischen Medizin, jenes Phänomens, das in der Medizingeschichte noch zu wenig erforscht ist, als daß es eindeutig umgrenzt und in seiner tatsächlichen Bedeutung bestimmt werden könnte. Keineswegs beherrschte dieses Phänomen allein das Gesamtbild der Medizin jener Zeit, doch ist es eng verwoben mit den verschiedenen Richtungen und Bestrebungen in ihr. Dies zeigt sich bei Hermann Schedels Neffen Hartmann Schedel (1440–1514), der unter den Nürnberger Ärzten seiner Zeit als die führende Persönlichkeit erscheint. In Leipzig hatte er die Artes liberales studiert und war mit Heinrich Stercker von Mellrichstadt Sammelpunkt eines humanistischen Studentenzirkels gewesen, dessen Mitglieder Briefe nach klassischen Mustern schrieben. Dann hatte er sich nach Padua begeben. Die weit berühmte Universitätsstadt war seit 1406 venezianisch. Zu Venedig unterhielt Nürnberg gute Handelsbeziehungen; im ansehnlichen Fondaco del Tedeschi am Canal Grande konnten die Nürnberger Kaufleute die Waren aus der Levante übernehmen. Bei diesen Verbindungen lag es nahe, daß Nürnbergs Söhne mit Vorliebe in Padua ihren Studien in der Jurisprudenz und Medizin oblagen. Ihre Reiseroute an die Hohe Schule nahmen sie über den Brenner oder über Salzburg-Radstadt-Katschberg-Villach-Venedig⁸⁾. Hartmann Schedel studierte in Padua zunächst Jurisprudenz, wie gleichzeitig mit ihm die später bekannten Nürnberger Juristen Johannes Löffelholz und Johannes Pirckheimer, wandte sich aber dann der Medizin zu, für die Padua seit dem 13. Jahrhundert eine Hochburg des Arabismus bildete. Neben der Beschäftigung mit der mittelalterlichen Medizin unterließ es Hartmann Schedel nicht, Vorlesungen des Demetrios von Athen über griechische Sprache zu hören. Dieser Gräzist war Demetrios Chalkondylas,

der 1463 den ersten Lehrstuhl für griechische Sprache in Padua erhalten hatte. Es nimmt nicht wunder, daß später in der Bibliothek Hartmann Schedels (zahlreiche Bücher befinden sich heute in der Obhut der Bayerischen Staatsbibliothek in München als „Schedel-Bibliothek“) die seit der Antike überlieferten Philosophen, Dichter, Grammatiker und Geographen und ein Autor der griechischen Kirchenväter, Gregor von Nyssa, vertreten waren. Außerdem waren in lateinischen Übersetzungen die Werke der großen arabischen Ärzte — den Kanon des Avicenna hat Hartmann selbst kommentiert —, von Isaac Judaeus, einem scholastischen Mediziner, neben Arnalds von Villanova noch Peters von Abano und Bernhard Gordons, so dann auch die Summa theologica des Thomas von Aquin, die Encyclopädie des Vinzenz von Beauvais, und nicht zuletzt Schriften von Petrarca, Marsilio Ficino und Aenea Silvio Piccolomini vorhanden. Nach manchen Wanderungen, zuletzt war er Stadtarzt in Amberg (1475—1481) gewesen, wurde Hartmann Schedel Stadtarzt in Nürnberg und befand sich nun inmitten eines lebhaften humanistischen Geisteslebens. War er bei der Krönung des Conrad Celtis (1459—1508) zum poeta laureatus am 18. April 1487 zugegen? Kaiser Friedrich III., der die Stadt der Reichskleinodien und finanzkräftiger Kaufleute wiederholt besuchte, setzte selbst dem Geehrten den Lorbeerkranz auf. Der Name

Celtis gibt Anlaß, zu einer Grundströmung im Geistesleben der Zeit vorzustoßen.

Wie überall, wo der geistig bewegliche Mann nach Abschluß seiner Studien — außer an deutschen Universitäten war er in Italien, Ungarn und zum Studium der Astronomie in Krakau gewesen — einige Zeit verweilte, ob in Erfurt, Leipzig, Nürnberg, oder in Ingolstadt, Heidelberg und Wien, wirkte er anregend. In Nürnberg fordert er 1491 die Errichtung einer Poetenschule, die fünf Jahre später, nach seinem Weggang, gegründet wird, aber nur kurze Zeit besteht. In Wien errichtet Kaiser Maximilian I. auf seinen Wunsch 1501 ein „Collegium poetarum et mathematicorum“ als eigenes Institut (Fakultät) neben der Artistenfakultät. Dieses Collegium vereinigt die beiden Richtungen im deutschen Humanismus: die literarisch-stilistische und die mit Astrologie vermengte mathematisch-naturwissenschaftliche Richtung⁹⁾. Auf dieses Ereignis ist besonders hinzuweisen, weil es typisch ist für die humanistische Bewegung, für ihr Streben nach Säkularisierung, Verselbständigung der Wissenschaft als eigener kultureller Lebensmacht gegenüber und neben der Kirche, die bisher das Magisterium, worunter hier der gesamte Bereich des Lehrens verstanden wird, innegehabt und verwaltet hatte. Dieser Vorgang zeigt sich noch in anderen ähnlichen Erscheinungen. In den Städten mit großen Druckereien bilden sich Editoren-

Sylvester ist Ihre Prämie futsch.

Handeln Sie, bevor es knallt. Bringen Sie Ihre 71er Prämie in Sicherheit.

Wenn Sie jetzt bei uns bausparen, haben Sie schon die Super-Jahresprämie gewonnen. Dazu Sparzulage durch die 624-Mark-Anlage. Gewinne zwischen 400 und 1.587 Mark. Oder beachtliche Steuervorteile. Jahr für Jahr.

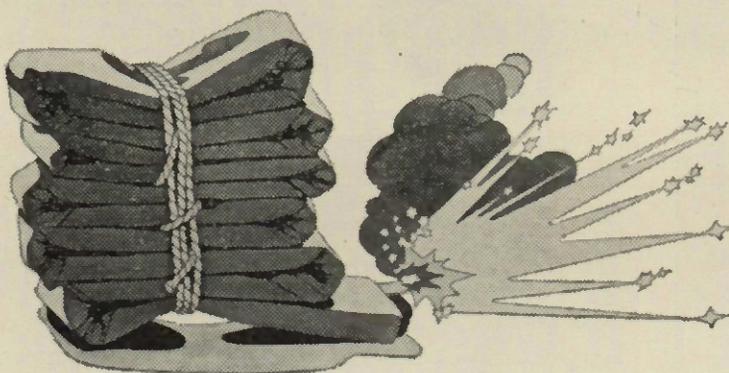
Lassen Sie sich von uns sagen, wie hoch der Gewinn in Ihrem Fall ist. Und welche Möglichkeiten Sie mit unserem günstigen Bau-

darlehen haben. Hausbauen ist nur eine von vielen.

Worauf warten Sie noch? Kommen Sie bis zum 31. 12. zu uns. In eine unserer Beratungsstellen oder zur Sparkasse.

Oder schreiben Sie uns: 8 München 2, Postfach. Wir schicken Ihnen sofort ausführliches Informationsmaterial.

Handeln Sie, bevor es knallt. Dann fängt das neue Jahr gut an.



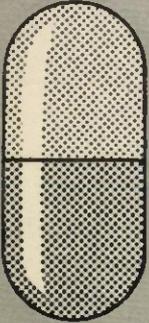
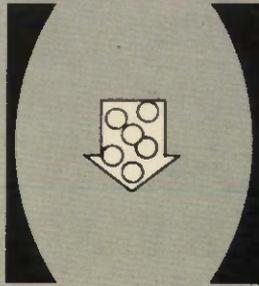
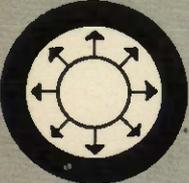
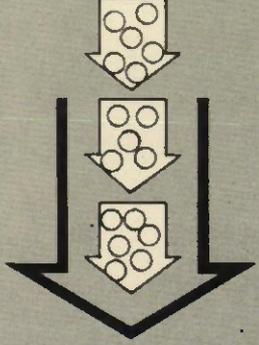
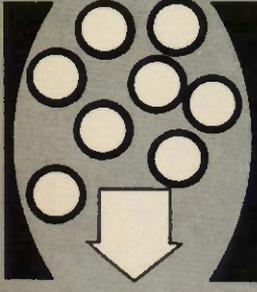
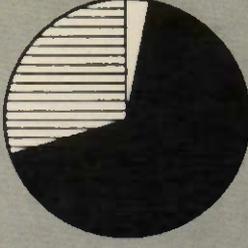
Landes 
Bausparkasse

8 München 2 · Karolinenplatz 1 · Tel.: 21721

 Wir sind die Bausparkasse der Sparkassen

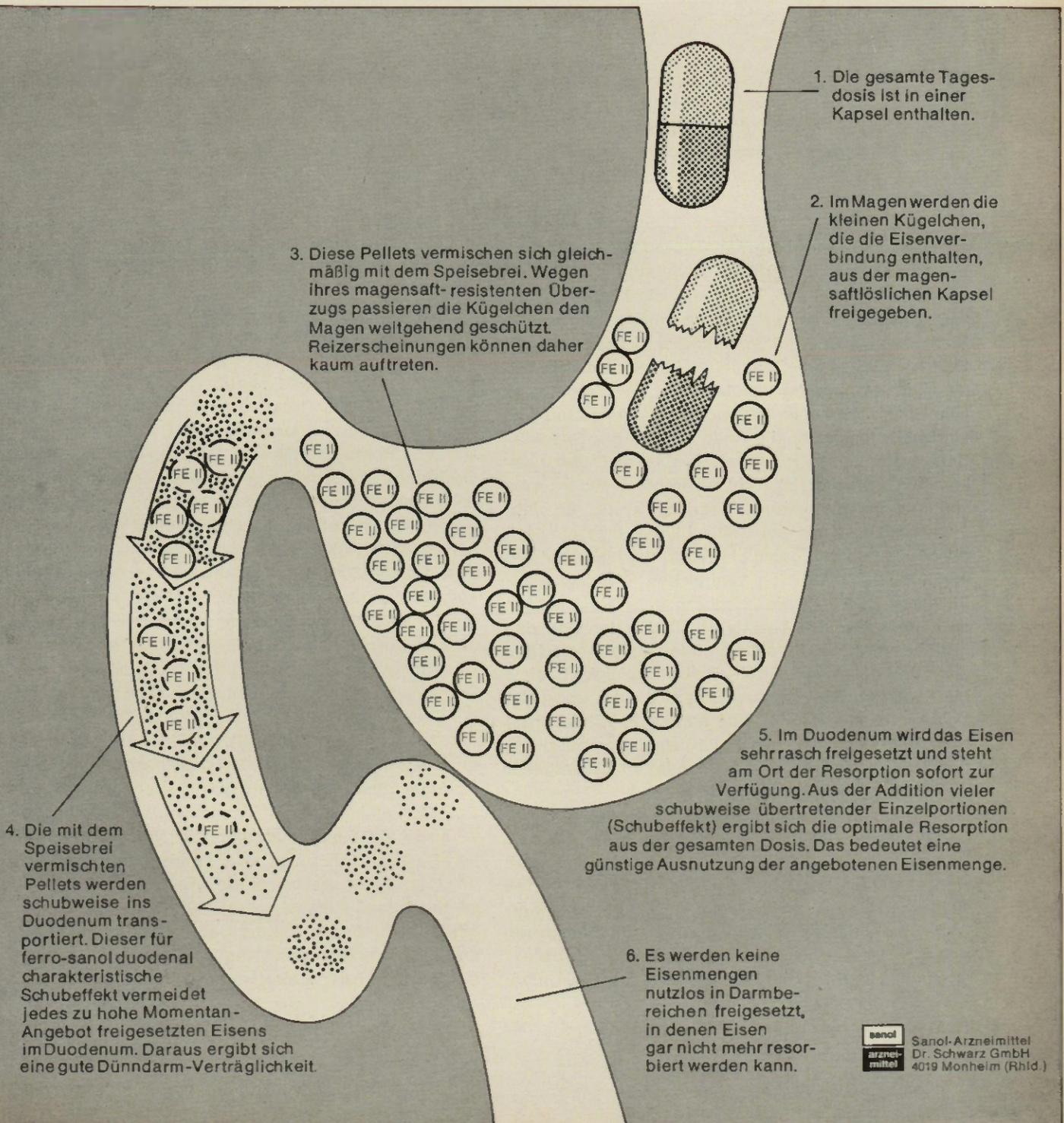
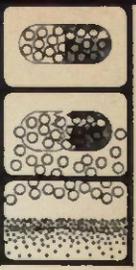
Galenik + Physiologie = Schubeffekt

ferro-sanol[®] duodenal

	1. Einmalgabe der ganzen Tagesdosis		5. Gute Dünndarm-Verträglichkeit (kein zu hohes Momentan Angebot)
	2. Magensaft-resistent überzogene Kügelchen, die die Eisenverbindung enthalten		6. Addition der aus vielen kleinen Einzelportionen freigesetzten und resorbierten Eisen-Mengen
	3. Gute Magenverträglichkeit (Pellet-Schutzhülle)		7. Günstige Ausnutzung der angebotenen Eisenmenge. Maximaler Therapieerfolg
	4. Schubweiser Transport kleiner Einzelportionen ins Duodenum. Rasche Freisetzung der Eisenmengen am Resorptionsort	<p>Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: FERRO GLYKOKOLL SULFAT Komplex 562,5 mg (=100 mg Fe²⁺)</p> <p>Dosierung: Initiel: 1-3 Wochen lang (je nach Schwere der Anämie) morgens 2 Kapseln nach dem Frühstück. Zur Auffüllung: 1 Kapsel nach dem Frühstück. Die Kapsel kann auch nüchtern genommen werden.</p> <p>Handeisformen: Packung zu 20 Kapseln DM 7,95 Packung zu 40 Kapseln DM 14,75</p> <p>Indikation: Zur Therapie aller Eisenmangelzustände, besonders der Eisenmangelanämien</p> <p>Kontraindikationen: keine</p> <p>Nebenwirkungen: sehr selten (unter 5% der beobachteten Fälle)</p> <p>Hinweise: Bei Eisenverwertungsstörungen (z. B. sideroachrestische Anämie) oder Eisen-Überladungen (z. B. Hämochromatose, chronische Hämolyse) sollten orale Eisengaben nicht verabreicht werden. Eine im Verlauf der Behandlung auftretende dunkle Verfärbung des Stuhls ist unbedenklich.</p>	

Der neue Weg in der Eisen-Therapie

ferro-sanol[®] duodenal



kollegien, so zusätzlich zur *Officina Manutiana* in Venedig, zur Druckerei von Hans Amerbach in Basel. In Italien entstehen humanistische Akademien, in Florenz 1474 die *Academia Platonica*, in Neapel die *Academia Pontoniana*, in Rom die *Academia Pomponiana*. In Augsburg bildete sich die frühhumanistische *Congregatio* um Sigismund Gossembrot. Celtis gründete nach dem Vorbild der *Pomponiana* Roms in Heidelberg, Wien, Augsburg, Nürnberg seine humanistische *Sodalitas*; angeregt durch die *Sodalitas literaria Danubiana* Wiens entstand in Olmütz eine *Sodalitas Marcomannica*. In den Rahmen dieses weit um sich greifenden Vorgangs gehört auch das *Collegium poetarum et mathematicorum* an der Wiener Universität. Die Wissenschaft tritt als eigene autoritäre Lebensmacht neben Kirche und Staat. In diesem Sinne ist eine bewußtere Hypostasierung der einzelnen gesellschaftlichen Bereiche bei maßgebenden Persönlichkeiten zu beobachten¹⁰⁾.

Ist die Gründung des Wiener *Collegium poetarum et mathematicorum* unter dieser Voraussetzung zu sehen, so wäre als Analogon das *studium singulare* des 12. Jahrhunderts in Erwägung zu ziehen und wären hierzu die übereinstimmenden und unterschiedlichen Gesichtspunkte herauszustellen. Ein zeitgenössisches paralleles Geschehen zur Wiener Gründung zeigt sich ansatzweise in Nürnberg. Um Conrad Celtis, der hier, wie schon erwähnt, 1491 die Errichtung einer Poetenschule gefordert hatte, bildet sich ein Kreis von hervorragenden Männern der Stadt, unter denen wir die Stadtärzte Münzer und Ulsen finden¹¹⁾. Münzer ist mit Hartmann Schedel befreundet und dieser steht gut mit Dr. Ulrich Pinder, der von 1491 bis 1517 Stadtarzt in Nürnberg ist und etwa 1505 sich eine eigene Druckerei einrichtet, für die er die Antiqua-Type der *Sodalitas Celtica* Nürnbergs verwendet¹²⁾. Wie ist er dazu gekommen? Drucker ist nicht er selber, sondern sein späterer Schwiegersohn Friedrich Peypus. Im Jahr 1491, als der Kreis um Celtis blühte, müssen noch einige akademisch gebildete Ärzte, die hier nicht genannt sind, neben den zahlreichen Wundärzten — 31 waren es 1481 — in Nürnberg ansässig gewesen sein. Zwischen den beamteten Stadtärzten und den nicht beamteten frei praktizierenden Ärzten herrschten Eifersüchteleien und Streit. Diese Uneinigkeit reizte die Spottlust des gelehrten Erhard Windsberger, der sich *Aeolides Ventimontanus* nannte¹³⁾. Windsberger hatte in Paris studiert, war dort Korrektor an der durch den Prior Heynlin von Stein und den Bibliothekar Pierre Fichet aus Savoyen an der Sorbonne gegründeten Druckerei gewesen. 1476 war er Professor in der medizinischen Fakultät zu Ingolstadt, dann Leibarzt Herzog Ludwigs IX. des Reichen von Bayern-Ingolstadt, anschließend Herzog Albrechts des Beherzten zu Meißen. Maximilian I. schlug ihn 1486 bei den Feierlichkeiten anlässlich seiner Krönung zum Römischen König zum Ritter. Seitdem nannte sich Windsberger „*Doctor militaris*“. Zum Reichstag im Jahr 1491, dem

König Maximilian in Vertretung seines Vaters, Kaiser Friedrichs III., beiwohnte, kam Windsberger aus Gründen, die noch zu erörtern sind, nach Nürnberg und trat hier jedenfalls in Verbindung mit den Ärzten des Celtis-Kreises. Windsberger war mit Celtis befreundet, denn Celtis dichtet für den nach dem Jahr 1503 in Ungarn verstorbenen Ventimontanus, den er „*Aeolides, Germaniae gloria*“ nennt, ein Epitaphium. Durch die ärztlichen Kollegen des Celtis-Kreises erfuhr Windsberger von den Verhältnissen, die unter den Nürnberger Ärzten herrschten. Ihre Streitereien reizten ihn so, daß er, wahrscheinlich kurz vor seinem Weggang, eine spitze Disputation schrieb: „*Recepta concordiae pro dominis doctoribus medicis Nurembergensibus*.“ Davon sind zwei Handschriften erhalten, eine aus der Sammlung Hartmann Schedels, die andere von Hieronymus Münzer.

Diese Episode beleuchtet, wie die Nürnberger Ärzte keineswegs als in sich geeinter Stand imponierten. Das durch die Reichsheiltümer ausgezeichnete Heiliggeistspital war, wenn es auch noch ein spirituelles Zentrum bedeutet haben mag, nicht der Kristallisationspunkt des Ärztestandes, der damals nötig gewesen wäre. Auch die *Sodalitas Celtica* vermochte hierfür kein Kristallisationspunkt zu sein, da sie nur literarische Gesinnungsfreunde miteinander verband, die realen Notwendigkeiten des Ärztestandes aber natürlich nicht im geringsten berührte. In dieser *Sodalitas* ragt der Friese Dietrich Ulsen durch sein aus hundert Hexametern bestehendes Gedicht über die „*Epidemica scabies*“, die Syphilis, zu dem Dürer den Bilderbogen des an der Syphilis erkrankten Mannes geliefert hat¹⁴⁾. Das Gedicht ist datiert vom 1. August 1496. Es erscheint daher nicht verfehlt, die Dichtung in Beziehung zu Ulsens Umgang mit Celtis zu bringen. Ulsen ist Poeta und Orator. Die Leitbilder des Poeta, Orator und Philosophus gehören zur Idealvorstellung des humanistischen Arztes als *Uomo universale*. Eine verwandte Einstellung zur Universalität kennzeichnet auch Ulsens Kollegen Hieronymus Münzer (Monetarius, 1437 — 1508) aus Feldkirchen, vermutlich Feldkirch in Vorarlberg¹⁵⁾. Münzer war 1478 in Pavia Doktor der Medizin geworden und hatte sich im selben Jahr in Nürnberg niedergelassen, d. h., vom Rat die Genehmigung zur Ausübung der Praxis erhalten. Sein Drang nach Universalität richtet sich nach Kenntnis ferner Länder, und zwar gerade in den Jahren, in denen die Pest Nürnberg heimsucht, nämlich 1484, wo er sich nach Italien begibt, und 1494, wo er nach Spanien und Portugal reist. Haben ihn Martin Behaims Berichte über Portugal angeregt? Behaim war 1491 nach jahrelangem Aufenthalt in Portugal nach Nürnberg heimgekehrt, um freilich schon zwei Jahre später endgültig nach Portugal zurückzukehren. Während seines Nürnberger Aufenthaltes fertigt er, 1492, seinen berühmten „*Erdapfel*“ (ebenso wie die Heiltumstruhe im Germanischen Nationalmuseum Nürnberg aufbewahrt), durch dessen Betrachtung die Seefahrt des Kolumbus nach

Regelan

Regelan[®] N500

senkt erhöhte Serumlipidspiegel zum Normbereich bei
Arteriosklerose
Koronarsklerose
peripherer Gefäßsklerose
essentiellen Hyperlipidämien mit und ohne Xanthomatose
exsudativer diabetischer Retinopathie

REGELAN[®] N 500

das zuverlässige Dauertherapeutikum mit uneingeschränkter
Wirkungsstärke, praktisch frei von Nebenerscheinungen.

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 500 mg ζ -(p-Chlorphenoxy)- ζ -methyl-propionsäureäthylester = Clofibrat



Imperial Chemical Industries Ltd.
Pharmaceuticals Division
Macclesfield, Cheshire, England



Herstellung und Vertrieb für Deutschland:
RHEIN-PHARMA
Arzneimittel GmbH, Heidelberg

dem Westen und seine Entdeckung des fernen Landes „Indien“ am 12. Oktober 1492 leichter vorstellbar wurde¹⁶⁾. Nun schreibt unser Hieronymus Münzer am 14. Juli 1493 an den König von Portugal und rät ihm zu einer Seefahrt nach dem Westen, um China zu erreichen¹⁷⁾. Er tritt dann, wie schon angegeben, im nächsten Jahr, am 2. August 1494, und zwar mit dreien jungen sprachkundigen Kaufleuten, Anton Herwart aus Augsburg, Kaspar Fischer und Nikolaus Wolkenstein aus Nürnberg, eine Reise nach Spanien und Portugal an. In Evora wird er von König Johann II. wiederholt empfangen und zur Tafel geladen. In Lissabon ist er Gast von Martin Behaims Schwiegervater Jodocus von Hurter, trifft auch mit Behaim selbst zusammen. Über Madrid, wo er Zutritt zu König Ferdinand und Königin Isabella erhält, über Toulouse, Orleans, Paris, Rouen und die Niederlande reist er nach Nürnberg zurück, wo er am 15. April 1495 wieder eintrifft¹⁸⁾.

Wenige Jahre später, 1501, gab es in Nürnberg eine gute Landstraßenkarte von Mitteleuropa zu kaufen. Der Nürnberger Kartograph Erhard Etzlaub (1460–1537) hatte sie hergestellt. Von Etzlaub stammt auch eine „Karte des Romwegs“ und eine Rundkarte der Umgebung Nürnbergs, von der Hartmann Schedel ein Exemplar besaß. Einen ebenso guten Ruf wie als Kartograph hatte Etzlaub als Kompaßmacher. Kleine Taschensonnenuhren, *Horologiae*, mit Magnetnadel waren dies. Etzlaub nannte sich „Astronomus und Leibarzt der löblichen Schule zu Erfurt“ und war in seinen späteren Jahren in Nürnberg als Arzt beliebt¹⁹⁾.

Die Geographie ist durch ihren Gegenstand der Historiographie benachbart. Mit beiden Gebieten befaßt sich Hartmann Schedel, auf den sich unsere Aufmerksamkeit von neuem richtet. Was für Motive sind für seine intensive Beschäftigung mit der Geographie und Geschichtsschreibung zu erwägen? Zu den bereits angedeuteten ist noch zu ergänzen, daß in Nürnberg Nachrichten aus der damals bekannten Welt zusammentrafen. Der über ganz Europa verzweigte Nürnberger Handelsverkehr vermittelte sie. Hartmann Schedel hat darüber hinaus Anregungen durch seine Verbindung mit Martin Behaim empfangen. Stauber nimmt sogar an, daß Hartmann Schedel an der Herstellung des Behaim'schen Globus von 1492 beteiligt gewesen sei, wie ebenso, daß Behaim den Abschnitt über Portugal in der Schedel'schen Weltchronik verfaßt habe. Joachimsen denkt an eine Mitwirkung von Hieronymus Münzer an diesem Werk²⁰⁾. Anregungen vermittelten auch die Werke verschiedener Historiker. Allen voran stand Aenea Silvio Piccolomini, der für die Verbindung der Geographie mit der humanistischen Geschichtsschreibung, in seiner „*Germania*“ (Rom 1458), vorbildlich war. Aeneas' „*Bohemia*“ (1475) aber hat Hartmann Schedel 1476 eigenhändig kopiert²¹⁾. Zuvor war 1483 aus der Presse des Jakob Köbel in Ulm ein Auszug des dortigen Stadtarztes Heinrich Steinhöwel (1420–1482) aus den, Ende des 13. Jahrhunderts entstandenen, „*Flores temporum*“ hervorgegangen, von

Steinhöwel unter dem Titel „*Ein Tütsch cronica von Anfang der Welt Unz uff keiser Friedrich*“ verdeutscht. In Nürnberg aber beginnt im Erscheinungsjahr der Schedel'schen Weltchronik (1493) Conrad Celtis mit seiner „*Norimberga*“, die als ein Meisterstück humanistischer Städtebeschreibung gilt. Von den Geschichtsschreibern der Epoche sei noch Johannes Verge, genannt Nauklerus, in Tübingen mit seiner 1501 erschienenen „*Weltchronik*“ erwähnt²²⁾. Geographische und geschichtliche Werke erscheinen in der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts noch in Wien durch die Ärzte Johannes Cuspinianus und Joachim von Watt.

Hat die Schrift des Hippokrates „*De aere, aquis et locis*“ und die daher geläufige Blickrichtung, die darauf beruhende Umweltlehre, die eben genannten Ärzte, auch Hartmann Schedel und Münzer angeregt? Diese medizinische Betrachtungsweise verband sich in der Spätscholastik mit der Astrologie, im Zeitalter der geographischen Entdeckungen paßt dazu die Topographie der Länder und der Erde. Geographie und Geschichtsschreibung ergänzen sich gegenseitig. Das humanistische Selbstbewußtsein aber fordert noch stärker zur Gegenüberstellung mit der Vergangenheit, das Zeitgeschehen auch zum politischen Handeln heraus. Anlaß bot das Vordringen der Türken und die ausbleibende gemeinsame Aktion der Fürsten im Reich. Nach Johannes Capestranos Predigten, die dieser auch in Nürnberg gehalten hatte, nach Bessarions Enttäuschungen als Legat von Papst Pius II. im Februar-März 1460 in Nürnberg, im September desselben Jahres in Wien, wohin die vom Kaiser geladenen Fürsten und Städte nur in einer Minderzahl erschienen und stattdessen Vertreter sandten²³⁾, konnte auch Erhard Windsberger mit seinem *Judicium*, das er 1476 für Herzog Ludwig den Reichen von Bayern-Ingolstadt gegen die Türkengefahr verfaßte, nichts erreichen. Windsberger suchte darin unter Hinweis auf drohende Vorgänge am Himmel, die er für die Jahre 1480 bis 1484 vorausberechnete, die Fürsten des ganzen Reiches zum Kreuzzug zu bewegen. Das Schreiben richtet er drei Jahre später, 1479, direkt an die Fürsten, die Kaiser Friedrich III. nach Nürnberg berufen hat; es besteht aus über 40 Abschnitten und trägt die Aufschrift „*Ad senatum populumque Noribergensem: In exhortatione recepta et iudicium contra venena turcorum*“, außerdem im dritten Abschnitt die Aufschrift „*Ad principes et populos christianos*“²⁴⁾.

Auf dem Reichstag des Jahres 1491 in Nürnberg bleibt die ersehnte Entscheidung wiederum aus – die Fürsten sind so wenig einig wie die Ärzte Nürnbergs –, worauf Windsberger seiner Enttäuschung in einem am 14. Juli 1491 in Nürnberg verfaßten Gedicht Ausdruck verleiht, das er Henricus Luppulus widmet, vielleicht jenem Heinrichus Lupus de Nurbega, der 1478 in Ingolstadt immatrikuliert gewesen war. Vergeblich blieb auch der flammende Aufruf, den der kaiserliche Leibarzt, Professor der Universität Wien und erfolgreiche Diplomat Johannes Cuspinianus (Spießhaymer) nach

der vernichtenden Niederlage des Ungarnheeres bei Mohács am 29. Mai 1526 an die Fürsten im Reich verfaßte²⁵⁾.

Wenn somit Hartmann Schedel mit anderen Ärzten und namhaften Zeitgenossen den Blick auf die Geschichte und Erdbeschreibung richtet, so kommen hierfür mannigfache Gründe und Motive in Frage. Wird bei ihm diese Hinwendung vom allgemeinen Zeiterlebnis angeregt und von der humanistischen Geistesart gesteuert, so ist nach Joachimsen²⁶⁾ speziell für die Entstehung seiner Weltchronik das konservativ-aristokratische Gemeinwesen Nürnbergs und dessen Standort im Reich von Bedeutung. Zwei Patrizier, Sebald Schreyer und Sebastian Kammermeister, gaben den Anstoß zur Bearbeitung und sicherten die Finanzierung. Es fällt daher weniger ins Gewicht, daß der Text keine originale Leistung Schedels darstellt. Er ist eine Kompilation, die Mittelalterliches und Humanistisches miteinander verschmilzt und aus dem „Supplementum chronicarum“ des Augustinereremiten Jacobus Philippus Foresta von Bergamo (Venedig 1483, 2. Aufl. 1485) wie auch aus Aenea Silvio Piccolominis „Tractatus de ortu et auctoritate imperii Romani“ gewonnen ist. Die berühmte Ausstattung durch die Meisterhände Michael Wolgemuts und Wilhelm Pleydenwurffs demonstriert die humanistische Neigung zur Beschreibung von Einzelheiten und Idealisierung. Das internationale Buchdruckerunternehmen der Koberger²⁷⁾, das die Weltchronik 1493 herausbringt, befindet sich, wie sein monumentales Erzeugnis, am Übergang, ist traditionsverbunden und steht zugleich innerhalb der humanistischen Bewegung. Seiner Traditionsverbundenheit verdanken wir die unschätzbare Reihe der Drucke von Werken mittelalterlicher Autoren, darunter des Honorius Augustodunensis, das Vinzenz von Beauvais und Bartholomäus Anglicus, auch Ortoffs Arzneibuch.

In Nürnberg herrscht um 1500 neben aller Hinwendung zu neuen Strömungen noch eine traditionsbewußte Einstellung. Diese charakterisiert auch den Arzt Hartmann Schedel und geht bei ihm augenscheinlich tiefer als seine humanistischen Neigungen reichen.

3.

Ein wesentlich anderes Gepräge als die bisher skizzierte humanistische Medizin Nürnbergs ergibt sich in der Freien Reichsstadt um die Mitte und in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts. Dank den Arbeiten Robert Herrlingers und seiner Schüler läßt sich die medizinische Situation in klaren Strichen aufzeichnen. Die Namen der Ärzte: Ayrer, Wolff, Coiter, Palme und Kammermeister (Camerarius) bedeuten wissenschaftliche Programme. Ihre medizinische Bildung empfangen diese Ärzte auf deutschen, italienischen und französischen Universitäten.

Melchior Ayrer (1520 – 1579)²⁸⁾, seit 1547 in Nürnberg niedergelesen, seit 1549 Stadterzt, ist auch Mathematiker und Astronom. In dieser Hinsicht nimmt er die von Regiomontan, den Schedels und Erhard Etzlaub

herkommende Richtung auf. Für diese hatte der auch medizinisch interessierte Willibald Pirckheimer sein Mäzenatentum bewiesen. Auch Ayrers Kollege in Nürnberg, Erasmus Flock d. Ältere (1514 – 1568), war ein Freund der Astronomie. Die kunstfertigen Nürnberger Handwerker hatten Ayrers astronomische Instrumente aus Messing gearbeitet und vergoldet: Astrolabien, Sonnenuhren – eine Form eines Würfels, eine andere als Becher gearbeitet –, zwei Himmelsgloben und zwei Erdgloben. Aus dem Umgang mit diesen Geräten, vielleicht in der Weise wie Jost Amman auf seinem Holzschnitt von 1568 den Astronomus – Ayrer selbst? – gezeichnet hat, schöpfte er seine Kenntnisse²⁹⁾. Noch gehörte die astronomische Berechnung zur wissenschaftlichen Methode der Medizin. Die sich ihrer bedienende astrologia medica gründet auf der Idee einer kosmischen Sympathie, die im geozentrischen Weltbild gut vorstellbar war. Zur Astrologie waren Inkantationen, Mantik, Magie hinzugekommen; damit verband sich eine dämonologische Vorstellungswelt – Einstellungen, die im späten Mittelalter die Überhand gewonnen hatten, durch den Arabismus wie auch die neuplatonische Akademie von Florenz gefördert.

Zur Mentalität, der sie innewohnten, gehörte ein in Religionsersatz ausgearteter Glaube an Heilungen, die als Wunderheilungen galten, paßten Szenen an manchen Wallfahrtsorten, wie sie in Nürnberg an den Tagen der Heilumsweisungen nicht unbekannt gewesen sein dürften. Seit 1524 fanden keine öffentlichen Heilumsweisungen mehr statt, nur der Markt, er hieß jetzt Ostermarkt, wurde noch am zweiten Freitag nach Ostern eröffnet. Geblieben waren auch Mantik, Magie und Dämonenfurcht. Die Ärzte hatten sich damit in der Praxis auseinanderzusetzen; pseudomystische Vorstellungen begleiteten da und dort das ärztliche Denken und bestimmten das Handeln. Luther war gegen die Astrologie, Melanchthon defür³⁰⁾. War auch Ayrer in dieser Hinsicht Exponent des späten Mittelalters? Neuzeitig ist dagegen sein Sammlertum von Kunstgegenständen – von ca. 20 000 Kupferstichen, Holzschnitten, Zeichnungen, Gemälden, darunter von solchen Dürers. Das Kunstkabinett unseres Nürnberger Arztes erinnert an die großen Sammlungen Erzherzog Ferdinands auf Schloß Ambras in Tirol und die Sammlungen Herzog Albrechts V. von Bayern, die dessen niederländischer Leibarzt Dr. Samuel Quichelberg (Quicheberg (in seinem „Theatrum sapientiae“ (1565) katalogisiert hat³¹⁾.

Eine andere markante ärztliche Persönlichkeit Nürnbergs war Heinrich Wolff (1520 – 1587)³²⁾, der Bruder des Augsburger Gräzisten und Byzantinisten Hieronymus Wolff, dessen Büchersammlung sich heute in der Provinzialbibliothek zu Neuburg a. d. Donau befindet. Ähnlich Ayrer ist auch Heinrich Wolff, der 1559 Stadtarzt in Nürnberg wird, in der Astronomie bewandert, doch charakterisiert ihn besonders seine Hinwendung zu den Lehren und Anschauungen des Paracelsus. Er

muß sich der paracelsischen Tradition bewußt gewesen sein, auf die er als Bewohner Nürnbergs zurückblicken konnte. Paracelsus war 1529 in Nürnberg gewesen und hatte hier seine Schrift „Vom Holz Guajaco gründlicher Heylung“ und außerdem die Schrift „Von der französischen Krankheit drei Bücher Para“, die er dem Ratsschreiber Lazarus Spengler widmete, zum Druck gebracht. Das Aufsehen, das diese Schriften machten, der Widerspruch, den sie unter den Ärzten auch in Nürnberg erregten, hatte den Einspruch des Dekans der medizinischen Fakultät von Leipzig, Heinrich Stromer von Auerbach, beim Rat von Nürnberg zur Folge, worauf dieser den Druck des bereits druckfertig vorliegenden Werkes des Paracelsus „Von Ursprung und Herkommen der Franzosen samt der Recepten Heilung acht Bücher“ verbot. Als Paracelsus die Hiobsnachricht erhielt, hatte er die Reichsstadt bereits verlassen und hielt sich in Berazhausen auf, wo der vulkanische Mann nun gegen „depicti illi physici“ loswettert und dabei auch, wie Sudhoff anführt, die „Giftzungen der geputzten Doktorsfrauen“ übel vermerkt³³⁾. Der Vielgereiste weilte, als Heinrich Wolff Stadtarzt war, längst nicht mehr unter den Lebenden, seine Lehren lebten aber fort in seinen Anhängern, wie in unserem eigenwilligen Nürnberger Arzt. Die Paracelsisten standen miteinander in Verbindung, Heinrich Wolff unterhielt Beziehungen mit den Schlesiern Balthasar Fleter (Flöter) aus Sagan, Georg Marquard aus Glogau und mit Johannes Huser, der im Auftrag des freisinnigen Kurfürsten von Köln, des Wittelsbachers Ernst von Bayern, die verstreuten Manuskripte Hohenheims sammelte und auf der Suche danach im September-Oktober 1566 bei Heinrich Wolff in Nürnberg zu Besuch ist. Ein anderer, in München lebender Paracelsist, Albert von Wimpfen (Wimpinaeus)³⁴⁾ vermittelt Wolff den Kauf von Büchern paracelsischen Inhalts aus dem Nachlaß eines verstorbenen Arztes. Zweifellos besaß Wolff ausgezeichnete therapeutische Kenntnisse; deswegen weilte wohl der Kommentator des Dioskorides, Pierandrea Mattioli, bei ihm im Dezember 1566 zu Besuch. Als Paracelsist hatte Wolff natürlich auch Gegner. Sein Nürnberger Kollege Palma, dem er sein Buch „Von der hermetischen Philosophie“ mit einer Widmung zugesandt hatte, trug in dieses ein: „von Meister Wolfen zu Tübingen uff dem rucken ausgekerett“³⁵⁾. Dergleichen Meinungen verhinderten nicht, daß Heinrich Wolff einer der gesuchtesten Ärzte Nürnbergs war, eine Praxis aurea besaß und offensichtlich wirklich ein tüchtiger Arzt war, der es verstand, mit Hoch und Nieder umzugehen.

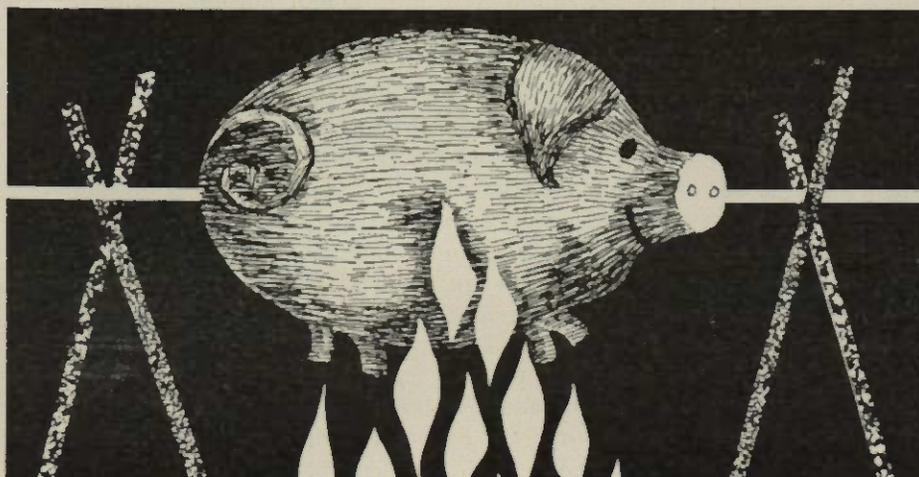
In Volcher Coiter (1534–1576) gewannen die Nürnberger Stadtväter im Jahr 1569 einen hervorragenden Anhänger des großen Anatomen Andreas Vesal zum Stadtarzt und Wundarzt zugleich³⁶⁾. Coiter wäre dazu berufen gewesen, den Nürnberger Kollegen einen Ausgleich dafür zu bringen, daß der berühmte Vesal nicht selbst in ihrem Kreis gewirkt hatte, so wie dies

in Augsburg der Fall gewesen war. Die Gelegenheit, die sich dazu 1547 auf dem Durchzug Kaiser Karls V. und seines Heeres im Schmalkaldischen Krieg geboten hatte, war zu kurz, vor allem die politische Situation in Nürnberg denkbar ungünstig gewesen. Hingegen waren die wissenschaftlichen Erkenntnisse Vesals in Nürnberg bereits bekannt geworden, bevor Volcher Coiter dort eintraf. Der Nürnberger Drucker J. Paul Fabricius brachte 1551 einen ins Deutsche übertragenen kurzen Auszug, „Anatomia Deudsch“ von Vesals großem Werk heraus, die Kopie einer Kopie, wie Herrlinger festgestellt hat. Das Vorwort stammt von dem Wundarzt Jacob Baumann; die Wundärzte hatten größtes Interesse an einer anschaulichen guten Anatomie. Coiter selbst hatte das wissenschaftliche Bestreben, in den morphologischen Spuren Vesals weiterzuschreiten. Die Kollegen schätzten ihn, aber der Rat scheint ihn zu wenig unterstützt zu haben. Eine Sektion, wie sie der in das „Opus chirurgicum“ des Paracelsus (Frankfurt 1565) eingefügte Holzschnitt des Jost Aman zeigt, war gewiß ein ganz seltenes Ereignis. Coiter sah sich in seiner Forschung behindert, meldete sich als Lagerarzt für die Armee des wagemutigen Pfalzgrafen Johann Casimir, begleitete dessen Heer auf dem Feldzug nach Frankreich und starb auf dem Rückmarsch in der Champagne am 2. Juni 1576. Sein Andenken in Nürnberg blieb auch nach dem Läuten der Totenglocke von St. Sebald lange lebendig. Der bemalte Muskelmann aus Gips oder Ton, den er hergestellt hatte, wurde noch im achtzehnten Jahrhundert in der Nürnberger Stadtbibliothek ausgestellt und ist auf seinem schönen Ölporträt von Nikolaus Neufchatel gen. Lucidel mit abgebildet³⁷⁾.

Wir unterbrechen den Gang der Untersuchungen, um noch festzustellen, daß Coiter alles andere als ein trockener Wissenschaftler gewesen ist. Er liebte die Muse, und gehörte mit seinen Kollegen Georg Palma und Johannes Richthausen zu den 22 Unterzeichnern der „Musicalischen Krentzleinsgesellschaft Ordnung“ vom 22. Oktober 1568, die Herrlinger ein „reizvolles Zeugnis der Hausmusikpflege im 16. Jahrhundert“ nennt³⁸⁾. Einem anderen, um die Musik verdienten Nürnberger Kollegen war es nicht mehr vergönnt, mitzutun: Georg Forster³⁹⁾, der bald darauf, am 12. November 1568, starb. Forster, geboren zwischen 1500 und 1510 in Amberg, war in jungen Jahren Mitglied der kurfürstlichen Hofkantorei des Pfalzgrafen in Heidelberg gewesen. In Wittenberg hatte Luther ihn zur Vertonung von Kirchenliedern herangezogen. Forsters bleibendes Verdienst ist seine Sammlung von deutschen weltlichen Liedern. Das Medizinstudium hatte er in Tübingen abgeschlossen. 1544 wurde er Stadtarzt in Amberg, 1547 in Nürnberg. Er war ein guter Praktiker, der viel zu Konsultationen nach auswärts gerufen wurde, und im Rufe stand, hervorragende Kenntnisse in der Botanik zu besitzen, da er auf seinen vielen Reisen die Pflanzen beobachtet und gesammelt hatte.

Ein leidenschaftlicher Botaniker war auch Georg Palma⁴⁰⁾, geboren 1543 in Altdorf. Er hatte bei Leonhart Fuchs in Tübingen und in Padua studiert, in Ingolstadt nachträglich (Januar 1568) den Doktorgrad erworben, in eines der führenden Nürnberger Geschlechter, die Paumgartner, eingeheiratet, war Genannter des Größeren Rates und Experte in ärztlichen Standesfragen. Nach Hermann und Hartmann Schedel begegnet uns in Palma auch wieder ein bedeutender ärztlicher Büchersammler. Seine einzigartige Bibliothek enthielt medizinische, theologische, philosophische und schöngeistige Werke. Alle sind sie versehen mit dem ausdrucksvollen Exlibris, das Nikolaus Neufchatel, von dem wir, wie von Volcher Coiter, so auch von Palma ein Ölbild haben, zugeschrieben wird. Unter den medizinischen Werken befinden sich botanische, pharmazeutische und Seuchenschriften, eine reichhaltige Konsilienliteratur, sowie Schriften des Paracelsus, obwohl Palma diesem mit Kritik gegenüberstand. Er besaß sogar die Husersche Gesamtausgabe, die in zehn Bänden in Basel 1589–1590 erschienen war, und den Kanon des Avicenna, 4 Bände, Lyon 1498. Der Name Avicenna ist auch auf dem Bücherbord zu lesen, das hinter Volcher Coiter auf Neufchatels Ölgemälde abgebildet ist⁴¹⁾. Der Humanismus hatte die mittelalterlichen Autoritäten nicht zu verdrängen vermocht, weder Avicenna noch Arnald von Villanova, den der erste Professor der Medizin an der neuen Akademie zu Altdorf, Nikolaus Taurellus (Oechsle) mit einem Kommentar versehen in einem ansehnlichen Folianten (Basel 1585) neu herausgibt. Taurellus ist mit Palma befreundet und widmet dem nach einem Konsultationsbesuch in Bamberg im besten Mannesalter von 48 Jahren (1591) Verstorbenen ein lateinisches Gedicht für ein Epitaph auf dem Johannisfriedhof⁴²⁾. Ein Bücherliebhaber ist auch Joachim Camerarius d. Jüngere (1534–1599). Die Nürnberger nannten ihn wohl eher beim deutschen Namen Kammermeister, wenn man Palma folgen darf, der ihn in seltenen Dokumenten zur Geschichte des Collegium medicum so heißt („Cammermeister“)⁴³⁾. Der Sohn des bekannten Humanisten hatte in Wittenberg, Padua und Bologna

studiert, war befreundet mit Crato von Crafftheim (1519–1585), dem einstigen Tischgenossen Luthers. Auf Luthers Rat war Crato von Crafftheim von der Theologie zur Medizin übergegangen, in der er so erfolgreich war, daß ihn die Kaiser Ferdinand I., Maximilian II. und Rudolf II. zum Leibarzt nahmen. Mit diesem hervorragenden Arzt blieb Camerarius zeitlebens in Verbindung. Camerarius' wissenschaftlicher Ruf beruhte auf seinem botanischen Wissen. 1564 wird er Stadtkonzeptschreiber in der Vaterstadt, wo er nach dem Vorbild der italienischen Universitätsgärten einen botanischen Garten anlegt. Der Landgraf Wilhelm von Hessen erfährt davon, will ebenfalls einen solchen Garten anlegen, und wendet sich um Rat an Camerarius. Dieser kommt dem Wunsche nach, berät den Fürsten bei der Anlage seines Gartens und hilft in der Folgezeit mit Pflanzen aus dem eigenen Garten aus, wenn im landgräflichen Garten die „laussichten Meuss“ die Knollen gefressen haben⁴⁴⁾. Camerarius' Freude an der Botanik ist aufs Medizinische und Anschauliche gerichtet. Das bedeutendste theoretische Werk der Botanik seiner Zeit, „De plantis libri XVI“ (1583) des Professors der Medizin zu Pisa, Andrea Cesalpino, der in Nicolaus Taurellus einen scharfen Kritiker seiner Interpretation und Verwendung des Aristoteles gefunden hat, nimmt sein Hauptinteresse nicht in Anspruch. Ein Werk der medizinischen Botanik fesselt ihn, es sind die „Pedacii Dioscoridis de materia medica libri VI interprete Petri Andreae Matthiolo cum eiusdem commentariis“ (Venedig 1554, oft aufgelegt, ins Italienische, Französische und 1565 ins Deutsche übersetzt). Mattioli ist uns von seinem Besuch in Nürnberg bei Heinrich Wolff Ende des Jahres 1566 her bekannt. Er war als Kollege Cratos von Crafftheim Leibarzt der Kaiser Ferdinand und Matthias, hatte sich aber 1562 von dieser Tätigkeit zurückgezogen und war 1577 in Trient an der Pest gestorben. Seinen Dioskorides-Kommentar gibt Camerarius neu und dazu erweitert heraus, wobei er Manuskripte und zur Illustration Holzstöcke verwendet, die er in Zürich aus dem Nachlaß Konrad Gesners gekauft hatte. Mit diesem stand er wie mit anderen bedeutenden Gelehrten in Briefwechsel. Der neue Mat-



leichter verdaut mit

Eupeptum

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

IFAH GMBH HAMBURG



tioli erscheint 1586 in Frankfurt, gleichzeitig kommt eine deutsche und 1596 in Prag eine böhmische Ausgabe davon heraus⁴⁵⁾. Nach dieser großen Arbeit beschreibt Camerarius die Pflanzen des eigenen Gartens in seinem alphabetisch durchgeführten „Hortus medicus et philosophicus“ (Frankfurt 1588) mit 56 künstlerisch hervorragenden Holzschnitten „Icones accuratae nunc primum delineatae praecipuarum stirpium“. In Camerarius' „Symbolorum et emblematum ex re herbaria desumptorum Centuria una“ (Nürnberg 1590) findet der Kupferstecher Verwendung zur botanischen Illustration⁴⁶⁾. Hat Mattioli's „Compendium de plantis omnibus una cum earum iconibus“ (Venedig 1571, Frankfurt 1586)⁴⁷⁾ ihn angeregt? Wirkt selbst Camerarius weiter nach Regensburg, wo der Stadtarzt Johannes Oberndorffer (1529–1625)⁴⁸⁾ ebenfalls, nach ihm, einen Hortus medicus anlegt und in seiner alphabetischen „Horti medici, qui Ratisponae est, descriptio“ (Regensburg 1621) beschreibt?

Die botanischen und pharmakologischen Interessen Camerarius', Palmas und auch Forsters gliedern sich in jene Bestrebungen des Jahrhunderts ein, die zur Vermehrung des Arzneischatzes, zur Erweiterung der Arzneimittellehre führen und ihren Ausdruck in neuen Arzneibüchern finden. In Nürnberg hatte der Senat in der Apothekenordnung vom Jahr 1529 das sogenannte Luminare majus des Johannes Jacobus Manulius de Bosco (erstmalig in Venedig 1494 gedruckt) eingeführt⁴⁹⁾. Dieses Arzneibuch genügte nicht mehr und, so wurde es am 21. Mai 1547 durch das 1546 bei Johann Petrejus in Nürnberg gedruckte „Dispensatorium“ des in Italien früh verstorbenen Valerius Cordus (1511 bis 1544) abgelöst⁵⁰⁾, das wie ebenso die Pharmacopoeia Augustana (1564) des Augsburger Stadtarztes Adolf Occo III. (1524–1606) oft aufgelegt wurde und bis tief ins 17. Jahrhundert hinein die Arzneibuchliteratur mitbestimmt hat. Beide Werke hatte Palma, der nach dem Tode des Vaters in der Nürnberger Apotheke „zur Kandel“ aufgewachsen war⁵¹⁾, in seiner Bibliothek stehen, das Dispensatorium des Cordus in fünf Ausgaben, dreimal Occos Pharmacopoe⁵²⁾.

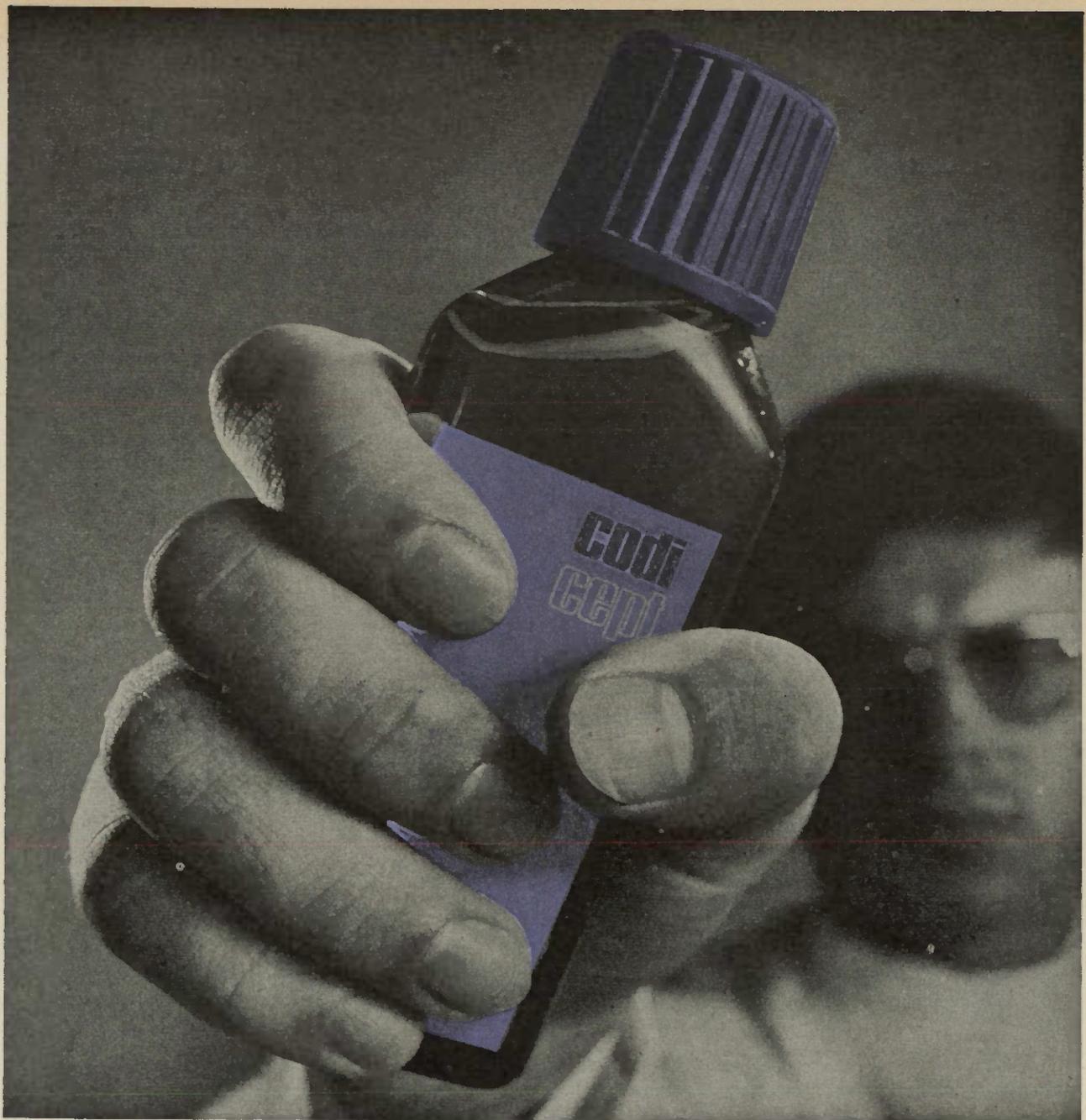
Eine schöne Auswirkung der botanischen Bemühungen der Nürnberger des 16. Jahrhunderts und zugleich Beweis des hohen Könnens der Kunsthandwerker dieser Stadt ist die botanische Illustration. Sieht man hier ab von den Pflanzendarstellungen der Nürnberger Tafelmalerei und Holzschnittkunst der Dürerzeit, wo die Pflanze symbolisch zur Aussage über das Bildmotiv beiträgt⁵³⁾ wie auch zur Verzierung dient, so begegnet die rein wissenschaftlichen Zwecken dienende Illustration in den „Magnarum Medicinae partium herbariae et zoographiae Imagines“ (1553) von Georg Oelinger und Samuel Quichelberg⁵⁴⁾, dem hier schon genannten Autor des Museumskatalogs für Herzog Albrecht V. von Bayern. Nach den Illustrationen in den Werken des Camerarius mittels des Holzschnitts (1588) und des Kupferstichs (1590) wird der Höhepunkt erreicht im Blumenbuch des „Hortus Eystettensis“ mit

seinen 367 Kupfertafeln, das der Nürnberger Apotheker Basilius Besler im Auftrag des Fürstbischofs von Eichstätt 1613 herausgab, womit erstmals ein Apotheker als Herausgeber eines größeren botanischen Werkes erscheint. Den Text dazu schrieb der Professor der Medizin in Gießen, Ludwig Jungermann (1572 bis 1653). Jungermann wird 1625 an die reichsstädtische Universität Altdorf berufen und legt hier einen vorbildlichen botanischen Garten an⁵⁵⁾. Zuletzt wird somit die Freie Reichsstadt Nürnberg wieder Nutznießer der Bestrebungen, die im Jahrhundert zuvor in ihren Mauern gediehen waren.

In diesen Bestrebungen fällt das morphologische Interesse auf, das Coiter, Forster, Palma und Camerarius miteinander verbindet, während die Richtung, die dieses Interesse bei ihnen nimmt, unterschiedlich ist. Gilt dieses nämlich bei Coiter dem tierischen und menschlichen Organismus, so bei Forster, Palma und Camerarius den artverschiedenen Formen der Pflanzen. Charakteristisch für das 16. Jahrhundert ist die Weiterentwicklung auf diesen Gebieten gegenüber der mittelalterlichen Medizin, die, insofern sie die ideale Vorstufe enthielt, zur visuellen Anschauung der species im 16. Jahrhundert anregte.

In ähnlicher Weise zweiseitig, einerseits in der Tradition verwurzelt, andererseits von ihr gelöst, zeigt sich eine klinische Richtung bei den Nürnberger Ärzten des 16. Jahrhunderts. Wir finden sie in der Literatur der medizinischen Beobachtungen, *Observationes medicae*, als der Fortsetzung und Umgestaltung der spät-scholastischen Konsilienliteratur. Von Palma sind drei *Observationes*, von Camerarius über 50, darunter womöglich solche, die ursprünglich Palma zugehörten, in dem großen kasuistischen Sammelwerk „*Observationes medicae*“ des Johann Schenck von Grafenberg enthalten⁵⁶⁾. In dieser Literaturgattung gibt sich ein eigentümlicher Wesenszug zu erkennen.

Die *Observationes medicae* des 16. Jahrhunderts unterscheiden sich, wie Lain Entralgo dargelegt hat⁵⁷⁾, von den vorausgegangenen Konsilien des 14. Jahrhunderts dadurch, daß in ihnen die Individualität des Kranken in den Vordergrund tritt. Ist in den Konsilien des 14. Jahrhunderts der Patient „nur interessant als physischer Träger einer Reihe von aegritudines, die ihre Bedeutung aber gerade darin haben, daß sie sich . . . in den Rang allgemeiner Krankheitsprinzipien erheben lassen“⁵⁸⁾, so steht in den *Observationes medicae* die Individualität des Kranken und seiner Krankheit im Vordergrund. Während das *Consilium* endet, nachdem es den therapeutischen Rat erteilt hat, erwähnt die *Observatio medica* ausdrücklich den Ausgang der Krankheit, unter Umständen mit Beschreibung der organischen Veränderungen „*aperto cadavere*“, falls eine Sektion stattgefunden hat. Eine folgerichtige Eigentümlichkeit des neuartigen klinischen Beobachtens ist das Interesse am seltenen Fall. Das Sammelwerk des Johann Schenck von Grafenberg enthält Tausende von derartigen Beispielen, nicht klassi-



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.

sche Krankheitsschilderungen, wie sie Hippokrates in den Epidemien und in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts der Engländer Thomas Sydenham bietet. Schenck von Grafenberg hatte den Riesenstoff teils aus der Literatur entnommen, teils auf die Weise gewonnen, daß er andere Ärzte um die Überlassung ihrer eigenen Beobachtungen in der Praxis bat. Neben Camerarius und Palma sendte ihm Beobachtungen z. B. Jakob Oetheus (Otto), der in den 70er Jahren Stadtarzt und bischöflicher Archiater in Eichstätt wurde und nach Andreas Felix von Oefeles Angaben gegen Ende des Jahrhunderts, kurz vor Camerarius, gestorben ist⁵⁹). In diesem Sammeln von seltenen klinischen Casus zeigt sich eine Parallele zur Sammel Leidenschaft Melchior Ayersers für Kunstgegenstände, und so erscheint Johann Schencks von Grafenberg voluminöses Sammelwerk als ein kasuistisches klinisches Raritätenkabinett, in dem, um ein Wort Lain Entralgos zu gebrauchen, die Seltenheit der Gipfel der Individualität ist. Werde allerdings in der Singularität das Spezifische aufgefunden, so sei der seltene Fall, wie Lain Entralgo betont, der belehrendste⁶⁰).

Es liegt nahe, diese Entwicklung im klinischen Denken in Zusammenhang mit dem Vorgang, der zu den humanistischen Kollegien geführt hatte, zu sehen. Nürnbergs Ärzte nehmen an der davon sich herleitenden Entwicklung aktiv Anteil. Von diesem Aspekt aus

ist wohl auch (neben anderen Erwägungen) die Ausfächerung der Medizin des 16. Jahrhunderts in die verschiedenen Sonderentwicklungen zu betrachten, nämlich in die Lehren des Paracelsus, die Anatomie Vesals, die Botanik und Pharmakologie, wie auch zur zuletzt erörterten Entwicklung der Literatur der *Observationes medicae*.

Anmerkungen

- 1) Stauber 100; Dieppen. — 2) Zinner, 1938, 5. — 3) a. a. O. 125. — 4) a. a. O. 1961, 117. — 5) s. Schipperges 1961; ds. 1964. — 6) Rupprich 518. — 7) Zinner 1938, 129. — 8) J. Müller 29. — 9) s. Rupprich 527; Goldmann 372. — 10) s. Wössner 73 ff. — 11) Rupprich 518. — 12) Benzling. — 13) s. Zehl. — 14) Waetzold 49; Ausstellung d. Germanischen Nationalmuseums Nürnberg (Katalog), Albrecht Dürer 1471–1971, S. 224, Nr. 447. — 15) Kunstmann 292. — 16) Schultheiß, 1955; ds., 1957. — 17) Zinner, 1961, Schultheiß, 1955. — 18) Kunstmann 296 ff. — 19) Krüger; Maull. — 20) Joachimsen 91; Kunstmann 294. — 21) Stauber. — 22) Joachimsen 91 ff. — 23) Möhler I 294 ff. — 24) Zahl 7 ff. — 25) zur Orientierung über Cuspinianus: Ankwiciz v. Klashoven, 1957; ds. 1959. — 26) Joachimsen 87 ff. — 27) s. Hase. — 28) s. Wolfangel. — 29) Wolfangel 29 ff. — 30) Kramm 770. — 31) s. Hartig; v. Schlosser 72. — 32) s. Erechold. — 33) Theophrast v. Hohenheim, *Sämtliche Werke*, hrsg. v. K. Sudhoff, I. Abt., 8. Ed., S. 10 f. — 34) Karschensteiner 614; Ramming 147 ff. — 35) König 40, Anm. 139. — 36) s. Harrlinger. — 37) Abbildung: s. Harrlinger, dazu Beschreibung S. 111. — 38) s. Herrlinger 44. — 39) Naber 105 f.; Gudewill. — 40) s. König. — 41) Herrlinger 111. — 42) König 90. — 43) Ms. der Stadtbibliothek Nürnberg: Cent. V 42, fol. 91 a; s. König 91, Nr. 3. — 44) König 88. — 45) Nissen II 119 f. — 46) a. a. O. 31; über den Garten des Camerarius, a. a. O. 56. — 47) a. a. O. 119. — 48) Eder 62 ff. — 49) Philipp 34 f. — 50) a. a. O. 45 ff. — 51) König 4. — 52) a. a. O. 70 f. — 53) s. Gehling. — 54) Nissen I 56, Anm. 1 (mit Literatur). — 55) s. M. Schmid; Röhricht. — 56) König 36 f. — 57) Lain Entralgo 68 ff. — 58) Stephan 8 ff. — 59) Eder 80 ff. — 60) Lain Entralgo 131; Stephan 9 f. — 81) Herrlinger 88.

(Fortsetzung folgt)

Landespolitik

Auszug aus der Haushaltsrede des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung

In seiner Haushaltsrede am 23. Juni 1971 vor dem Bayerischen Landtag befaßte sich der Bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Herr Dr. Fritz PIRKL, auch mit gesundheitspolitischen Fragen und führte dazu u. a. folgendes aus:

Hilfe für **Behinderte** wird ein ganz wesentlicher Schwerpunkt der Tätigkeit meines Hauses in den kommenden Jahren sein. Schon ein erster Blick auf die Behindertensituation, auf einige Zahlen von Behinderten, mag dies eindrucksvoll verdeutlichen.

Unter uns leben in der Bundesrepublik Deutschland über 4 Millionen behinderte Menschen — diese Zahl, glaube ich, muß man sich einmal einprägen —, das heißt nämlich, 7 v. H. unserer Mitbürger haben es infolge einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung schwerer, in unserer Leistungsgesellschaft zu bestehen. Nicht weniger als 1,5 Millionen Kinder und Jugendliche unter 21 Jahren haben das oft bedrückende Los einer Behinderung bereits in jungen Jahren zu tragen.

Viele Zehntausende trifft das Behindertenschicksal jährlich neu. Denn 2 bis 3% der Neugeborenen, also 60 000 pro Jahr, kommen mit einer Behinderung zur Welt. Eine lebenslange Behinderung bleibt auch bei vielen der jährlich 500 000 Verletzten des Straßenverkehrs. Nicht anders ist es bei denen, die Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten erleiden; allein im Jahre 1969 waren dies 2,6 Millionen Erwerbstätige. Diese Zahlen, glaube ich, muß man sich einmal einprägen, um die mit den Behinderten zusammenhängenden Probleme wirklich ganz und voll zu erfassen, zumindest von diesen Seiten her erfassen zu können.

Um das Los der Behinderten und ihrer Angehörigen zu erleichtern, ist in den vergangenen Jahren wirklich viel geschehen. Das unermüdliche Wirken der Wohlfahrtsverbände, viele beispielhafte private Initiativen und die aufgeschlossene Haltung der Sozialhilfeverwaltung und der Sozialversicherungsträger haben die Situation vieler Behinderter spürbar verbessert. Mit den Wohlfahrtsverbänden, den Sozialorganisationen und vielen

Bürgern in unserem Land bin ich aber der Auffassung, daß in der Behindertenbetreuung noch sehr viel mehr getan werden kann und muß.

Was ist in den nächsten Jahren hier konkret zu tun? Was ist die Aufgabe des Staates? Nun, ich meine, wir müssen vordringlich erstens die Situation der Behinderten noch genauer untersuchen, zweitens die Betreuungsarbeit der verschiedenen Stellen besser koordinieren und drittens — soweit möglich — schwerpunktmäßig finanzielle, organisatorische und werbende Hilfe leisten.

Was die Zahl der Behinderten, die Arten der Behinderung und den Bedarf sowie den Bestand von Sorge-, Ausbildungs- und Umschulungseinrichtungen betrifft, ist mein Haus bereits mit einer umfassenden Bestandsaufnahme befaßt. Dabei stößt schon der Versuch, zuverlässige Zahlen über die Zahl der Behinderten zu ermitteln, auf größte Schwierigkeiten. Diese wollen wir auf verschiedenen Wegen meistern. Einmal werde ich demnächst eine Umfrage an die öffentlich-rechtlichen Kostenträger richten. Zum andern soll ein Forschungsauftrag ergänzendes Datenmaterial erbringen. Schließlich werde ich alle über die Gesundheitsämter bestehenden Möglichkeiten nutzen, um ein klares Bild über die Behinderten und den Umfang der notwendigen Rehabilitation zu bekommen.

Was aber vor allem nottut, ist die intensive Zusammenarbeit bei der vorausschauenden Planung und auch bei der laufenden Arbeit. Im Bayerischen Landesausschuß für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft haben wir für diese Aufgaben ein vorzügliches Instrument. Der Ausschuß hat auch bereits eingehende Vorbereitungen getroffen, um bei der regionalen und zeitlichen Planung der für die Behinderten vorgesehenen Vorhaben koordinierend mitzuwirken.

Eine Koordinierungsarbeit und die Kooperation mit den Verbänden der Wohlfahrtspflege wird aber nur dann optimal sein können, wenn in fachlicher, räumlicher, finanzieller und zeitlicher Hinsicht die Probleme der Behinderten eingehend und umfassend untersucht sowie Vorstellungen über Lösungsalternativen entwickelt sind. Ein solches Programm lasse ich zur Zeit in meinem Haus erarbeiten. Es ist gedacht zuerst als Diskussionsgrundlage und dann als Angebot an alle Beteiligten zu enger Kooperation. Dabei gehe ich auch davon aus, daß es einem lebhaften Interesse der Behinderten entspricht, wenn angesichts der vielen Zuständigkeiten verschiedener Stellen und Organisatio-

nen im Sozialministerium ein gemeinsamer und auch ein integrierender Ansprechpartner vorhanden ist.

In dieses dann stets fortzuschreibende Programm werden eine Reihe von finanziellen und sonstigen Leistungen meines Hauses zu integrieren sein, die bereits vorgesehen sind oder sich abzeichnen. Vorgesehen sind z. B. Zuschüsse zum Bau von Pflegeheimen für Schwerstbehinderte, insbesondere für geistig Behinderte. Allein für drei Großprojekte, nämlich in Eisingen bei Würzburg, in Auhof im Landkreis Hilpoltstein und in Ursberg, sind Baumaßnahmen mit einem Gesamtaufwand von 133 Millionen DM geplant.

Um auch den Mangel an Umschulungsplätzen für Behinderte zu lindern, wird mein Haus Zuschüsse gewähren.

Großer Mangel herrscht nach wie vor an beschützenden Werkstätten, in denen solche Behinderte produktiv arbeiten können, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt keine adäquate Beschäftigung mehr finden. Zur Zeit haben wir in Bayern 40 solcher Werkstätten mit 2000 Arbeitsplätzen. 10 500 Plätze wären jedoch nach unserer Schätzung erforderlich. Finanzielle Hilfe des Freistaates Bayern ist deshalb auch hier dringlich.

Vor großen finanziellen Problemen stehen wir auch im Bereich der beruflichen Ausbildungswerkstätten für behinderte Jugendliche. Größere Zentren mit mindestens je 300 Ausbildungsplätzen sind in Planung. Zuschüsse werden auch in diesen Fällen von meinem Hause erwartet und gewährt werden.

Wenn aber von der Rehabilitation Behinderter die Rede ist, dürfen die erheblichen Haushaltsmittel, die für den Ausbau und die Modernisierung unserer Versorgungskrankenhäuser und -kuranstalten nötig sind, nicht unerwähnt bleiben. Allein der äußerst dringliche Ausbau des Rehabilitationszentrums für Querschnittgelähmte in Bayreuth — der Ausschuß für Sozial- und Gesundheitspolitik des Hohen Hauses hat sich ja jüngst über die Planung dort eingehend unterrichten können — wird bis 1974 30 Millionen DM kosten, wovon wir 9 bis 12 Millionen DM als Beitrag des Bundes erwarten. Wenn das Zentrum fertiggestellt ist, werden wir in Bayreuth 100 Betten für Querschnittgelähmte und damit die modernste Einrichtung auf diesem Gebiet in Mitteleuropa zur Verfügung haben.

Ist das Vorhandensein von Sorge- und Bildungseinrichtungen auch eine unabdingbare Voraussetzung für

Liquirit®
Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

KP 30/OP. 60 Tabl.

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

eine berufliche und gesellschaftliche Rehabilitation der Behinderten, so reicht dies bei weitem nicht aus. Es reicht nicht aus, um den Behinderten das Gefühl zu nehmen, Fremdkörper in der Gesellschaft, unvermeidliches Opfer einer fast ausschließlich quantifizierenden Leistungsgesellschaft zu sein.

Ohne intensive **Aufklärung** der Bevölkerung werden sich diese Verhältnisse nicht ändern. Deshalb ist es nötig, mit aller Deutlichkeit zu sagen, daß schon morgen ein jeder — auch ein jeder von uns —, sei es persönlich als Opfer eines Verkehrs- oder Betriebsunfalles oder sei es als für ein behindertes Kind Sorgeverpflichteter, in die Lage kommen kann, auf helfendes Verständnis und bereitwillige Hilfe der Mitbürger angewiesen zu sein. Alle diejenigen, die informierend und aufklärend tätig werden können, bitte ich dringend: Entdecken Sie unsere Behinderten! Treten Sie für sie ein! Was wir heute brauchen, sind nicht nur wirtschaftliche Zuwachsraten, sondern mehr denn je mitmenschliche Zuwachsraten!

Ich fordere im Namen des Sozial- und auch des Kulturstaates eine behindertenbewußte Gesellschaft. Ich sage es deutlich: Die Kulturhöhe einer Nation mißt sich nicht an der Zahl neu gegründeter Schulen und Forschungseinrichtungen, sondern mindestens ebenso sehr an ihren Einrichtungen für die Bürger, die auf der Schattenseite des Lebens stehen.

Der **Drogenmißbrauch**, der häufig völlige soziale Desintegration zur Folge hat, ist ein weiterer Bereich, dem auch der Sozialminister heute außergewöhnliche Aufmerksamkeit zuwenden muß. Bis zu 50% aller Jugendlichen sind drogengefährdet, wie wir kürzlich einer Untersuchung entnehmen konnten. Nach dieser Untersuchung sind bereits 60 000 junge Menschen in der Bundesrepublik physisch und psychisch zerrüttet und zu sogenannten Jungrentnern geworden. Dies besagen andere neueste alarmierende Schätzungen. Wie lawinenartig auch in Bayern die Drogenwelle ansteigt, zeigen die Beschlagnahmeziffern für Haschisch. 1961 waren es 0,2, 1967 30, 1969 784 und 1970 bereits 1712 kg. Das muß uns aufhorchen lassen.

Zu den Ursachen kann ich nur sagen: Sorgen wir dafür, daß gerade unsere Familien in einem besseren Maße ihrer Erziehungsfunktion gerecht werden können; sorgen wir dafür, daß wir gerade euch im Bereich der Schule diese Probleme noch stärker angehen als bisher; sorgen wir dafür, daß all die, die in der Sozialpflege und in der Jugendwohlfahrtsarbeit tätig sind, euch bei der Bewältigung dieser Probleme an einem Strick ziehen.

Gesundheitlicher Gefährdung von Kindern und Jugendlichen entgegenzuwirken sind auch die Mittel meines Ressorts für **Kinder- und Jugendholungs-fürsorge** bestimmt. Während bislang die Träger der Erholungsmaßnahmen — die Wohlfahrtsverbände und die Kommunen — jährlich DM 800 000,— an staatlichen

Zuschüssen erhielten, wird uns das Programm Soziale Einrichtungen in den Stand setzen, die Fördermittel auf DM 1 250 000,— aufzustocken. Verbesserungen im Bereich der Heimbetreuung, finanzielle Unterstützung der individuellen Ferienerholung, Familienferienstätten, Ehe- und Familienberatung sowie individuelle Müttererholung und Müttererholungshelme — das sind weitere Tätigkeitsbereiche, denen ich im Interesse von Jugend und Familie in den nächsten Jahren noch weiter gesteigerte Aufmerksamkeit widmen werde.

Nach wie vor werde ich mich auch sehr intensiv um den **Ausbau des Jugendarbeitsschutzes** kümmern. 1970 haben wir in diesem Bereich in Klein- und Mittelbetrieben eine Sonderaktion durchgeführt. Ich kann Sie nun heute — und ich bin sehr froh darüber, daß ich das kann — über die Ergebnisse dieser Untersuchung informieren; denn wider Erwarten ist der Ausdruck der Ergebnisse dieser von mir veranlaßten Sonderuntersuchung über die Situation des Jugendarbeitsschutzes in Mittel- und Kleinbetrieben für den heutigen Tag noch fertig geworden. Ich erlaube mir, Ihnen diese Broschüre zur Verfügung zu stellen. Ihr Studium lohnt sich, glaube ich, für jeden, der Sorge für die Jugend mit der Ablehnung von Pauschalurteilen zu verbinden trachtet. Ich bitte Sie sehr angelegentlich, sich diese Zusammenstellung unserer Untersuchungsergebnisse auch einmal genau durchzusehen.

Auch über die ärztlichen **Erst- und Nachuntersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzes** werde ich Sie in Bälde informieren, wenn nämlich die ersten großen Auswertungen der EDV-mäßig erfaßten Untersuchungsergebnisse vorliegen. Unter anderem haben diese Untersuchungen — das kann ich heute schon sagen — eine Reihe sehr wichtiger Aufschlüsse erbracht. Bei knapp 3500 von rund 25 000 erstuntersuchten Jugendlichen waren Gefährdungsvermerke, d. h. Bemerkungen über eine Einschränkung der beruflichen Verwendungsfähigkeit für bestimmte Arbeiten, veranlaßt. Bei den auffälligen Befunden treten vor allem Deformierungen der Wirbelsäule mit 23,6% auf. Gerade die Deformierungen der Wirbelsäule sind ein Problem, mit dem wir uns ja in einem besonderen Maße beschäftigt haben, und es ist für mich interessant, daß solche Erscheinungen nun gerade auch schon in den Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz einen besonderen Schwerpunkt darstellen.

Über die Betreuung von Jugend und Familie — und damit komme ich zu einem anderen wesentlichen Kapitel — werde ich selbstverständlich die **Sorge um unsere älteren Mitbürger** nicht vergessen. Derzeit haben mehr als 1,3 Millionen oder 12,6% der bayerischen Bevölkerung das 65. Lebensjahr überschritten. Am Ende dieses Jahrzehnts werden über 14% oder 1,5 Millionen Mitbürger über 65 Jahre alt sein.

Vor allem diese Zunahme des Anteils alter Menschen an der Bevölkerung macht es notwendig, laufend neue **Heimplätze** zu schaffen. Nach den bisherigen Er-

fahrungen brauchen wir jährlich zusätzlich 3000 Plätze, bis 1980 also mindestens 30000. Ohne spürbare finanzielle Unterstützung des Staates sind die Kommunen wie auch die Verbände der freien Wohlfahrtspflege nicht in der Lage, diesen großen Bedarf zu befriedigen sowie darüber hinaus Instandsetzungen und bauliche Verbesserungen vorzunehmen. Sie sind es insbesondere dann nicht, wenn, wie in den vergangenen Jahren, die Bau- und Grundstückskosten weiterhin so sprunghaft steigen sollten. Sollte die Verwirklichung der Ziele des Landesaltenplanes nicht in Frage gestellt werden, so mußte mit dem diesjährigen Doppelhaushalt die staatliche Förderung pro Altenheimplatz wesentlich angehoben werden. Trotz der schwierigen Haushaltslage ist diese Anhebung auf DM 18000,- pro Platz, und zwar DM 9000,- durch mein Haus und DM 9000,- durch Wohnungsbaumittel aus dem Einzelplan 03 B, vorgesehen. Wie groß die Steigerung der finanziellen Anstrengungen der Staatsregierung ist, ersehen Sie aber wohl daraus, daß die Förderung pro Heimplatz 1969 erst DM 12000,- betrug, diese also innerhalb von zwei Jahren um 50% angehoben worden ist. Natürlich wäre es mir lieber gewesen, den Förderungssatz auf DM 20000,- zu bringen. Dazu fehlten aber einfach die Deckungsmöglichkeiten.

Gelöst werden muß aber in diesem Zusammenhang auch die Frage der Nachfinanzierung für die Altenheime, die nach den alten Sätzen gefördert wurden, die aber noch nicht oder eben erst fertig sind. Wir dürfen die Träger, die beim Bau von Heimen in die fast inflationär zu nennenden Kostensteigerungen hineingeraten sind, die wir gerade auf dem Bausektor in den zurückliegenden zwei Jahren zu verzeichnen hatten, nicht mit diesen ihnen oft ans Mark und an ihre Existenz gehenden Problemen allein lassen. Hierzu muß ich aber sagen, daß ich keine eigenen Haushaltsmittel für die Nachfinanzierung zur Verfügung habe. Der bayerische Staatshaushalt und hier speziell der Sozialhaushalt vermögen eben nicht alle nachteiligen Folgen der Bonner Politik aufzufangen. Alte Mitbürger, die Betreuung und Hilfe brauchen, sollten diese aber nicht nur in einem Altenheim erwarten.

Ich meine, daß die offene Altenfürsorge eine echte Alternative sein kann. Allen, die hier schon die verschiedensten Dienstleistungen aufgegriffen haben, möchte ich besonders danken.

Weder in der Altenbetreuung noch in der Jugendhilfe noch in den Bemühungen um die Behinderten und Kranken werden wir einen durchgreifenden Erfolg erringen können, wenn es nicht gelingt, den Mangel an Fachpersonal in den Sozialberufen weiter zu reduzieren.

Um für die Bevölkerung soziale Dienstleistungen trotz des Mangels an Fachpersonal optimal zu gewährleisten, müssen die bestehenden Möglichkeiten sinnvoll zusammengefaßt und durch gezielte Hilfen aktiviert werden. In dem Raum zwischen Familie einerseits und Arzt, Krankenhäusern, Heimbetreuung sowie Behörden andererseits entsteht zunehmend ein Mangel an unmittelbarer sozialer Betreuung und Beratung. Älteren und kranken Menschen bleibt oftmals, auch bei vorübergehender oder nur teilweiser Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit, nur die Möglichkeit, Aufnahme in einem Altersheim oder Krankenhaus zu suchen. Die Überfüllung unserer Altenheime und Krankenhäuser ist sicher auch darauf zurückzuführen, daß Kranke, die vom Krankheitsbild her durchaus in häuslicher Pflege belassen werden könnten, dann, wenn solche nicht möglich ist, in Krankenhäuser eingeliefert werden müssen. Zu Altenheim bzw. Krankenhaus muß es meines Erachtens auch in Zukunft die Alternative der offenen Alten- und Krankenpflege geben. Das sind wir nicht nur den betroffenen Menschen, sondern auch den Einrichtungen und ihrem Personal schuldig, die nicht noch mehr belastet werden dürfen, sondern entscheidend entlastet werden müssen.

Ich habe daher angeordnet, daß diese Fragen unter dem Arbeitstitel **Errichtung und Ausbau von Sozialstationen** von einer Projektgruppe in meinem Haus auf Notwendigkeiten und Lösungen hin untersucht werden. Unter Sozialstationen, die in Stadt und Land unterhalten werden sollen, werden wir wohl in erster Linie eine personelle und organisatorische Zusam-



Sparen auf Staatskosten:

Als Arbeitnehmer
Vermögen bilden. Bei uns.

Nutzen Sie das 624-Mark-Gesetz.
Wir sagen Ihnen wie.



wenn's um
Geld geht-
SPARKASSE

Die Bayerische Landesärztekammer vermittelt Praxisvertretungen

(Allgemeinärzte und Fachärzte)

Meldungen an: Bayerische Landesärztekammer
(Abt.: Vertretervermittlung), 8000 München 80,
Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87

menfassung sozialer Pflege- und Helferdienste, nämlich insbesondere der offenen Kranken-, Alten-, Haus- und Familienpflege sehen müssen. Ich glaube zudem, daß Sozialstationen bei guter Besetzung mit Fachkräften und weiteren ehrenamtlichen Kräften zu einer wertvollen Bereicherung unseres Sozialsystems führen könnten. Ich muß es mir versagen, weitere Einzelheiten über die Aufgaben von Sozialstationen darzulegen, möchte jedoch noch auf einen besonderen Punkt hinweisen. Ich halte es für eine Aufgabe solcher Sozialstationen, den Bürgern auch im täglichen Verkehr mit den Behörden beratend und wegweisend zur Seite zu stehen, was vor allem durch ehrenamtliche Kräfte, die von Berufs wegen einen Überblick über Gesetze und Verwaltung haben, geschehen könnte.

Sozialstationen sollen kein Ersatz für Sozialämter und nicht neue staatliche Behörden werden. Als Träger kommen in erster Linie deshalb die Verbände der freien Wohlfahrtspflege, Pfarreien, Kirchengemeinden sowie Sozialvereine auf der Basis des Zusammenschlusses von Mitbürgern in Betracht, wofür wir schon hervorragende Beispiele haben, die als Modell-Sozialstationen jetzt schon gefördert und beraten werden können. Selbstverständlich können, wo dies mangels eines anderen Trägers notwendig erscheint, auch die Kommunen Träger sein. Grundsätzlich sollte die Inanspruchnahme dieser sozialen Dienste mit Ausnahme der reinen Beratungsfunktionen auch nicht kostenlos sein. Neben den Betreuten, sofern sie dazu in der Lage sind, können Krankenkassen, Versicherungen und gegebenenfalls die Träger der Sozialhilfe die Kosten der offenen Kranken- und Altenpflege schon nach geltendem Recht übernehmen.

Wir müssen in diesem Bereich **vorbeugen**, um nicht, wie leider so oft in der Gesellschafts- und Sozialpolitik, bereits entstandene Mängel beseitigen zu müssen. Dies ist gerade in Zeiten zunehmender Haushaltsknappheit in besonderem Maße richtig und wichtig, weil Schaden verhüten noch immer billiger war und ist, als entstandene Schäden zu heilen.

Zu den weiteren Aufgaben meines Hauses, denen gegenwärtig hervorragendes öffentliches Interesse gilt, rechnet das Gesundheitswesen. Wie Sie wissen,

wurde meinem Ressort nunmehr über die aufsichtliche Verantwortung für die kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung der Bevölkerung, die Arbeits-, die Sozial- und die Versorgungsmedizin hinaus zusätzlich das Gesundheitswesen übertragen, soweit es nicht den Bereich der öffentlichen Sicherheit und Ordnung betrifft. Ich hoffe, daß die Übergabe der Sachgebiete demnächst abgewickelt sein wird, um dann möglichst rasch mit meiner Arbeit beginnen zu können. Ich möchte im Augenblick nur folgendes sagen: Die Bemühungen meines Kollegen Dr. MERK um eine allen Beteiligten gerecht werdende **Sicherung der Krankenhausfinanzierung** werde ich tatkräftig fortsetzen. In der zeitgemäßen Fortbildung des bayerischen Krankenhausplanes sehe ich einen weiteren Schwerpunkt auf diesem Gebiet. Im Bereich der medizinischen Vorsorge, die seit Jahren mein besonderes Anliegen ist, wird sich die Zusammenfassung der Zuständigkeiten im Sozialministerium besonders günstig auswirken.

In einem spezifischen Bereich der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist mein Haus seit einigen Monaten in besonderer Weise intensiv bemüht, eine rasche und spürbare Verbesserung zu bewirken. Ich meine den von der Staatsregierung beschlossenen **Aufbau eines Herzzentrums** in der Lazarettstraße in München. Wie dringend das Problem ist, zeigt allein, daß in Bayern im Jahre 1969 48 100 Menschen an Herz- und Kreislaufkrankheiten starben. Das sind 38% aller Verstorbenen. Der Ausbau des Zentrums ist folgendermaßen vorgesehen: Innerhalb eines Jahres wird der Betrieb mit 138 Betten aufgenommen werden können. Das entspricht in etwa einer Verdoppelung der bisherigen Kapazität an den bayerischen Universitätskliniken. Nach einer Planungszeit von mindestens zwei Jahren und einer Bauzeit von mindestens drei Jahren wird das Zentrum eine Kapazität von 250 bis 300 Betten aufweisen. Die Kosten für die Einrichtung und den Betrieb des Herzzentrums werden die Kosten für ein Allgemeinkrankenhaus natürlich weit übersteigen. Während üblicherweise auf zehn Patienten sieben Personen an ärztlichem und Krankenhauspflegepersonal benötigt werden, werden im Herzzentrum etwa 30 ärztliche und Pflegekräfte auf 10 Patienten kommen müssen. Voraussichtlich ist jährlich mit 15 bis 20 Millionen DM Betriebskosten zu rechnen. Nach den gegenwärtig möglichen Schätzungen dürfte das Herzzentrum einschließlich Grundstück und Rückerwerb des Rotkreuzkrankenhauses München II mehr als 100 Millionen DM kosten. Das ist eine große Aufgabe, die vor uns steht, groß auch vom Finanziellen her. Aber ich meine, ihre Lösung ist im Interesse unserer Bevölkerung unbedingt wichtig.

Zu dem viel diskutierten Problem der ausreichenden **ärztlichen Versorgung** unserer Bevölkerung möchte ich kurz folgendes ausführen: Die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der bayerischen Bevölkerung ist augenblicklich, auch auf dem Lande, im allgemeinen

Hyperurikämie Gicht

Dauertherapie mit
Uricovac[®]
einfach + sicher

1 Tablette täglich

„... die Pille des nierensuffizienten Gichtpatienten ...“

D. P. MERTZ: Gicht, Thieme-Verlag, Stuttgart 1971

Ausgezeichnete Verträglichkeit

Monatspackung = 30 Tabletten mit je 100 mg Benzbromaronum

DM 29,- incl. Mwst. (Tagesdosis unter DM 1,-)

Kontraindikation: Mittelschwere bis schwere Niereninsuffizienz



Labaz GmbH
Pharmazeutische Präparate
4 Düsseldorf, Postfach 5126

nicht gefährdet. Allerdings sind in einzelnen Regionen, insbesondere im Grenzlandgürtel, teilweise recht schmerzliche Engpässe aufgetreten. Um der doch beachtlichen Verdünnung der ärztlichen Versorgung in einigen Gebieten entgegenzuwirken, hat mein Ressort, Initiativen aus dem Hohen Haus einbeziehend, zusammen mit der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung ein Aktionsprogramm in Angriff genommen. Ich freue mich, Ihnen heute dieses Programm oder einen Teil dieses Programmes verkünden zu können. Ärzten, die bereit sind, sich in ärztlich schwach versorgten Gebieten dauerhaft anzusiedeln, können wir nämlich künftig für die Errichtung eines Praxis- und Wohngebäudes äußerst günstige Darlehen anbieten. Als erste Hypothek gewährt die Bayerische Ärzteversorgung ein Darlehen zu derzeit $6\frac{1}{4}\%$ Zinsen. Aus Gewinnen der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt können weitere hypothekarisch zu sichernde Darlehen mit einem Zinssatz von gegenwärtig rund 5% angeboten werden. Für letzteren Zweck steht in diesem Jahr ein Darlehenskontingent von 3 Millionen DM zur Verfügung. Wir entlassen damit die gesetzlich für die ärztliche Versorgung in erster Linie verantwortliche Kassenärztliche Vereinigung nicht aus ihrer Pflicht. Aber wir betrachten dieses Programm als einen ganz wesentlichen, ich möchte auch sagen, als einen aus-

gezeichneten und beispielgebenden Beitrag des Freistaates Bayern im Zusammenwirken mit den Betroffenen dazu, daß unseren Patienten auf dem Land, aber auch in manchen Stadtrandgebieten, das gewährt wird, worauf sie in einem Sozial- und Kulturstaat Anspruch haben: Hinreichende ärztliche Versorgung.*)

Eine baldige Verbesserung halte ich auch in der **erbeitsmedizinischen Versorgung** unserer erwerbstätigen Bevölkerung für dringlich. Insbesondere die Klein- und Mittelbetriebe werden arbeitsmedizinisch oft gar nicht, manchmal unzureichend, betreut. Ich weiß sehr wohl, daß eine zusätzliche Kostenbelastung von den meisten Betrieben als unerträglich angesehen wird. Aber ich meine, es sollte nicht übersehen werden, daß eine arbeitsmedizinische Betreuung auch Kosten spart, etwa in dem sie Leistungsminderungen entgegenwirkt oder erbeitsbedingte Erkrankungen vermeiden hilft und auch auf die Arbeitskräftewerbung ihre positiven Wirkungen hat. Ich danke dem Haushaltsausschuß dafür, daß er hierfür zusätzliche Mittel in diesem Haushalt bewilligt hat, und hoffe, daß diese zusätzliche Bewilligung auch im Plenum Anklang finden wird.

Wir werden diese Probleme, auch die der arbeitsmedizinischen Versorgung, nur gemeinsam lösen können, wie so vieles in der Politik und wie auch so vieles in der Sozialpolitik.

*) s. Seite 1020 ff

Äskulap und Pegasus

Vielen Kollegen, nicht nur den Lesern des „Bayerischen Ärzteblattes“, ist unser Confrère, Medicinæ Doctor et VDI Bruno Leo FRITON, 8261 Hart/Alz, geboren am 31. Mai 1905, als der Löffeldoctor bekannt, besonders den Geburtshelfern, denn sein Zangenmodell hat weite Verbreitung gefunden. Seine vielseitigen Verdienste, vornehmlich auf dem Gebiete der Iatrouinstrumentologie, wovon 200 von ihm entwickelte Instrumente und Geräte der Heilkunde und der Krankenpflege, sowie 250 wissenschaftliche Aufsätze zeugen, wurden anlässlich seines 65. Geburtstages in dieser Zeitschrift (6/1970, Seite 566) eingehend gewürdigt, so daß hier darauf verwiesen werden kann, ebenso wie auf seinen dort dargestellten Lebenslauf. Diese reiche Tätigkeit in unserem ärztlichen Berufe brachte ihm zahlreiche Ehrungen, Goldmedaillen und Ehrenmitgliedschaften ein, die alle in seinem Geburtstagsartikel angeführt sind und zu denen in der Zwischenzeit drei „Goldene“ und Ehrenmitgliedschaften gekommen sind.

Nicht erwähnt sind dort seine Mitgliedschaften beim Bundesverband der deutschen Schriftstellerärzte, dem Internationalen Schutzverband deutschsprachiger Schriftsteller sowie beim Schutzverband der öster-

reichischen Schriftsteller im Verbands der Geistig-Schaffenden Österreichs. Die Vielseitigkeit seiner Interessen und seinen tiefgründigen Humor beweisen ferner seine Mitgliedschaften bei so nützlichen und geistreichen Vereinigungen wie bei der Götz von Berlichingen Akademie, dem Verein gegen parlamentarischen und bürokratischen Mißbrauch, dem Freundeskreis Till-Eulenspiegel und dem deutschen Doctor-Eisenbarth-Arbeitskreis.

Daß Confrère Friton trotz seiner schweren Arbeitsbelastung als Landarzt, seiner vielseitigen erfinderischen Tätigkeit und die dadurch bedingten wissenschaftlichen Untersuchungen noch Zeit findet, seine Gedanken über unseren ärztlichen Beruf und zu den Problemen unseres Daseins in geprägte Form zu bringen, ist erstaunlich. Seine Reiseberichte über China und Japan („Bayerisches Ärzteblatt“ Heft 10 und 11/1964) sind ein Genuß zu lesen, ebenso wie seine Studie über die Entstehung des Weihnachtsliedes „Stille Nacht, heilige Nacht“. Sein schriftstellerisches Schaffen ist noch nicht zusammengefaßt und veröffentlicht, er ist laufend Mitarbeiter in der „Insel“ (Münchener Medizinische Wochenschrift).

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Kongresse

22. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer verbunden mit Praktischem Laborseminar und Geräteausstellung (Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg)

vom 3. bis 5. Dezember 1971

Ort: Meistersingerhalle — Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. R. S c h u b e r t, Nürnberg

Freitag, 3. Dezember 1971

Tagesthema: Schnelldiagnostik und Soforttherapie

9.00—9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40—10.05 Uhr:

Prof. Dr. F. W. A h n e f e l d, Leiter der Abteilung für Anästhesiologie der Universität Ulm

Soforttherapie des Schocks

10.05—10.35 Uhr:

Prof. Dr. L. K o s l o w s k i, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Tübingen

Erste ärztliche Hilfe am Unfallort und im Krankenhaus

10.35—10.50 Uhr:

Dr. H. B i r k n e r, Direktor der 2. Chirurgischen Klinik Nürnberg

Organisation des Rettungsdienstes

10.50—11.30 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung

11.30—11.55 Uhr:

Dr. H. E h r l i c h e r, Leiter der Betriebshygienischen Untersuchungsstelle der Farbenfabriken Bayer-Leverkusen

Soforttherapie bei gewerblichen Unfällen

11.55—12.20 Uhr:

Prof. Dr. L. P r o k o p, Direktor des Österreichischen Instituts für Sportmedizin an der Universität Wien

Soforttherapie bei sportlichen Zusammenbrüchen einschließlich Doping

Mittagspause — Restaurant im Hause

14.20—14.50 Uhr:

Filmvorführung — Boehringer-Mannheim GmbH
Risikofaktor Übergewicht

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. H. J. B o c h n i k, Direktor der Psychiatrischen und Neurologischen Universitätsklinik Frankfurt/M.

Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei deliranten Zuständen

15.30—15.55 Uhr:

Dr. H. L. S t e u d a c h e r, Obererzt der 2. Medizinischen Klinik Nürnberg

Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei akuten Vergiftungen

15.55—16.15 Uhr:

Dr. H. W. O p d e r b e c k e, Direktor der Anästhesieabteilung Nürnberg

Zwischenfälle bei Lokalanästhesie und Narkosen

16.15—16.50 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung

16.50—17.15 Uhr:

Prof. Dr. W. S t r a u b, Direktor der Augenklinik der Universität Marburg

Schnelldiagnostik und Soforttherapie in der Ophthalmologie

17.15—17.35 Uhr:

Prof. Dr. F. W a c h s m a n n, Leiter der Gesellschaft für Strahlenforschung und Umweltschutz Neuherberg

Sofortereinsatz bei Reaktorunfällen

17.35—18.00 Uhr:

Prof. Dr. G. W e b e r, Direktor der Hautklinik Nürnberg

Soforttherapie bei Verbrennungen und Verätzungen der Haut

18.00 Uhr:

Diskussion

Samstag, 4. Dezember 1971

Tagesthema: Schnelldiagnostik und Soforttherapie

9.30—9.55 Uhr:

Prof. Dr. H.-G. L a s c h, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Gießen

Pathophysiologie und therapeutische Grundlagen bei thrombembolischen Erkrankungen

9.55—10.20 Uhr:

Prof. Dr. G. H e g e m a n n, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei akuten arteriellen Gefäßverschlüssen

10.20—10.40 Uhr:

Prof. Dr. H. D i t t r i c h, Oberarzt der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei Lungenembolie

10.40—11.25 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung

11.25–11.45 Uhr:

Prof. Dr. A. B e c k e r, Direktor der HNO-Klinik Nürnberg

Diagnostik und Solorttherapie bei Aspiration von Fremdkörpern

11.45–12.10 Uhr:

Dr. O. L i n d n e r, Oberarzt der 2. Medizinischen Klinik Nürnberg

Solorttherapie bei lebensbedrohenden Asthmaanfällen

Mittagspause – Restaurant im Hause

14.20–14.50 Uhr:

Filmvorführung – Farbenfabriken Bayer AG

Husten, Auswurf, Atemnot

15.00–15.25 Uhr:

Prof. Dr. W. M o h r, Chefarzt der klinischen Abteilung des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenkrankheiten Hamburg

Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei Erkrankungen in der Ferntouristik

15.25–15.55 Uhr:

Prof. Dr. J. B. M a y e r, Direktor der Kinderklinik der Universität des Saarlandes Homburg/Saar

Solortmaßnahmen bei akut bedrohlichen Zuständen im Säuglings- und Kleinkindesalter

15.55–16.25 Uhr:

Prof. Dr. K.-G. O b e r, Direktor der Frauenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Notfallsituationen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

16.25–17.00 Uhr:

P a u s e zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung

17.00–17.25 Uhr:

Prof. Dr. D. M ü t i n g, Chefarzt der Spezialklinik für Leberkrankheiten Bad Kissingen

Schnelldiagnostik und Solorttherapie bei akuter Leberinsuffizienz

17.25–17.50 Uhr:

Prof. Dr. U. G e s s l e r, Direktor der 4. Medizinischen Klinik Nürnberg

Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei akutem Nierenversagen

17.50–18.15 Uhr:

Prof. Dr. H. S a c h s e, Direktor der Urologischen Klinik Nürnberg

Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei akuten Harnwegsobstruktionen

18.15 Uhr:

D i s k u s s i o n

Sonntag, 5. Dezember 1971

Tagesthema: Krebsfrüherkennung

9.30–10.00 Uhr:

Prof. Dr. C.-E. A i k e n, Direktor der Urologischen Klinik der Universität des Saarlandes Homburg/Saar

Früherkennung des Prostatakarzinoms

10.00–10.30 Uhr:

Prof. Dr. F. N ö d l, Direktor der Hautklinik der Universität des Saarlandes Homburg/Saar

Früherkennung der Heutumoren

10.30–11.00 Uhr:

Prof. Dr. R. S c h u b e r t, Direktor der 2. Medizinischen Klinik Nürnberg

Früherkennung des Bronchialkarzinoms

11.00–11.40 Uhr:

P a u s e zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung

11.40–12.10 Uhr:

Prof. Dr. G. S t a r k, Direktor der Frauenklinik Nürnberg

Klinische Früherkennung des Karzinoms in der Gynäkologie

12.15–12.40 Uhr:

Prof. Dr. G. P l i e ß, Direktor des Pathologischen Instituts Nürnberg

Vorsorgeuntersuchungen und Frühdiagnostik des Zervixkarzinoms

12.40 Uhr:

D i s k u s s i o n

Des Programm wurde allen Ärzten der Bundesrepublik zugesandt

Sitzung der Münchener Dermatologischen Gesellschaft e.V.

am 24. November 1971 in München

Am 24. November 1971 findet um 18.00 Uhr s. t. in den Ambulanzen und anschließend im großen Hörsaal der Dermatologischen Klinik der Universität eine Sitzung der Münchener Dermatologischen Gesellschaft statt.

Tagesordnung:

1. Krankenvorstellung
2. Diskussion über die vorgestellten Patienten
3. Vortrag von Professor Dr. H. R ö c k l: Das nummuläre und das mikrobielle Ekzem

Auch Nichtfachärzte sind freundlichst eingeladen.

11. Bayerische Internistentagung

vom 10. bis 12. Dezember 1971 in München

Vom 10. bis 12. Dezember 1971 findet die 11. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. unter der Mitwirkung der Medizinischen Poliklinik und der Kardiologischen Sektion der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. F r a n k e), der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. A. K ü h n) und der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. L. D e m l i n g) in München statt.

Tagungsort: Kongreßhalle des Ausstellungsparkes, München 12, Theresienhöhe 12

Die **Mitgliederversammlung** der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. findet am Freitag, 10. Dezember 1971, 18.45 Uhr, im Konferenzraum der Kongreßhalle des Ausstellungsparkes statt. Der Tagung ist eine Ausstellung pharmazeutischer Präparate und medizinisch-technischer Geräte in Halle 3 des Ausstellungsparkes angeschlossen.

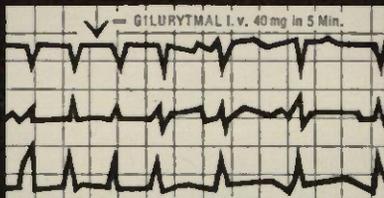
Auskunft und Anmeldung: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, 8036 Herrsching, Summerstraße 3, Telefon (0 81 52) 62 64

Gilurytmal[®]

Rascher Wirkungseintritt unabhängig vom Ursprungsort der Ektopien, keine Blutdrucksenkung, keine Allergie, keine negative Inotropie, jedoch Hemmung der Reizleitung.

Spezielle Indikationen: Differentialdiagnostik z. B. des WPW-Syndroms, Kammer tachykardien, paroxysmale Tachykardien.

Abb. Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie. Sinusrhythmus unmittelbar nach Injektionsende.



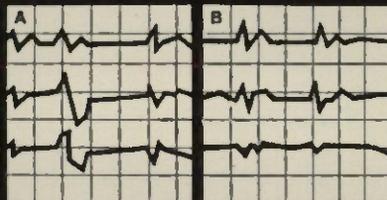
Depasan[®]

Wirkungseffekte ähnlich wie bei Ajmalin, jedoch wird Spartein langsamer aus dem Serum eliminiert. Hauptvorteil: keine Beeinträchtigung der Reizleitung.

Spezielle Indikation: Arrhythmien mit gleichzeitiger Störung der Reizleitung.

Abb. A ventrikuläre Extrasystolie

Abb. B nach 100 mg DEPASAN i. v. keine Extrasystolie mehr, keine Beeinträchtigung der Reizleitung nachweisbar.



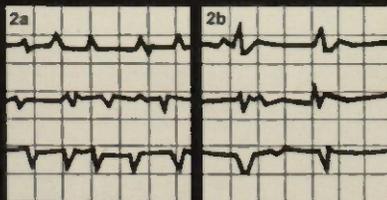
Pulsnorma[®]

Das orale Antiarrhythmikum mit großer Indikationsbreite von der Extrasystolie bis zur absoluten Arrhythmie. Rascher Wirkungseintritt, keine Vormedikation, auch zur Anfallsunterbrechung geeignet.

Spezielle Indikationen: Neben der oralen Behandlung von Arrhythmien Prophylaxe der paroxysmalen Tachykardie.

Abb. 2a absolute Arrhythmie seit ca. 8 Monaten, Frequenz ca. 130/min;

Abb. 2b nach 7-tägiger Behandlung mit 3 x 2 PULSNORMA Sinusrhythmus. Frequenz 60/min.



GEBR. GIULINI GMBH



LUDWIGSHAFEN/RHEIN

Mitteilungen

Aufruf der Münchener Universitäts- gesellschaft e. V.

Die Universität München, die größte der deutschen Hochschulen, begeht im Sommer 1972 ihr 500. Gründungsjubiläum.

Dann wird auch die Münchener Universitätsgesellschaft 50 Jahre bestehen. Sie wurde in der großen Inflation auf Bitte der Universität gegründet, um dieser durch die „Hilfe der Öffentlichkeit eine Milderung ihrer Notlage in wichtigen Teilen ihres Lebens in der Zukunft“ sicherzustellen.

Dieser Erwartung konnte sie in den vergangenen wechselvollen Jahrzehnten durch das Verständnis ihrer Freunde mit der Beschaffung von Tausenden von Büchern und Schriften, ungezählten Instrumenten, Apparaten und Klinikeinrichtungen gerecht werden.

Heute sind die deutschen Universitäten insgesamt in einer schweren Krise, die das ganze Volk beunruhigt. Die Ursachen sind mannigfaltig, die Wirkung auf den Lehrbetrieb besorgniserregend.

Die Krise zu überwinden ist Sache aller, der Universitäten selbst, der Regierungen, der Parlamente und jedes Staatsbürgers.

Es wäre tief bedauerlich, wenn über der meist politisch bedingten weitverbreiteten Zurückhaltung gegenüber allen Universitätsfragen die Tatsache übersehen würde, daß eine der hemmenden Ursachen – frei von jeder Tendenz – durch gemeinsame Anstrengung beseitigt werden kann: die für die moderne Lehre und Forschung vielfach ganz unzureichende Ausstattung der Hochschule. Der durch die ständig steigende Zahl der Studierenden verstärkte Bedarf an neuen und modernen von Wissen-

schaft und Technik angebotenen Apparaten und Hilfsmitteln und die Beschaffung in- und ausländischer Fachliteratur ist ohne Hilfe von außen nicht zu befriedigen.

Daher möchten wir bei diesem Doppeljubiläum der Universität mit einer wirkungsvollen Jubiläumsspende helfen, um deren Aufbringung wir alle bitten, denen die Ausbildung unserer jungen Generation am Herzen liegt.

In Zeiten der Unsicherheit und der Not muß die Bedeutung der Leistungsfähigkeit von Lehre und Forschung besonders stark empfunden werden. Das Volk, das nicht alles für die beste Ausbildung seiner Ärzte, Wirtschaftler, Techniker und Juristen in allen Gebieten tut und des vergißt, daß die wirtschaftlichen Erfolge – besonders im internationalen Wettbewerb – vom Stand der Ausbildung ihrer zukünftigen Leiter abhängen, gibt sich selbst auf.

Daher erwarten wir zuversichtlich eine breite Beteiligung aller Kreise an dieser Hilfsaktion, zu der auch kleinste Beiträge willkommen und wirksam sind. Steuerlich sind alle Zuwendungen zu diesem gemeinnützigen Zweck im Rahmen der Höchstbeträge abzugsfähig.

Dem Vorstand unserer Gesellschaft gehören von der Universität jeweils der Rektor als II. Vorsitzender, der Prorektor als II. Schatzmeister und der Kanzler als II. Schriftführer an.

Von 1948 bis 1971 haben wir der Münchener Universität rund DM 7 000 000,- zur Verfügung stellen können. Der größte Teil unserer Ausgaben aus Mitgliedsbeiträgen und Spenden erfolgte für:

Literatur	31 %
Technische Apparate	24 %
Medizinische Geräte	20 %
Ausstattung von Instituten	10 %

Die einzelnen Fakultäten wurden beachtet wie folgt:

Rektorat	DM 419 500,-
Theologische Fakultäten	DM 159 600,-
Juristische Fakultät	DM 209 000,-
Staatswirtschaftliche Fakultät	DM 612 500,-
Medizinische Fakultät	DM 2 293 000,-
Tierärztliche Fakultät	DM 902 000,-
Philosophische Fakultäten	DM 801 500,-
Naturwissenschaftliche Fakultät	DM 1 492 000,-

Alle Gesuche der Universität an uns müssen vom Rektor und vom zuständigen Dekan geprüft und befürwortet worden sein, bevor unser Vorstand darüber entscheidet.

Spenden erbitten wir auf das Konto Nr. 41 600 beim Postscheckamt München oder auf das Konto Nr. 400 2636 bei der Bayerischen Hypotheken- und Wechsel-Bank München.

Oscar-Gans-Preis 1971 verliehen

Anlässlich der Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Berlin vom 29. September bis 2. Oktober 1971 verlieh die Deutsche Dermatologische Gesellschaft Herrn Dr. Hans Schäfer, Hautklinik der Freien Universität im Rudolf-Virchow-Krankenhaus Berlin, für die Arbeit „Die quantitative Differenzierung der Talgausscheidung mit physikalischen Methoden“ auf Vorschlag des Kuratoriums der DDG den mit DM 8000,- dotierten Oscar-Gans-Preis 1971. Stifterin des Preises: Firma Dr. med. Josef Ellendorff & Co.

Stiftung der Deutschen Forschungsgemeinschaft

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat den Dozenten für Kinderheilkunde, Professor Dr. Ulrich STEPHAN und Privatdozent Dr. Werner SCHUSTER an der Universitäts-Kinderklinik Erlangen Mittel für ein Forschungsvorhaben in Höhe von DM 300 000,- bewilligt. Die Forschungen beziehen sich auf die Streustrah-

Flasche mit 20 ml 5,15 DM
mit 50 ml 9,35 DM

Synthera

BIOLOGISCHE
HEILMITTEL

Ein in der täglichen Praxis bewährtes biologisches Tonikum und Sedativum bei nervösen Erregungs- und Erschöpfungs-Zuständen der Frauen

DR. FRIEDRICHS & CO - 5630 REMSCHEID 11 - POSTFACH 110256

lenszintigraphie der Lunge. Dabei handelt es sich um eine neu entwickelte Methode zur Lungenfunktionsprüfung, die auch bei Säuglingen und kleinen Kindern angewendet werden kann. Erste Ergebnisse, die Aufschluß geben über die Lungenfunktion bei chronischen Erkrankungen der Atemwege der Kinder, so z. B. Asthma oder Mukoviszidose, liegen bereits vor und haben großes Interesse hervorgerufen. Der weitere Ausbau dieser Diagnostik ist vielversprechend und ergibt eine wesentliche Verbesserung der Diagnostik und die Möglichkeit der objektiven Verlaufskontrolle bei Erkrankungen der kindlichen Atemwege.

Buchbesprechungen

„Ravenna — Steine reden“. Frühchristliche Mosaiken erzählen das Leben Jesu. Ein Farbblildbuch mit Aufnahmen von Erich LESSING, Einführung von Wolfgang STADLER. 152 S., davon 72 S. Farbblilder, gebunden in Efelin, DM 24,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Die Mosaiken von Ravenna, vor allem die Christusszenen aus Apollinare Nuovo, die zu Beginn des 6. Jahrhunderts im Auftrage des Gotenkönigs Theoderich d. Gr. geschaffen wurden, gehören zu den bedeutendsten Zeugnissen byzantinisch-frühchristlicher Kunst. Sie sind zugleich in der Vielfalt der Szenen als ein Bildevangellium von besonderer gelstiger Einfühlung in die Lehre Jesu anzusprechen.

Diese doppelte Bedeutung der ravenatischen Mosaiken zeichnet die Einführung in vier Abschnitten nach. Den geschichtlichen Hintergrund beschreibt der Abschnitt „Hauptstadt des Reiches“. Die künstlerische Besonderheit der Mosaiken und die verschiedenen Stile beleuchtet der Abschnitt „Kunstzentrum zwischen Rom und Byzanz“, und die Beschreibung und Deutung der Szenen erfolgt dann in den Abschnitten „Das Evangelium von Ravenna“ und „Ravenna — Steine reden“.

Kern des Buches sind die Bilder, die in sechs Gruppen zu den jeweiligen Stellen des Evangeliums gestellt sind. Die 26 Szenen aus Apollinare Nuovo, die in diesem Band wohl zum erstenmal vollständig in getreuer Farbwiedergabe gezeigt werden, sind er-

gänzt durch Aufnahmen aus dem Mausoleum der Galla Placidia, dem Baptisterium der Orthodoxen, der erzbischöflichen Kapelle und anderen Bildern aus der Theoderichkirche, die einerseits der Abrundung des „Evangeliums von Ravenna“ dienen, zugleich aber dem Kunstfreund die stillistische Vielfalt zeigen, in der die Steine von Ravenna reden.

Dieser Band lädt ein zum Schauen und läßt eine Epoche lebendig werden, in der sich glanzvolles Abendland und werdendes Morgenland begegnen und austauschen.

Prof. Dr. K. KOLLE: „Große Nervenärzte“ — Band II. 250 S., 24 Portraits, Grobleinen, DM 39,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Daß von der groß angelegten Reihe von Lebensbildern großer Nervenärzte nach dem ersten Band nun auch der zweite in einer zweiten Auflage erscheint, darf in zweierlei Hinsicht positiv gewertet werden: Einmal als Anerkennung der publizistischen Leistung, zum anderen als Ausdruck des Bedarfs einer solchen Biographie bei Ärzten und Studierenden. So darf man überzeugt sein, daß auch dieser Band wieder seine Leser und Käufer finden wird. Betrübt stimmt, daß in den elf Jahren zwischen den beiden Auflagen sieben von den insgesamt neunzehn Mitarbeitern verstorben sind. Mit ihren Beiträgen haben sich die Verstorbenen selbst ein Denkmal gesetzt. Dazu eine Bitte an den Herausgeber: Vielleicht könnte der eine oder der andere dieser verstorbenen Mitarbeiter in einer erweiterten Auflage des dritten Bandes berücksichtigt werden. Oskar Vogt ist bereits im vorliegenden zweiten Band gewürdigt; schade, daß es nicht möglich war, die Aktualität dieses Lebensbildes durch Hinzufügung der Todesdaten zu wehren.

Dr. Pollak, München

Dr. SCHREIBER: „Der Medizinbetrieb“. 356 S., Leinen, DM 26,—. Kurt Desch Verlag, München.

Seine Gespräche in einer Sendereihe des Bayerischen Rundfunks und des Fernsehens über den „Medizinbetrieb“ mit 19 Partnern hat Dr. Georg Schreiber, der bekannte Medizinjournalist und Leiter dieser Diskussionen in diesem Buch wiedergegeben. Gesprächspartner Schreibers waren u. a. Professor Dr. Fromm, der Präsident

der Bundesärztekammer, Dr. Mutschallik, der 1. Vorsitzende der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung, Professor Dr. v. Manger-Koenig, Staatssekretär im Bundesministerium für Jugend, Familie, Gesundheit und Sport, Professor Dr. Ober, Ordinarius für Gynäkologie in Erlangen, Professor Dr. Schwalm, Vorstand am Institut für Strafrechtswissenschaften der Universität Erlangen-Nürnberg, weitere Professoren, Ärzte, der Präsident der Deutschen Heilpraktikerschaft, Sozialpolitiker und Journalisten. In zum Teil recht scharfen Diskussionen wurden Themen behandelt, in denen die gegensätzlichen Auffassungen der Gesprächspartner manchmal hart aufeinander prallten. „Wem sind Patienten ausgeliefert?“, „Über Ärzte offen reden“, „Gesundheit wird teuer“, „Heilmittel zwischen Wirtschaft und Wissenschaft“, „Gesundheit und Politik“, „Kranke brauchen ein gesundes Wissen“ — so lauten einzelne Abschnitte der Gespräche.

Wer an aktuellen gesundheitspolitischen Problemen interessiert ist, wird dieses Buch mit Interesse lesen, vielleicht manche zusätzliche Begründung für eigene Kritik, aber sicher Information aus erster Hand erhalten.

Therapeutika

Pepsaidra® „Neu“

Säurereiches
Magen-Fermentpräparat

Zusammensetzung:

1 Tablette: Pepsin DAB 7 20 mg,
L-Glutaminsäurehydrochlorid 120 mg

Indikationen:

Subazidität, Anazidität, Magensekretmangel, chronische subazide Gastritis, Dyspepsie, Verdauungsstörungen nach Teilresektion des Magens. Zur Unterstützung der Eisenresorption bei hypochromen Anämien verschiedener Genese. Bei Verdauungsschwäche älterer und elter Menschen.

Dosierung:

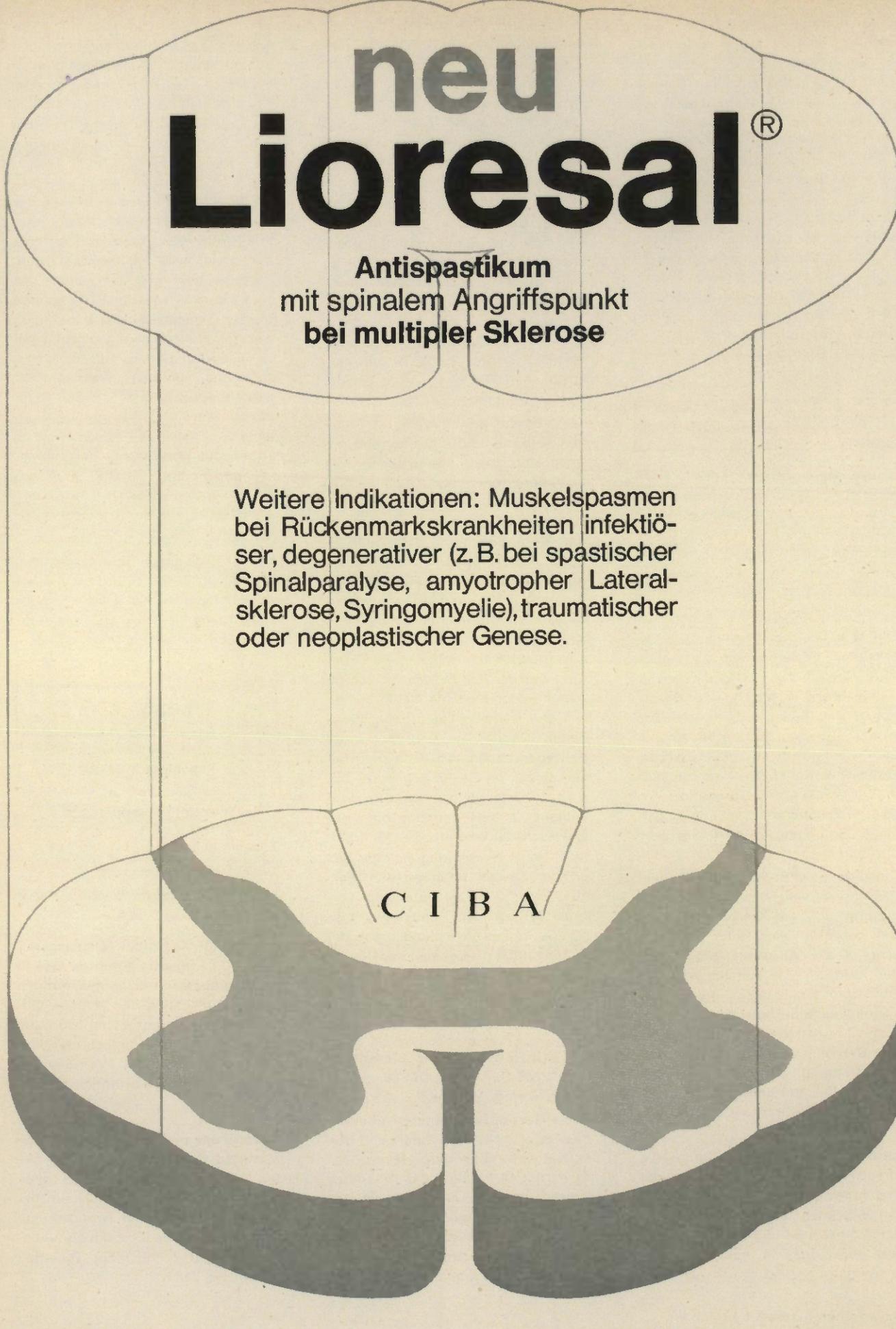
Erwachsene und Kinder 3 x tgl. 1 Tablette zu Beginn der Hauptmahlzeiten unzerkaut mit etwas Flüssigkeit schlucken. Bei Anazidität und bestimmten Formen der hypochromen Anämie kann die Einzeldosis unbedenklich auf 2 und mehr Tabletten erhöht werden.

neu **Liioresal**®

**Antispastikum
mit spinalem Angriffspunkt
bei multipler Sklerose**

Weitere Indikationen: Muskelspasmen bei Rückenmarkskrankheiten infektiöser, degenerativer (z. B. bei spastischer Spinalparalyse, amyotropher Lateral-sklerose, Syringomyelie), traumatischer oder neoplastischer Genese.

C I B A



neu Lioresal®

Antispastikum
mit spinelem Angriffspunkt
bei multipler Sklerose

Zusammensetzung: 4-Amino-3-(p-Chlor-phenyl)-buttersäure: Tabletten mit 10 und 25 mg
Eigenschaften: Lioresal enthält einen völlig neuartigen Wirkstoff, nämlich ein Derivat der Gamme-Aminobuttersäure. Aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften unterscheidet sich dieses Antispastikum von allen bekannten Myorelaxantien.
Kontraindikation: Epilepsie.
Nebenwirkungen: Bei individueller, dem jeweiligen Fall angepaßter Dosierung wird Lioresal im allgemeinen gut vertragen. Es ist somit auch für eine langfristige Behandlung geeignet. — Als Nebenwirkungen können Tagessedation, Übelkeit, Erbrechen und Schwindel auftreten. Gelegentlich beobachtet man bei Patienten mit zerebralen Durchblutungsstörungen sowie bei alten Menschen depressive Verstimmung, Euphorie, Verwirrtheit und Halluzinationen. Eine unerwünschte Muskelschwäche, die die Fähigkeit des Patienten zur Selbsthilfe vermindert, kann durch Dosisanpassung behoben werden.
Dosierung: Um unerwünschte Nebenwirkungen zu vermeiden, ist die Dosierung dem individuellen Fall anzupassen. Man leitet die Behandlung gewöhnlich mit 3mal täglich 5 mg ein und steigert alle drei Tage um jeweils 3mal 5 mg bis zur Erreichung der optimalen Tagesdosis, die meist zwischen 60 und 75 mg/die liegt. — Nur bei hospitalisierten Patienten dürfen in Ausnahmefällen mehr als 100 mg täglich verabreicht werden. Damit das Präparat im Magen-Darm-Trakt gut vertragen wird und eventuelle Reizerscheinungen wie Erbrechen oder Durchfälle vermieden werden, sind die Tabletten während den Mahlzeiten oder mit Milch einzunehmen.
Zu beachten: Da bei Patienten mit spastischen Zuständen zerebraler Genese öfters eine Tagessedation auftritt, die die Rehabilitation erschweren kann, und da überdies die Gefahr psychischer Nebenwirkungen größer ist, darf Lioresal in solchen Fällen nur unter klinischer Kontrolle und in vorsichtiger Dosierung verabreicht werden. — Für die Behandlung des Morbus Parkinson kommt Lioresal nicht in Betracht. — Weiterhin ist zu beachten, daß Psychosen unter Lioresal exazerbieren können. — Werden gleichzeitig Antihypertonika verabreicht, ist eine besonders sorgfältige Blutdruckkontrolle angezeigt. Bei Patienten mit Magen- oder Zwölftingerdarmgeschwür ist Vorsicht geboten.
Handelsformen und Preise: Tabletten mit 10 mg 50 Stück — DM 23,—; Tabletten mit 25 mg 50 Stück — DM 48,80; Anstaltspackungen

Durch den geschmacklosen Lacküberzug der Tablette wird eine Beeinträchtigung der Mundschleimhaut und des Zahnschmelzes verhindert.

Handelsformen und Preise:

Packung mit 40 lackierten Tabletten DM 4,—

Peckung mit 100 lackierten Tabletten DM 7,50

Anstaltspackungen mit 500 und 1000 lackierten Tabletten

Hersteller:

Karl Engelhard, Fabrik pharmazeutischer Präparate, 6000 Frankfurt

Steno-Protasin®

Zusammensetzung:

1 Dragée enthält: 0,25 mg Protasin (Scillarenin-3 β -rhamnosid), 5,00 mg Dihydroxorsorbitdinitrat

Indikationen:

Herzinsuffizienz mit den Zeichen dauernder oder passagerer Symptome einer koronaren Mangeldurchblutung; Langzeitbehandlung der Angina pectoris, Anfallprophylaxe und Intervallbehandlung; zur Nachbehandlung des Herzinfarkts.

Zur Beachtung:

Vorsicht ist geboten bei Glaukom und Idiosynkrasie gegen Nitrokorper sowie bei Alkoholgenuß (ev. Verstärkung hypotoner Syndrome).

Dosierung:

Im allgemeinen 3–4 x tgl.: 1–2 Dragées, ev. einschleichend. Zur Verhütung nächtlicher Anfälle 1–2 Dragées (abends).

Handelsform:

OP zu 50 Dragées

Hersteller:

Bayropharm, 5000 Köln 80.

Pepsaldrä • compositum „Neu“ Multivalentes Verdauungs-Fermentpräparat

Zusammensetzung:

1 Tablette: Pepsin DAB 7 20 mg, L-Glutaminsäurehydrochlorid 120 mg, Penkreatin 50 mg, gereinigte, trockene Ochsen-galle 25 mg.

Indikationen:

Verdauungsstörungen und Inappetenz infolge von Säuremangel, Fermentsekretionsmangel im Magen sowie im Bauchspeicheldrüsen-Gelddünndarmsystem und dessen Folgen (subazide und anazide Gastritiden,

gastrogene Diarrhoe, gestörte Eisenresorption). Verdauungsstörungen nach Teilresektion des Magens, Malabsorptionssyndrom. Verdauungsschwäche älterer und elter Menschen.

Kontraindikationen:

Schwere Leberparenchymschäden mit hohen Bilirubinwerten.

Dosierung:

Erwachsene und Kinder 3 x tgl. 1 Tablette zu Beginn der Hauptmahlzeiten unzerkaut mit etwas Flüssigkeit schlucken. Bei Anazidität, Gastritiden und anderen Störungen im Magen-Bauchspeicheldrüsen-, Galle-, Dünndarmsystem kann die Einzeldosis unbedenklich auf 2 und mehr Tabletten erhöht werden.

Durch den geschmacklosen Lacküberzug der Tablette wird eine Beeinträchtigung der Mundschleimhaut und des Zahnschmelzes verhindert.

Handelsformen und Preise:

Peckung mit 40 lackierten Tabletten DM 4,90

Peckung mit 100 lackierten Tabletten DM 9,—

Anstaltspackungen mit 500 und 1000 lackierten Tabletten

Hersteller:

Karl Engelhard, Fabrik pharmazeutischer Präparate, 6000 Frankfurt

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.

Dezember 1971

3. – 5. 12. in Nürnberg:

22. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer verbunden mit Praktischem Laborseminar und Geräteausstellung (Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg). Thema: Schnelldiagnostik und Soforttherapie — Krebsfrüherkennung. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbeurstraße 16.

3. – 4. 12. in Höhenried:

4. Wissenschaftliches Symposium über Probleme und Praxis der Gesundheitsbildung. Auskunft: Sekretariat der Klinik Höhenried, 8131 Bernried.

10. – 12. 12. in München:

11. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V., 8036 Herrsching, Summerstraße 3.

10. – 11. 12. in Nürnberg:

Symposion über Immunsuppressive Therapie von Nierenkrankheiten nach Nierentransplantationen. Auskunft: Prof. Dr. med. Gessler, 4. Medizinische Klinik, 8500 Nürnberg, Konsumgarten 14–18.

10. – 12. 12. in München-Grünwald:

5. Internationale wissenschaftliche Tagung des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81.

Januar 1972

17. – 21. 1. in Neuherberg:

Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

17. 1. – 4. 2. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs. Einführungs-, 1. und 2. Fortbildungskurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

24. – 27. 1. in Kassel:

2. Rehabilitations-Kongreß. Auskunft: Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, – Geschäftsführung –, 3500 Kassel, Schöne Aussicht 2.

24. – 28. 1. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs / 1. Fortbildungskurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

24. – 29. 1. in München:

Ärztelkurs D für Homöotherapie. Auskunft: Dr. med. Arthur Braun, 8052 Unterhaching, Zeppelinstraße 1.

31. 1. – 4. 2. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs / 2. Fortbildungskurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

Februar 1972

7. 2. – 3. 3. in München:

B-Kurs für Arbeitsmedizin. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

17. – 19. 2. in Bad Nauheim:

Thoraxchirurgische Arbeitstagung. Auskunft: Hessisches Staatsbad Bad Nauheim, 6350 Bad Nauheim, Postfach 223.

21. – 25. 2. in Neuherberg:

Röntgen - Strahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstr. 1.

23. – 25. 2. in Innsbruck:

Klinische Tage. Auskunft: Frau Kaplerer, Sekretariat der Chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck, A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35.

März 1972

2. – 4. 3. in Hannover:

18. Symposion der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologia. Auskunft: Professor Dr. J. Kracht, 6300 Gießen, Klinikstraße 32 g.

10. – 12. 3. in Bad Nauheim:

Symposion der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. Auskunft: Professor Dr. E. Dödt, 6350 Bad Nauheim, W. G. Kerckhoff-Institut.

12. – 15. 3. in Barcelona:

8. Mediterranean-Mittelost Pädiater-Kongreß. Auskunft: Dr. A. Gallart, Clínica Infantil de la Seguridad Social, Paseo Valle de Hebron s/n, Barcelona.

12. – 25. 3. in Davos:

XX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. Thema: **Probleme des Wasser- und Elektrolythaushaltes in Forschung, Klinik und Praxis.** Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

13. – 24. 3. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

13. – 25. 3. in Badgastein:

XVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. Thema: **Probleme des Wasser- und Elektrolythaushaltes in Forschung, Klinik und Praxis.** Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

20. – 24. 3. in München:

Sozialmedizinischer Informationskurs (III). Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

22. – 26. 3. in Düsseldorf:

4. Diagnostik-Woche. Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik, 7000 Stuttgart 70, Hans-Neuffer-Weg 2.

24. – 26. 3. in Bad Nauheim:

EKG-Kurs (Teil I). Auskunft: Dr. Lemmerz, 6350 Bad Nauheim, Klinik Grand Hotel.

27. 3. – 8. 4. in Meran:

IV. Internationaler Seminarkongreß, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Thema: **Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin.** Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

Bellagenhinwels:

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Swiss-Pharma GmbH, Lörrach
UCB-Chemie, Sindorf
Georg Bankel KG, Lauf a. d. Pegnitz

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87, Schriftleiter: Dr. 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. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“).

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82 / 41 - 48, Fernschreiber: 05 / 23 662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

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

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn 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.



ARZT UND ATHLET

SPORTMEDIZIN IN STADION UND PRAXIS

BEILAGE ZUM BAYERISCHEN ÄRZTEBLATT

Nummer 3

München, November 1971

6. Jahrgang

Das extraklinische Labor*

von J. Schmidt

Auf die Frage, was das sei, ein extraklinisches Labor, gebe ich am besten zunächst eine kurze Skizze mit folgenden drei Strichen:

1. Ein extraklinisches Labor ist jedes Jahr im Herbst in Bad Brückenau anlässlich des Altherrenlautes in voller Funktion.
2. Der N e m e ist einer der wenigen unmittelbar verständlichen in der Medizin. Und doch besagt er nur die Struktur, aus der sich allerdings die Funktion unschwer ableiten läßt: Ärzte begeben sich mit ihren Hilfsmitteln, den apparativen Einrichtungen – den Produktionsmitteln ihrer Tätigkeit, um mich eines soziologischen Terminus zu bedienen – an den „Ort der Tat“, d. h., dorthin, wo ihre Tätigkeit notwendig und sinnvoll, Auftrag und Aufgabe ist, die keineswegs in der Klinik selbst gelöst werden kann.
3. Extraklinische Einzelaktionen gab es eh und je, und es gibt sie heute mehr denn je, aber: jeweils gezielt und hochspezialisiert, im Grunde nur als Unfall- und Rettungseinsätze oder mit transportablen Stationen in „Durchmusterungs- (z. B. Röntgenreihenuntersuchungen), Forschungs-, Überwachungs- und Nottatfunktionen oder als Expeditionsunternehmen, in ganz bestimmtem Auftrag, mit festem Ziel und Programm.

Ein extraklinisches Labor aber als poliklinische Außenstation zur Unter-

suchung Gesunder (oder auch Kranker) unter den üblichen oder besonderen Lebensbedingungen des Alltags, und das heißt, zur Untersuchung außerhalb eines Prätstandes, wie er in der Klinik eingerichtet ist, ein solches Labor hat es weder in der Idee noch in der Effektivität des Einsatzes bislang gegeben. Diese Aussage ist nicht mehr als eine schlichte Feststellung. Mit ihrer Rechtfertigung soll gleichzeitig eine Begründung für das extraklinische Labor gegeben werden:

Die Ideen

Die Idee eines extraklinischen Labors gab es noch nicht, es konnte sie nämlich noch gar nicht geben, da sie Entscheidendes mit einem Strukturwandel der Medizin selbst zu tun hat. Es ist jenes grundsätzliche ärztliche Heraustreten aus der Passivität des Wartens auf Patienten und die grundsätzliche ärztliche Hinwendung zu Gesunden, die es gesund zu erhalten gilt. Anlaß für diese Wandlung im ärztlichen Selbstverständnis ist die Erkenntnis,

daß der Gesunde als ein Prämorbid zu verstehen ist,

daß es um die Früherkennung von Krankheiten geht, damit frühzeitig, und das heißt, entscheidend geholfen werden kann,

daß der Gesunde in der modernen technisch-bürokratischen und hyperzivilisierten Welt ein grundsätzlich Gefährdeter ist,

daß der Gesunde das Ausmaß seiner Gesundheit in der Bruttoeinheit von Leistungsfähigkeit „austesten“ und damit auch ermessen kann,

daß der Gesunde erst eigentlich unter den Bedingungen des Alltags, den allgemeinen und den besonderen, im Hinblick auf Gefährdung und Leistung und besondere biologische Äußerungen eingeschätzt werden kann.

Freilich, ein Arzt hat immer auch schon so gedacht und ein Hausarzt auch immer schon so gehandelt und ein Betriebsarzt ist von einigen dieser Anforderungen speziell in Auftrag genommen worden, aber: das war nicht und niemals das zentrale Anliegen der allgemeinen Medizin.

Mit anderen Worten: die Idee eines extraklinischen Labors konnte erst mit einer „Medizin des Gesunden“ gedacht werden und wurde erst mit den dringlichen Anforderungen der Gesellschaft und des einzelnen an die Medizin aktuell.

a) Hinzu kommt, daß auch jedwede andere Medizin, die außerhalb der Akutmedizin der traditionellen Kliniken betrieben wird, unter den Bedingungen des Alltags in einer neuen Weise gedeihen kann. Kein Zweifel, daß manche Erfolge der klinischen Medizin erst dann Bestand haben werden, wenn sie von einer wissenschaftlich reflektierten *eußerklinischen* Medizin, die unter den Voraussetzungen üblicher Belastungen beobachtet und behandelt und derart klinische Diagnose und Therapie zurechtzurücken vermag, aufgefangen werden, so daß der krank Gewesene auch tatsächlich vor allem resozialisiert werden kann.

b) Hinzu kommt weiter, daß jüngst erst Untersuchungsmethoden ersonnen worden sind, die eine Beobachtung unter den Bedingungen des Alltags und auch unter besonders schweren körperlichen Belastungen, wie sportlicher Tätigkeit, möglich machen; das sind z. B. die biotele-

*) Vortrag anlässlich der Eröffnung einer Ausstellung mit Dokumentationen zum Altersport und zur Funktion eines extraklinischen Labors am 26. September 1970 in Bad Brückenau.

metrischen Untersuchungen verschiedener Art und Weise.

Derum also geht es: biologische Reaktionen unter außerklinischen Bedingungen kennenzulernen, Untersuchungen vorzunehmen dort, wo sie aktuell sind, präsent zu sein vor, während und nach allgemeinen und besonderen Aktionen, als Arzt mit klinischem Rüstzeug auch außerhalb der Klinik bei den zu Untersuchenden zu sein,

als wissenschaftlicher Untersucher mit Sechskennern und mit dem notwendigen Instrumentarium an Ereignissen teilzunehmen, die Forschungsauftrag, wie Forschungsziel und -notwendigkeit sinnvoll miteinander verknüpfen.

Das sind die eigentlichen Anliegen des extraklinischen Labors, Anliegen, wie sie erst heute und jetzt gedacht werden, aktuell und notwendig sind und wie sie einer modernen, einem jeden, eben auch dem Gesunden, zugewandten Medizin entsprechen.

Das ist das eine, die neue Idee, die den neuen Ansprüchen, Anforderungen und Möglichkeiten wissenschaftlicher Durchdringung extraklinisch gewonnener Erkenntnisse gerecht werden will.

Die Praxis

Das zweite ist die ganz und gar andere Art ärztlicher Tätigkeit. Was in Bad Brückenau zu sehen und was beispielhaft sein könnte, hat folgende Überlegungen, folgende Vorbereitungen und folgende Unternehmungen zur Grundlage, die mehr als organisatorisches Vermögen von uns Ärzten fordern.

Die vertretene klinische Arbeit mit dem verzahnten Arbeitsprogramm und der gewohnten, hierarchisch und arbeitsökonomisch geleisteten ärztlichen Tätigkeit wird verlassen. In einer zunächst unbekannteren Umgebung muß eine geordnete ärztliche Funktion ablaufen. Das erfordert ein besonderes Anpassungsvermögen und eine grundsätzliche Anpassungsbereitschaft, aber auch ein Vertrautsein mit den Anfälligkeiten von Untersuchungsmethoden und -bedingungen unter den verschiedenartigen ungewöhnlichen, eben außerklinischen Gegebenheiten.

Die in der Klinik installierten Apparate und Geräte, soweit sie

nicht absolut fest verankert und zu ausgesprochenen Immobilien geworden sind, werden transportabel gemacht und, wenn nötig, ergänzt, so daß sie auch extreklinisch eingesetzt werden können. Kabel, Anschlüsse, Lötkolben, verschiedenartige elektrische Kontakte sind unentbehrliche Einzelheiten, die eigentlich ein Arzt in diesem Einsatz bei sich tragen sollte.

Das Anpassungsfähig-Machen der klinischen Untersuchungsgeräte an die vielfältigen außerklinischen Gegebenheiten ist ein Grundanliegen und uns eine wichtige Sorge, da diese Apparate und Geräte von den Herstellerfirmen für solche Untersuchungen nicht entfernt gedacht und konstruiert sind.

Eines der schwierigsten Probleme ist der Transport.

Wir sind bislang auf unsere eigenen Transportmittel, d. h. auf Personenkraftwagen und Kombiwagen angewiesen, und wir nehmen manches verständnisvolle Angebot gern in Anspruch, um größere und geeignetere Transportfahrzeuge zu bekommen.

Die nächste Schwierigkeit ist die Vertauung der kostbaren Apparate und Geräte, ein Problem, das ideen- und listenreich gelöst werden muß, um jedweden Schaden zu vermeiden.

Wir haben inzwischen, weil die Transportfrage die schwierigste ist, uns auch etwas einfallen lassen und einen extraklinischen internistischen Einsatzweg konstruiert, und zwar als einen Kleinbus, mit einer ganz bestimmten, beweglich zu gestaltenden Installation. Für die Funktion eines extreklinischen Labors ist ein solcher Wagen eigentlich eine unabwiesbare Voraussetzung, und alle anderen Maßnahmen, derer wir uns zur Zeit bedienen müssen, sind viel umständlicher, unökonomischer und weit riskoreicher, sowohl für die Apperaturen als auch für das Gelingen der Unternehmungen.

Der Wagen wurde vor etwa 1 1/2 Jahren entworfen. Seither haben wir uns alle erdenkliche Mühe gegeben, eine Finanzierung dieser gut durchdachten und in seiner Bedeutung erwiesenen ärztlichen Einrichtung zu erreichen. Wir haben uns bereit erklärt, mit diesem Wagen zu experimentieren, um ihn zu vervollkommen. Doch

nichts, aber auch gar nichts ist geschehen, um uns den Wagen zu finanzieren. Weder eine Institution noch ein Mäzen hat sich gefunden. Daher ist das, was ich sage, ein erneuter Aufruf und eine neuerliche eindringliche Bitte, und wieder einmal mit Zuversicht vorgetragen, sie werde gehört.

Der Wagen gäbe uns eine größere Beweglichkeit, einen weiteren Aktionsradius (wir wären z. B. nicht an eine installierte Stromversorgung und an Gebäude gebunden), er erlaube einen intensiveren Einsatz, eine weit rationellere Tätigkeit, eine bessere Koordination des ganzen Unternehmens, eine größere Anpassungsbreite an die jeweiligen Erfordernisse und die wissenschaftlichen Unternehmungen in Art und Ausmaß.

Der Wagen ist eine der im Grunde unentbehrlichen Materialien des extreklinischen Labors, zumal für die Aktualität des Einsatzes und für die Forschung.

Die Voraussetzungen

Für extraklinische Unternehmungen sind wahrscheinlich nicht einmal dem Sachkenner medizinischer Untersuchungsmöglichkeiten vorstellbar. Nicht nur, daß Programm, Art und Umfang der Untersuchungen wohl bedacht sein müssen. Die einzelnen extraklinischen Unternehmungen haben eine unterschiedliche Aufgabenstellung, und entsprechend sind organisatorischer Aufwand, personelle Besetzung und apparative Ausstattung verschieden. So erfordert z. B. eine telemetrische Beobachtung der elektrischen Tätigkeit des Herzens unter den Bedingungen des Alltags im Verhältnis wenig. Der bislang größte extreklinische Einsatz ist die Untersuchung und Beobachtung der elten Langstreckenläufer in Bad Brückenau.

Eine Unternehmung kann wiederum nur einem ganz bestimmten, eng begrenzten Untersuchungsziel dienen, wie etwa einem einfachen Leistungstest, sie kann aber auch so angelegt sein, daß ein möglichst großer Informationsgewinn erzielt wird, so wie das bei uns, nach unseren Möglichkeiten und Gegebenheiten, etwa in Bad Brückenau versucht wird.

Ob das Klettern zweier Bergsteiger beobachtet werden soll oder 100 elte Langstreckenläufer zu untersuchen sind, ob das Untersuchungsziel gleich-

sam „punktuell“ oder „weit gestreut“ ist, ob ein einziges Gerät und ein einziger Untersucher oder unter großem apparativen Aufwand ein Heer von spezialisierten Untersuchern am Werk ist, immer gilt es, mit dem bestmöglichen Einsatz der technischen Mittel und der ärztlichen Qualifikationen den größtmöglichen Erfolg zu erzielen.

Es sind Untersuchungsstationen einzurichten, und die Untersuchungszeit ist zu bestimmen: die einzelnen Stationen sind apparativ und personell so einzustatten, daß der Untersuchungsgang nach Effektivität und Dauer gesichert ist.

Die Bestimmung der Untersuchungsdauer ist ein Problem eigener Art. Ein Koordinationszentrum sorgt für einen geordneten Ablauf, für den Ausgleich nicht völlig einkalkulierter Imponderabilien, für die Integration des Ganzen, für ein schnelles epikritisches Urteil.

Zwar erleichtern Laufzettel den Untersuchungsablauf, doch soll bei Untersuchungen von vielen so wenig wie möglich reglementiert werden, vielmehr das Ganze wie selbstverständlich, wie spielerisch ablaufen.

Welche Anforderungen an das vorbereitende Team gestellt werden, versteht eigentlich nur der Beteiligte, weil es Anforderungen sind, die eine geordnete ärztliche Tätigkeit, außerhalb des in Routine ablaufenden, gewohnten „Betriebes“, ökonomisch und rationell zu einem optimalen Erfolg in möglichst kurzer Zeit bringen sollen.

Es geht eben darum, den jeweils besonderen Einsatz in Praxis und Forschung voll auszuschöpfen. Die Reflexion über Aufwand und Effektivität ist jedesmal bald in aller Deutlichkeit vor Augen, und dem Team und seinen integrativen Kräften bleibt die Aufgabe der Korrekturen niemals erspart. Es ist ein Arbeitssystem mit „Rückkoppelung“ auf den bestmöglichen Einsatz hin.

Eine besondere Aufgabe ist die allgemeine und zumal die spezielle Instruktion. In allen Einzelheiten ist der Untersuchungsgang, entlang den einzelnen Untersuchungsstationen, zu planen; jeder Untersucher soll das Ganze verstehen und im Detail. In dem jeweils ihm zugeordneten und von ihm zu leistenden und zu betreuenden Detail, versiert sein.

Das heißt im einzelnen: jeder hat eine ganz bestimmte Aufgabe und wird auf diese spezielle Tätigkeit hin zuvor entsprechend geschult. Er muß mit der Apparatur vertraut sein, muß ihre Möglichkeiten, Grenzen, Fehlerquellen und Tücken kennen und imstande sein, Störungen selbst zu beseitigen. Er muß beurteilen können, ob das Gerät fehlerfrei arbeitet und der Informationsfluß unverfälscht ist. Je nach Gerät ist eine Einarbeitung von mehreren Stunden und Tagen und eine Erprobung an mehreren Probanden notwendig.

Die personelle Besetzung

Aber wenn schon der extraklinische Einsatz der kostbaren, differenzierten und diffizilen Geräte Geschick und Ideenreichtum voraussetzt, so ist die „personelle Besetzung“, wie es im Jargon der Einsätze heißt, eine besonders kritische Frage. Wie sie in Zukunft beantwortet werden wird, wie das Problem extraklinischer ärztlicher Tätigkeit nach Dienstzeit und Dienstleistung gelöst werden soll, ist bislang noch nicht abzusehen. Ich kann nur sagen, wie es zur Zeit und bei uns gelöst wird; zur Zeit, d. h. in der gleichsam „ersten Stunde“ solcher Unternehmungen, und bei uns, d. h. in der kollegialen Zusammenarbeit eines unternehmungsbereiten Teams.

Zum Team gehören einige sport- und präventivmedizinischen Untersuchungen und damit an extraklinischen Unternehmungen interessierte Ärzte. Jeder Arzt ist allgemein und in ganz bestimmten Aufgaben geschult; gewöhnlich nicht in einer einzigen, sehr speziellen Aufgabe, sondern so, daß er auch eine zweite oder dritte differenzierte Aufgabe übernehmen kann und sich derart jederzeit bei einer Unternehmung in die Aufgabenkette einordnen und, wo es einmal an einem Fachmann fehlt oder die spezielle Anforderung sehr dicht sein sollte, auch in ein anderes Aufgabengeflecht einfügen könnte.

Immer müssen wir ja bedenken, daß die klinische Arbeit nicht unter den extraklinischen Einsätzen gemindert wird; gewöhnlich liegen die Untersuchungen an Wochenenden. Die Zeiteinteilung ist auch eine Frage der Funktionsangleichung und -übernahme ärztlicher Tätigkeit.

Mit einigen Ärzten – und in unserer Poliklinik sind es nur wenige – ist ein extraklinischer Großeinsatz, wie

z. B. der in Bad Brückenau, nicht zu leisten. Drei Gruppen von Hilfen haben sich hervorragend bewährt:

Erstens: die Medizinstudenten, an wissenschaftlichen Arbeiten interessierte, durch Vorlesungen auf die extraklinischen Unternehmungen aufmerksam gewordene; auch ehemalige Doktoranden, befreundete oder bekannte Studenten. Sie sind gewöhnlich mit einer bestimmten Untersuchungsmethode bereits vertraut oder haben sich einer entsprechenden gründlichen Schulung unterzogen. Die Medizinstudenten sind eine unentbehrliche, zuverlässige und gut arbeitende Gruppe in unserem Team.

Zweitens: das medizinische Hilfspersonal der Klinik, wie medizinisch-technische Assistentinnen, Schwestern, Schreibkräfte. Es sind im Umgang mit medizinischen Geräten und Einrichtungen und mit der Untersuchung von Patienten wohl Vertraute, die sich zudem als Regiehilfen und „integrationskatalysatoren“ nützlich machen.

Die dritte Gruppe ist zunächst in einer Notsituation entstanden, hat sich aber so gut bewährt, daß wir sie nicht mehr entbehren möchten. Es sind die Ehefrauen der Ärzte oder Freunde von Studenten. Die Homogenität dieser Gruppe zeigt sich, über ihre soziologische Struktur hinaus, auch noch im Interesse an der Medizin und in einem (allerdings etwas unterschiedlichen) Vertrautsein mit medizinischen Diensten; einige waren Krankenschwestern oder haben das medizinische Staatsexamen. So sind Anamnesestationen, Koordinationsfunktionen und auch apparative Schaltstellen von diesen halbamtlichen Diensten gut besetzt. Ihre Sorgfalt ist bestechend.

Mit Hilfe dieser Gruppen von Helfern entsteht ein Team von 30 bis 40 „Weißbämäntelten“. Nur so sind mehr als 100 Fälle in einem einzigen Tag gründlich und ergiebig zu untersuchen. Das ist im Grunde die Lösung des Rätsels eines extraklinischen Labors von der Effektivität des unseren.

Es sei noch auf ein, wie ich meine, bedeutsames medizin-pädagogisches Prinzip des Augenmerk gelegt: das extraklinische Labor kann als Exkursion für Medizinstudenten einen hohen praktischen Ausbildungsgrad haben. Die Versiertheit in der Technik einer be-

stimmten Untersuchungsmethode, der Überblick über den Untersuchungsgang vieler, der Einblick in ungewöhnliche medizinische Situationen, ihre Beurteilung und Bewältigung, die Teilnahme an einer konzertierten medizinischen Aktion, das sind prägende Impulse für Ärzte von morgen.

So bedeutet das extraklinische Unternehmen nicht allein Praxis und Forschung, sondern auch Lehre; und es ist insofern eine Universitätseinrichtung par excellence, wie man sie sich wünscht.

Ich selbst kann dem extraklinischen Labor, so wie ich es vorgestellt habe

und wie es sich als Erfordernis einer modernen Medizin abzeichnet, nur wünschen, daß es gedeihe, noch bevor es institutionalisiert wird. Ich weiß sehr wohl, was ich meinen Kollegen und allen Gruppen unseres Teams für die Aufgeschlossenheit, Einsatzbereitschaft, für den Mut zum Außergewöhnlichen und für manche Mühe und Entbehrung zu danken habe, die sie auf sich nehmen, wie es eben eine Pionierarbeit fordert – auch heute noch.

Ansch. d. Verf.: Professor Dr. med. J. Schmidt, Medizinische Universitäts-Poliklinik, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29

gieebgabe andererseits beeinflussen. Heredität, Eßgewohnheiten, Trinksitte, Beruf, psychische Verfassung, Temperament, finanzielle Möglichkeiten, Modeströmungen entscheiden darüber, ob das Einzelindividuum vermehrt Fett einsetzt oder nicht. Ausserordentlich selten sind endokrine Störungen dafür verantwortlich.

Ernährungsabhängige Erkrankungen stehen heute an der Spitze der Todesfallstatistiken und überlegen Todesfälle an bösartigen Tumoren und anderen Erkrankungen bei weitem.

Wohlfundierte Langzeitstudien an großen Bevölkerungskollektiven haben gezeigt, daß die Ernährung wohl einer der wichtigsten Faktoren in der Entstehung der Arteriosklerose, insbesondere der Koronarsklerose darstellt. Es scheint heute festzustehen, daß die Arteriosklerose nicht eine notwendigerweise mit dem Altern verbundene Abnützungserscheinung der Arterien und daher nicht ein unvermeidlicher chemischer Degenerationsprozeß ist. Ebenso weisen pathologisch-anatomische Vergleichsstudien in verschiedenen Ländern darauf hin, daß der Fettanteil der zugeführten Gesamtkalorien wesentlich an der Entstehung der Arteriosklerose, und auch hier wieder vor allem der Koronaratheromatose, beteiligt ist.

Die Arteriosklerose schreitet nicht in allen Gefäßgebieten mit derselben Geschwindigkeit fort. Die frühesten Veränderungen finden sich in den Koronararterien der männlichen Bevölkerung. Sie führen besonders beim Vorliegen sogenannter Risikofaktoren wie Diabetes mellitus, Hypertonie, Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie, Gicht, Nikotinabusus in einer nicht unerheblichen Anzahl zu frühzeitiger Einengung des Arterienlumens und bilden das anatomische Substrat zur Angina pectoris, zum Herzinfarkt und plötzlichen Herztod. Die rapide Zunahme der Herztodesfälle seit Kriegsende unterliegt keinem Zweifel.

Der Ernährung, insbesondere der lebenslänglichen Überernährung, kommt bei diesen sogenannten Risikofaktoren unter Umständen eine entscheidende Bedeutung zu. Wir wissen, daß die Normalisierung eines Übergewichtes zu einer Blutdrucksenkung (Abb. 3) und zum Verschwinden einer Hyperglykämie führen kann (Abb. 4), erhöhte Triglycerid-

Aus der Wissenschaft

Aus der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Bonn
(Direktor: Professor Dr. W. Siegenthaler)

Prävention durch Ernährung*

von Gertrud Siegenthaler

Seit Beendigung des zweiten Weltkrieges ist durch zunehmende Technisierung und Rationalisierung die körperliche Arbeit immer mehr zurückgegangen, die Kalorienzufuhr dagegen angestiegen. Daraus resultiert eine überreichliche Nahrungszufuhr in den hochzivilisierten Ländern, die zu vielerlei gesundheitlichen Störungen führt. Große Statistiken amerikanischer Lebensversicherungsgesellschaften zeigten schon lange, daß die Mortalitätsrate mit zunehmendem Übergewicht ansteigt, und daß ein geringgradiges Untergewicht die längste Lebenserwartung verspricht. Das Sollgewicht wurde aus Körperlänge in cm abzüglich 100 bestimmt, das Idealgewicht, das mit der längsten Lebenserwartung korreliert ist, liegt 10% unter diesem Sollgewicht (Abb. 1).

Obwohl die Pathogenese der Fettleibigkeit auch heute noch weitgehend ungeklärt ist, so steht doch die positive Kalorienbilanz weit im Vordergrund, d. h., es wird mehr Energie aufgenommen als abgegeben (Abb. 2). Viele Faktoren können die Nahrungsaufnahme einerseits und die Ener-

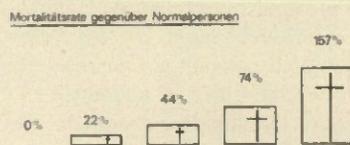
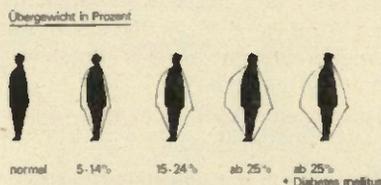


Abbildung 1
Sterblichkeitsrate in Abhängigkeit von Übergewicht und Diabetes (modifiziert nach „ABC der Angina pectoris“, BYK-Gulden-Lomborg, Konstanz)

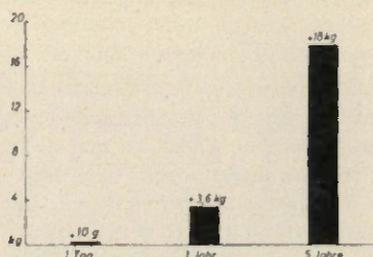


Abbildung 2
Gewichtszunahme bei einem Mehrverbrauch von 90 Kalorien pro Tag (nach HOLTMEIER)

*) Vortrag anlässlich des Sportärztlichen Seminars beim 1. internationalen Sommerseminarkongress der Bundesärztekammer in Davos, 20. Juli bis 8. August 1970.

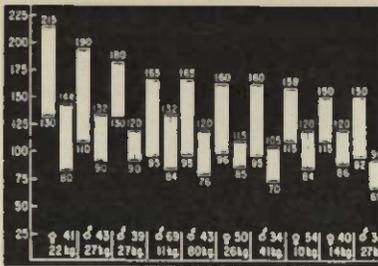


Abbildung 3
Blutdruck vor (oben) und nach (unten)
Gewichtsreduktion

(Abbildung wurde freundlicherweise von Professor Dr. S. HEYDEN, Duke University, Durham/USA, zur Verfügung gestellt)

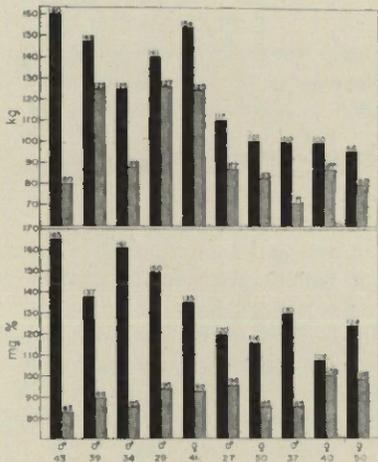


Abbildung 4
Blutzucker vor (schwarz) und nach (schraffiert) Gewichtsreduktion

(Abbildung wurde freundlicherweise von Professor Dr. S. HEYDEN, Duke University, Durham/USA, zur Verfügung gestellt)

spiegel können durch fettarme oder kohlenhydratarme Diät gesenkt und eine Hyperurikämie kann durch Gewichtsreduktion und diätetische Maßnahmen günstig beeinflusst werden.

Langzeitbeobachtungen in der FRAMINGHAM-Studie haben z. B. einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Gewichtszunahme und Auftreten einer Hypertonie ergeben. Das Risiko eines Normotonikers, in späteren Jahren an einer Hypertonie zu erkranken, steht in direkter Relation zur Gewichtszunahme.

Die Erhöhung der Lipide, vor allem des Cholesterins im Serum steht in direktem Zusammenhang mit der in den westlichen Ländern üblichen lebenslänglichen fettreichen Ernährung, die genetisch bedingten Hyperlipämieformen ausgenommen. Die Zufuhr gesättigter Fettsäuren spielt hier eine besondere Rolle. HEYDEN fand in einem Kollektiv von Arbeitern und An-

gestellten eines schweizerischen Industrieunternehmens, daß die fettreiche Schwalzer-Kost nur von 20 % der Untersuchten schadlos ertragen wurde. 80 % wiesen einen Serumcholesterinspiegel von über 200 mg %, 50 % sogar einen solchen von über 250 mg % und 14 % Cholesterinwerte von über 300 mg % auf.

Der Cholesterinspiegel steigt kurz nach der Geburt von 80 mg % bis zum 18. Lebensjahr auf 180 mg % an. Er bleibt vorerst längere Zeit auf diesem Niveau und kann auch durch extrem hohe Fettzufuhr nicht erhöht werden. Zwischen dem 20. und 25. Altersjahr geht diese unbeschränkte Fettoleranz bei ca. 80 % der Menschen erschreckend verloren. Warum die restlichen 20 % diese Toleranz zeit lebens beibehalten, ist ungeklärt.

Wird die hohe Fettzufuhr nach dem 20. Lebensjahr fortgesetzt, kommt es bei einem Großteil der Bevölkerung zu einer nahrungsinduzierten Hypercholesterinämie, d. h., der Serumcholesterinwert steigt auf die bei uns als Normwert angesetzten 200 bis 250 mg %, bei vielen Leuten auch höher.

GLATZEL hat nachgewiesen, daß zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr, nachdem sich der Organismus auf einen bestimmten Serumcholesterinwert über 200 mg % eingestellt hat, auch hier eine extrem hohe Fettzufuhr nur einen kurzdauernden weiteren Anstieg des Serumcholesterins bewirkt. Hochgradige Einschränkung der Fettzufuhr hingegen führt zu einem raschen Absinken des Cholesterins auf einen Wert unter 200 mg %. Im höheren Alter sinken die Serumcholesterinwerte meist auf niedrigere Werte ab – unabhängig von der Fettzufuhr – bleiben aber in der Regel auf einem Wert von über 200 mg % bestehen.

Aus diesen Beobachtungen muß geschlossen werden, daß es einen gewissen Schwellenwert der Fettzufuhr gibt, unter dem das Blutcholesterin relativ niedrig bleibt und bei dessen Überschreiten in der täglichen Nahrungsaufnahme das Cholesterin im Blut ansteigt. Diese Schwelle liegt nach HEYDEN bei 50 g Fett täglich.

Obwohl eine direkte Kausalbeziehung zwischen Cholesterin und Arteriosklerose nicht beweisbar ist, fällt auf, daß Populationen mit einem Cholesterinspiegel unter 200 mg % eine bedeutend geringere Mortalität an Herzinfarkten aufweisen. Vieles

spricht dafür, daß nicht nur die Cholesterinvermehrung, sondern ebenso die Vermehrung der Triglyzeride bei der Entstehung der Arteriosklerose eine beachtliche Rolle spielen. Die Triglyzeridspiegel sind nicht immer korreliert mit den Cholesterinspiegeln. Es ist bekannt, daß der Cholesterinspiegel eher durch den Gesamtfettgehalt der Nahrung, und hier wesentlich vom Verhältnis gesättigter zu ungesättigten Fettsäuren beeinflusst wird, während die Triglyzeride auf die Gesamtkalorien und auf den Kohlenhydratgehalt der Nahrung reagieren.

Aus der Baseler-Studie geht deutlich hervor, daß eine signifikante Korrelation zwischen Körpergewicht und Gesamtfettgehalt, β -Lipoproteiden und Neutralfetten im Serum besteht, während die Korrelation zum Cholesterin nur angedeutet ist.

Diese Beobachtungen würden auch erklären, warum der Herzinfarkt während der Kriegs- und Nachkriegsjahre in Deutschland praktisch nicht mehr gesehen wurde. Die zugeführten Kalorien betragen demnach ca. 1200 pro Tag, die tägliche Fettmenge ca. 10 g.

Im Rahmen der FRAMINGHAM-Studie konnte bei einer Beobachtungszzeit von zwölf Jahren festgestellt werden, daß Männer, welche nach dem 25. Altersjahr wesentlich an Gewicht zugenommen hatten, eine signifikant höhere Morbiditätsrate an Angina pectoris aufwiesen, und daß plötzliche Todesfälle in dieser Gruppe häufiger auftraten als bei Personen, die ihr Gewicht nach dem 25. Lebensjahr nicht erhöht hatten. Diese Zusammenhänge bestanden unabhängig vom Vorhandensein einer Hypercholesterinämie oder Hypertonie.

Bei Frauen im reproduktiven Alter allerdings scheint die Adipositas allein zu keinem vermehrten Morbiditätsrisiko zu führen. Hier müssen noch weitere Faktoren wie Hypertonie, Hypercholesterinämie oder Diabetes dazukommen, um kardiovaskuläre Krankheiten hervorzurufen. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, daß Adipositas auch viermal häufiger Diabetes mellitus erkranken als Normalgewichtige. Der Diabetes stellt einen wichtigen Risikofaktor in der Entstehung atherosklerotischer Gefäßprozesse dar. Weiterhin finden wir bei Adipösen mehr Leberzirrhosen als bei Normalgewichtigen, ebenso sind sie häufiger von der

Gicht und degenerativen Gelenkleiden befallen. Auch die Cholelithiasis tritt bei Fettleibigen 2- bis 3mal häufiger auf, wobei das Überwiegen des weiblichen Geschlechts auffällt (Abb. 5).

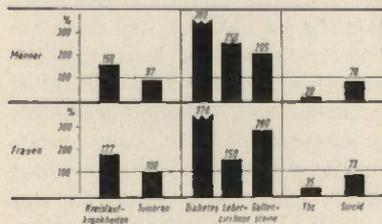


Abbildung 5
Erkrankungshäufigkeit bei Übergewicht (mittlere Frequenz bei Normalgewichtigen = 100%) nach AEBI, 1963
(aus: CREMER H. D. und Mitarbeiter „Fettsucht, Gefahren, Prophylaxe, Therapie“, J. F. Lehmanns Verlag, München, 1968)

Es sei in Erinnerung gerufen, daß Schwangerschaftskomplikationen bei übergewichtigen adipösen Schwangeren häufiger sind und daß das Operationsrisiko bei Adipösen wesentlich erhöht ist. Bei extremer Ausbildung der Obesitas kann es infolge eingeschränkter Zwerchfellbeweglichkeit zur Hypoventilation und zum sogenannten Pickwick-Syndrom kommen.

Überernährung und Übergewicht bringen also nur Nachteile und keinerlei Vorteile mit sich. Eine wirksame, generelle Prophylaxe stößt jedoch infolge vieler vorgefaßter Meinungen auf großen Widerstand und wenig Verständnis. Die irrige Auffassung, das Übergewicht sei durch Mangel an Bewegung bedingt und hette mit der Ernährung nichts zu tun, ist leider weit verbreitet. Bekanntlich ist es außerordentlich mühselig, ein Pfund Fett durch körperliche Betätigung loszuwerden. Man kann dies erreichen durch siebenstündiges Holzhacken, durch intensives Fußballspiel im Hochsommer, mit einer 36 Stunden dauernden Fußwanderung oder mit einem neunstündigen Deurlauf. Gartenarbeit braucht 3 bis 6 Kal/min, beim Umgraben verbraucht man 6 bis 10 Kal/min, beim Velofahren ebenfalls, beim Skilanglauf 9,9 bis 15,9 Kal/min. Daß alle diese Betätigungen von einer Appetitzunahme begleitet sind, brauche ich nicht ausdrücklich zu bemerken. Zudem hat bis heute noch niemand bewiesen, daß ein er-

höhter Kalorienverbrauch einer verminderten Zufuhr überlegen wäre. Die beinahe schon zu Lehrmeinungen erhobenen Hypothesen, daß regelmäßige sportliche Betätigung

1. die Serumlipide erniedrigt,
2. den erhöhten Blutdruck senkt und
3. eine Gewichtsreduktion bewirkt,

hält ernsthaften Vergleichsuntersuchungen nicht stand. HEYDEN konnte bei 500 Untersuchten der BBC in Baden keinen Unterschied dieser Parameter bei Sportlern und Nichtsportlern nachweisen. Zu denselben Resultaten kamen BRUNNER und Mitarbeiter, CALVY und Mitarbeiter sowie COOPER und Mitarbeiter. Letztere kamen zum Schluß, daß das körperliche Training, wie es bei „lebenslänglichen“ Athleten angetroffen wird, keinen Schutz vor der Arteriosklerose bietet, und daß die von ihnen untersuchten Handballspieler in allen Altersstufen erhöhte Triglyceridspiegel und die über 60jährigen höhere Cholesterin- und Triglyceridspiegel aufwiesen als die Allgemeinbevölkerung.

Wenn man Sport treibt, oder sich sonstwie regelmäßig körperlich betätigt, tut man wohl etwas für seine Muskeln und Gelenke, vielleicht vermehrt man auch die Kollateralen der Herzkranzgefäße und der peripheren Gefäße. Die einzige körperliche Tätigkeit jedoch, die zu einer Gewichtsabnahme führt, besteht im Schütteln des Kopfes, wenn einem Speisen angeboten werden! Das heißt also, daß die einzig wirksame Prävention und Therapie der Überernährung und

ihrer Konsequenzen eine kalorisch knappe Ernährung darstellt, bei der wir unser Sollgewicht – oder noch besser das Idealgewicht – beibehalten respektive wieder erreichen. Aus den früher erwähnten Studien geht hervor, daß die Prävention sehr früh einsetzen muß, nämlich vor dem 25. Lebensjahr, da ja zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr einschneidend unsere Fettoleranz verändert wird und eine Gewichtszunahme nach dieser Zeit zu ernsthaften Konsequenzen führt.

Pro Kilogramm Sollgewicht benötigt der Mensch in sitzender Tätigkeit und einer mittleren Umgebungstemperatur von 20° C 25 Kalorien täglich. Je nach körperlicher Anstrengung kann diese Zahl erhöht werden, sollte aber außer bei Schwerarbeitern ca. 2600 Kal. bei Männern und 2400 Kal. bei Frauen nicht überschreiten. Der Durchschnittsbürger in Westeuropa und den USA führt sich täglich 3000 Kal. und mehr zu. Der Fettverzehr pro Tag beträgt zwischen 100 und 150 g was einem Anteil von ca. 35 bis 45% der Gesamtkalorien entspricht. Diejenigen Bevölkerungsgruppen, die eine sehr geringe Koronarsterblichkeit aufweisen und deren Serumcholesterinspiegel unter 200 mg% liegt, führen sich auch bedeutend weniger Fett zu. Der Fettverzehr dieser Kollektive macht nur 6 bis 16% der Gesamtkalorien aus.

Untersuchungen von BIERENBAUM und Mitarbeitern an 100 Männern im Alter von 20 bis 50 Jahren mit Koronarerkrankungen zeigten, daß die

Wer interessiert sich für Tennis?

Im Juni 1971 fand in Monte Carlo ein Tennis-Turnier von Ärzten aus aller Welt statt, das großen Widerhall fand und einen vollen Erfolg darstellte.

Ich schlage vor, in Deutschland – ebenso wie in vielen anderen Ländern innerhalb und außerhalb Europas – eine Vereinigung tennis-spielender Ärzte zu gründen. In Amerika finden in bestimmten Abständen Zusammenkünfte der Mitglieder an interessanten Plätzen statt, wo man sich dann medizinischen Seminaren und Tennisswettkämpfen widmen kann.

Ich würde in diesem Zusammenhang bitten, daß alle tennisinteressierten Kollegen sich an mich wenden bzw. mir ihre Adresse geben.

Die Gründung dieser Organisation der tennisinteressierten Ärzte sollte dann im Dezember 1971 entäblich der Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes in München erfolgen. Es müßte dann eine Vorstandschaft gewählt werden, weshalb zahlreiche Beteiligung von Kollegen günstig wäre.

Dr. med. Paul Schrankenmüller, 8960 Kempten, Haubenschloßstraße 24

Einschränkung der täglichen Fetteinnahme auf 28 % der Gesamtkalorien von 2000 pro Tag das Serumcholesterin um 10 % senkte, und daß damit die Todesrate an Reinfarkten innert fünf Jahren in der Diätgruppe signifikant niedriger war als in der Kontrollgruppe. Zu demselben Resultat führte die Ernährungsumstellung im „Anti-Coronary Club“ in New York.

Es ist also möglich, mit einer Einschränkung des Fettverzehr auf ca. 30 % der Gesamtkalorien einen deutlichen Rückgang der Koronarsterblichkeit zu erreichen. Es ist anzunehmen, daß eine weitere Senkung des Fettanteils unserer Nahrung auf 20 % der Gesamtkalorien durch Verminderung des Serumcholesterinspiegels unter 200 mg % einen noch deutlicheren Rückgang der Koronartodesfälle mit sich bringt.

Die American Heart Association hat kürzlich empfohlen, den Fettgehalt der Nahrung drastisch zu reduzieren, wobei die gesättigten Fettsäuren weniger als 10 % der Gesamtkalorienmenge und die ungesättigten Fettsäuren mehr als 10 % der Gesamtkalorien ausmachen sollten. Die Cholesterinzufuhr sollte 300 mg % täglich nicht überschreiten.

Die Zufuhr ungesättigter Fettsäuren führt zu einem vermehrten Cholesterinabbau mit Zunahme der Cholesterinstoffwechselprodukte im Stuhl. Isotopenstudien haben gezeigt, daß ein Austausch zwischen dem Serumcholesterin und dem Gefäßwandcholesterin stattfindet, so daß die Möglichkeit eines Rückganges der Gefäßatheromatose unter Senkung des Serumcholesterinspiegels zum mindesten theoretisch gegeben ist.

Es ist jedoch sinnlos, ungesättigte Fettsäuren zuzuführen, ohne den Gesamtfettverzehr einzuschränken. Dies beweisen englische Studien, in welchen zusätzlich zum animalischen Fett 60 bis 80 g Öl aus vorwiegend ungesättigten Fettsäuren verabreicht wurden, so daß ca. 50 % der Gesamtkalorien aus Fett gedeckt wurde. Diese Untersuchungen ergaben keine signifikante Verminderung der Koronarsterblichkeit in der Diätgruppe gegenüber der Normalgruppe.

Da der Serumtriglyceridspiegel im wesentlichen von der Menge der zugeführten Kohlenhydrate sowie der Gesamtkalorienzahl abhängt, können die durch Fetteinschränkung gewonnenen Kalorien nicht durch Kohlen-

hydrate ersetzt werden. HEYDEN schlägt daher in Anlehnung an die „prudent diet“ der Amerikaner folgende Kost vor: 250 g Kohlenhydrate, 45 bis 50 g Fett und 150 g Eiweiß, was einer täglichen Zufuhr von ca. 2000 Kalorien entspricht. Diese Diät sollten alle diejenigen einnehmen, deren Serumcholesterinspiegel 250 mg % überschreitet oder die an einer Hypertonie leiden oder einen Herzinfarkt durchgemacht haben. Besonders wichtig wäre diese Kostumstellung auch für alle diejenigen, deren Familienanamnese mit Herzinfarkten, Diabetes mellitus und Hypertonie belastet ist. Bei Einhaltung dieser Diät kann auch mit einer zuverlässigen Gewichtsabnahme bis zum Idealgewicht gerechnet werden. Es wäre an der Zeit, daß die eindrücklichen und überzeugenden Ergebnisse der vielen Langzeitstudien, von denen ich nur vereinzelte erwähnt habe, Eingang in die Praxis fänden und zu einer großangelegten Prophylaxe der ernährungsbedingten Krankheiten führen würden. Dies

setzt aber voraus, daß in erster Linie wir Ärzte, sofern wir nicht zu den 20 % Glücklichen gehören, die ihren Cholesterinspiegel trotz fettreicher Ernährung nie erhöhen, unsere Ernährung umstellen und nicht müde werden, die Bevölkerung auf die Schädlichkeit des hohen Fett- und Kohlenhydratkonzsums hinzuweisen. Die Aufklärungsarbeit muß bereits in der Volksschule beginnen, denn die Erziehung zur gesunden Ernährung beginnt beim Kind. Die Nahrungsmittelindustrie sollte dazu angehalten werden, die Fertigprodukte zu deklarieren und die Erfordernisse einer zeitgemäßen Ernährung zu berücksichtigen. Nur so wird es gelingen, die Übersterblichkeit an Arteriosklerose und koronaren Herzkrankheiten zu vermindern.

Literaturverzeichnis kann von der Verfasserin angefordert werden.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Gertrud Siegenthaler, Fachärztin für Innere Medizin, CH-8044 Zürich, Ackermennstraße 23

Ein positiver Start

Erstes Ärztesymposium der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft in Bayern

Im Kurhotel „St. Petri“ in Beilngries/Altmühltal trafen sich zum ersten Mal die DLRG-Ärzte Bayerns. Es war bewußt auf wissenschaftliche Vorträge verzichtet worden. Geplant war eine allgemeine Diskussion über Wiederbelebungsfragen, also über die Themen, welche die Ärzte einer so großen Wasserrettungsorganisation von über 285 000 Mitgliedern immer aufs Neue beschäftigen müssen.

Der Tag stand unter dem Motto: „Aus der Praxis, für die Praxis“.

Die Leitung des sonntäglichen Symposiums lag beim Sportarztkollegen Dr. FESSLER, Nürnberg, dem Landesverbandsarzt Bayern und zweiten Präsidialarzt der DLRG.

Die erste Stunde wurde durch einen ausgezeichneten amerikanischen Farbfilm ausgefüllt, der in Form eines Lehrganges für Ärzte und Helfer mit Situationsschilderungen, Schemata und Erklärungen alles zeigte, was zur Reanimation heute bezüglich Können und Ausrüstung verlangt wird. Der Film zeigte aber auch, wie man es nicht machen darf. Atemspende und extrathorakale Herzmassage bildeten die Grundlagen, und sie wurden in manchen Notfällen von

einem Gerät übernommen, welches bei uns als Herz-Lungen-Rettungsgerät HLR 50-90 bekannt ist. Nach diesem Film, der jeder Kritik standhält, konnte das HLR 50-90 im Tagungsraum, in einem Übungsthorax arbeitend, vorgeführt werden.

Auch weitere Hilfsmittel zur Wiederbelebung, vom Orotubus über einfache Ballbeatmer mit und ohne Sauerstoff bis zum automatischen Wiederbelebungsgerät AWG 4049 konnten gezeigt und erprobt werden.

Es war allen Kolleginnen und Kollegen klar, daß viele solcher Geräte aus mancherlei Gründen nur sehr selten zum sofortigen Einsatz bei der Wasserrettung kommen können. Einige Geräte sind für die DLRG, die ohne ausreichende Zuschüsse ihre ehrenamtliche Tätigkeit durchführt, meist zu teuer. Außerdem ist es leider sehr selten, daß sich Ertrinkungsunfälle genau vor der entsprechend ausgerüsteten Rettungswachstation abspielen. Also ist der Rettungsschwimmer auf Kleinstergeräte, aber vorwiegend auf sich alleine und sein erlerntes Können angewiesen.

Die DLRG-Ärzte, und auch der gern gesehene Gastkollege der Bayeri-

schen Wasserwacht, waren sich einig, daß man — trotz mancher Gegenstimmen aus den Kreisen der Nichtwasserretter — nicht mit einer Methode der Wiederbelebung auskommen kann. So wird bei der DLRG neben der Atemspende auch das Brustdruckverfahren gelehrt, geübt und angewendet. Zur Atemspende und zum Brustdruckverfahren gehört grundsätzlich die äußere Herzmassage, wenn der Retter beim nicht mehr atmenden Verunglückten auch keinen Puls mehr fühlen kann. Diese Kenntnis verlangt die DLRG schon zur Erlangung des Grundscheines, also auch schon von 13jährigen.

Alle Ärzte waren sich darüber im klaren, daß auf die Herzmassage heute am Unfallort nicht verzichtet werden darf, und daß sie unter gegebenen Umständen und Voraussetzungen zur Wiederbelebung gehört.

Die Rettungsschwimmer sind fachlich sorgfältig ausgebildet und sollten als Spezialisten auf diesem Gebiete zu respektieren sein. Sie sind in der Lage, eine äußere Herzmassage ordnungsgemäß durchzuführen. Dies haben sie bei vielen Rettungsfällen der letzten Jahre unter Beweis stellen müssen.

Vor dem gemeinsamen Mittagessen war ein großes Familientreffen im Hallenbad des Hauses und jedem sah man an, daß er sich im Wasser zu Hause fühlte.

Am Nachmittag wurde über den Wechselrhythmus zwischen Beatmung und Herzmassage gesprochen. Ausgehend vom Ausbildungs- und Lehrprogramm aller bundesdeutschen Hilfsorganisationen und im Vergleich mit einigen Richtlinien aus dem Ausland sind die Vorschriften der DLRG gut. Bei einem Retter wird im Wechsel viermal die Atemspende, und sechzehnmal die Herzmassage, und bei zwei Rettern einmal die Atemspende und viermal die Herzmassage angewendet.

Beim Brustdruckverfahren, welches ja ein anderer Beatmungstyp ist, folgt nach vier Beatmungen viermal die Herzmassage.

Später wurden noch kurze Erfahrungsberichte aus den einzelnen Bezirken der DLRG ausgetauscht. Ein Dank an alle ehrenamtlich mitarbeitenden Kollegen beschloß dies kameradschaftlich-sportliche Treffen. Aus den Worten des Tagungsleiters klang aber recht deutlich heraus, daß

Achtung! Adressenänderung der Geschäftsstelle

Ab 1. Juli 1971 befindet sich die Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes in

8000 München 19, Nymphenburger Straße 81

Neue Telefonnummer: (08 11) 18 35 03

es viel zu wenig Ärzte in Bayern sind, die in der DLRG mithelfen, und daß nur eine, dafür aber um so größere und stärkere Wasserrettungsgesellschaft in Bayern mehr Gewicht habe, mehr Beachtung und Unterstützung fände und noch mehr leisten könne, als zwei nebeneinander arbeitende Organisationen.

Wolkenbruchartige Regenfälle mit Gewitter und starker Sichtbehinderung erschwerten zwar die Heimfahrt, doch dürfte dies kein Grund sein, sich nicht auf das nächste Ärztetreffen zu freuen.

Dr. F e s l e r

Nymphenburger Straße 81/4, Telefon (08 11) 18 35 03

5. Sportmedizinisches Symposium am 20. November 1971 in Innsbruck

Am 20. November 1971 veranstaltet in Innsbruck das Institut für Sport und Kreislaufmedizin in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzte-Verband e.V. das 5. Sportmedizinische Symposium.

Thema: **Sportwissenschaftliche Aspekte des Alpinen Skilaufs**

Ort: Großer Hörsaal der Medizinischen Universitäts-Klinik Innsbruck
Beginn: 16.00 Uhr

Auskunft: Primarius Dr. E. Rees, Institut für Sport und Kreislaufmedizin, A-6020 Innsbruck, A. Ö. Landeskrankenhaus (Universitäts-Kliniken)

Veranstaltungen

Seminar

„Internistische Sportmedizin“

am 12./13. November 1971 in Erlangen

Veranstelter: Deutscher Sportärztebund e.V.

Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband e.V.

Am 12./13. November 1971 findet unter der Leitung von Professor Dr. J. Schmid im Hochschulinstitut für Leibesübungen in Erlangen ein Seminar mit dem Thema „**Prävention und Rehabilitation an Herz und Kreislauf durch Sport**“ statt.

Angeschlossen ist ein Kurs für Funktionsassistentinnen in der Spirometrie, Ergometrie, und Ergo-Spirometrie am Freitag, 12. November 1971 (Kursleitung: E. Bergmann)

Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e.V., 8000 München 19,

Seminar über Präventiv-Kardiologie

vom 16. bis 22. Januar 1972 an der Klinik Höhenried

Das Seminar steht unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. Halhuber. Es soll eine möglichst praxisnahe Einführung in Grundlagen, Möglichkeiten und Probleme der präventiven und poliklinischen Kardiologie bieten.

Unterbringung im Schloß Höhenried. Wohnungs- und Verpflegungskosten pro Tag DM 25,— (keine zusätzlichen Gebühren).

Anmeldung und Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband, 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81, Telefon (08 11) 18 35 03

Bayerischer Sportärzte-Verband e.V.

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

Geschäftsstelle: 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81, Telefon (08 11) 18 35 03 (Dienstzeiten: Montag und Mittwoch von 14.00 bis 18.00 Uhr und Donnerstag von 8.00 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 15.00 Uhr)

Konten: Postscheckkonto München 55554; Münchner Bank GmbH, 8000 München 2, Briener Straße 53, Konto-Nr. 4960

Geschäftsstellenleiter: Dr. Wilhelm Funke, Facharzt für innere Krankheiten (jeden Mittwoch von 15.00 bis 17.00 Uhr anwesend)