BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 7 | München, Juli 1966 | 21. Jahrgang

Aus der Heilpädagogischen Abteilung (Leiter: Privat-Dozent Dr. J. Paul) der Kinderklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor A. Windorfer)

Regionales Erfassungsmodell für hirngelähmte Kinder

Von J. Paul

Die Erfassung von behinderten Kindern ist eine dringliche, in der Öffentlichkeit auch unter dem Aspekt der Meldepflicht häufig diskutierte Aufgabe. Insbesondere ist das diesbezügliche Interesse an den hirngelähmten Kindern — den sogenannten „Spastikern" — in letzter Zeit sehr aktuell geworden durch die Tätigkeit von Elternverbänden, durch Tagungen, Zeitungen, Rundfunk und Fernsehen. Weil man die auf wissenschaftlichen — ärztlichen, psychologischen, krankengymnastischen, heilpädagogischen, soziologischen — Grundlagen beruhenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten nicht kennt, und Unterlagen über die Zahl der Kinder, ihren Wohnort und die Art der benötigten Hilfen fehlen, enden die Diskussionen um die Errichtung von geeigneten Betreuungsstätten unbefriedigend. Veröffentlichungen, die sich um die Klärung dieser Situation bemühen, tragen auch dazu bei, daß die vorhandenen Kräfte und Mittel zweckvoll und gezielt im Dienste der betroffenen Kinder und deren Eltern sowie in einer vor den Instanzen der Geselischaft vertretbaren Weise zum Einsatz kommen.

Erfassungsfragen

In der vorliegenden Arbeit geschieht dies in der Form, daß die Erfahrungen, die an der Im Juli 1958 errichteten Betreuungsstelle für hirngelähmte Kinder — der damals einzigen in Nordbayern — der Universitäts-Kinderklinik in Erlangen gemacht wurden, in einem regionalen Erfassungsmodell zusammengefaßt werden. Es zeugt für die Notwendigkeit einer solchen Betreuungsstelie, die aus einem echten Bedürfnis unter Nutzung der gegebenen Möglichkeiten entstanden ist, daß sie bis Dezember 1964 für 723 hirngelähmte Kinder in Anspruch genommen wurde. Daran wird sich auch nichts ändern*), denn es überleben — zum Teil dank den Fortschritten der kurativen Medizin — mehr Kinder als früher eine akute, lebensbedrohliche Situation in der Prä-, Perl- oder Postnataiperiode; jedoch nicht immer ohne Defekt, der meist am Zentralnervensystem zurückbieibt. Daraus ergibt sich die ärztliche Verpflichtung, hirngeschädigten und speziell hirngelähmten Kindern und ihren Angehörigen auf ihrem weiteren Lebensweg zu helfen.

*) Bis Dezember 1965 erhöhte sich ihre Zahl auf 832.

Die Eltern meldeten sich, weii sie Hiife für ihr Kind brauchten und erhofften. Dies und die unvoreingenommene, vorurtellslose Hilfsbereitschaft seitens der Betreuungsstelle bildeten das Fundament für die Erfassung der hirngelähmten Kinder. Die Zusammenarbeit mit anderen Kliniken und die Orientierung der Praktischen Ärzte über die Möglichkeiten und Grenzen des Helfens, trugen wesentlich zu ihrem Gelingen bei. Während sich unter solchen Voraussetzungen auch Wege zur vielseitigen Diagnose und zu Forschungsvorhaben bahnten, blieben die meisten Eltern an einer allgemeinen Meldepflicht desinteressiert oder standen ihr gar extrem ablehnend gegenüber.

Erkennungs- und Behandlungsmöglichkeiten

Die angebotenen Hilfen lehnten sich an neuere Behandlungsmethoden der kindlichen Hirnlähmung an, die im letzten Jahrzehnt auch in Deutschland aus dem westlichen Ausland in steigendem Maße übernommen wurden.

I. Zerebrale Bewegungsbehinderungen und -übungen

Nach diesen wird der Ausgangspunkt der Lähmungen, das geschädigte Zentralnervensystem, in den Mittelpunkt von Bewegungsübungen gestellt. Es hat sich eine Art peripher angreifendes, neurologisch fundiertes Bewegungstraining herausgebildet, durch das zentral das Bewegungsschema vom Pathologischen auf das Physiologische umzustellen versucht wird.

Einerseits haben diese Übungen bei hirngelähmten Kindern zum Ziel, die frühkindliche Reflextätigkeit zu unterbrechen, einzudämmen und zu unterdrücken, die durch ihr Überdauern oder — im Falle einer Schädigung im späteren Kindesalter — durch ihr Wiedererscheinen zur Grundlage von Lähmungserscheinungen geworden ist und die altersgemäße Entwicklung der statisch-motorischen Leistungen oder ihre Wiederherstellung verhindert. Andererseits dienen sie dazu, die fehlenden, von der Reifung der Bewegungszentren im Großhirn abhängigen Reflexe zur Aufrichtung des Körpers und zur Erhaltung seines Gleichgewichtes hervorzurufen, die fehlerhaft entwickelten zu korrigieren und die verkümmerten zu trainieren. Für den Einsatz der einzelnen Übungen ist auch der ontogenetische Gesichtspunkt von Bedeu-

tung, nach dem die statisch-motorische Entwicklung in kranio-kaudaler Richtung vor sich geht und von den komplexen Bewegungen des Kopfes und des Stammes zu den isolierten Bewegungen an den Extremitäten fortschreitet.

Das beschriebene Reflexverhalten bietet nicht nur Ansatzpunkte für gezielte Bewegungsübungen, sondern — bei entsprechenden Fortschritten und in begrenztem Maße — auch für die Prognose.

Dies gilt auch für die frühzeitig erfaßten statisch-motorischen Retardierungen, die das Bild eines zeitlupenartigen, meist ungeordneten Ablaufs der Periode der frühkindlichen motorischen Hilflosigkeit ergeben und eine zielgerichtete sensomotorische Bildungsarbeit ermöglichen. Diese muß aber im Rahmen der Früherfassung bereits im 1. Lebensjahr oder spätestens im Kleinkindalter beginnen, wenn ein für das Kind optimaler Behandlungserfolg erzielt werden soll.

Dabei bedürfen auch die Form und Topik der Hirnlähmung einer bestimmten Berücksichtigung, die außerdem für die diagnostische Einordnung entscheidend wichtig sind. Die Häufung von Begleitdefekten läßt die Prognose bei Kindern mit spastischer Tetraplegie schlechter, die unterschiedliche Ausprägung der Lähmung an den vier Extremitäten besser stellen; verhältnismäßig gut ist sie auch bei Hemi- und Diplegie, Ataxie und einigen Mischformen der Hirnlähmung.

Von Medikamenten, orthopädischen Eingriffen — wie zum Beispiel der Spitzfußoperation oder der Adduktorenverlängerung — und von Hilfsgeräten zum Sitzen-, Krabbeln-, Stehen- und Gehenlernen sind wertvolle Zwischenhilfen zu erwarten, jedoch muß der Gefahr der Fixierung an letztere ständig entgegengewirkt werden.

II. Ansatzpunkte für heil- und sozialpädagogische Hilfen

Die Hirnlähmung wird objektiv gewöhnlich von mehr als einem weiteren zerebralen Defekt begleitet, oft sogar übertroffen. Es ist daher grundlegend falsch, wenn man in der Therapie die Bewegungsübungen und orthopädischen Maßnahmen überbewertet. Es darf der Zweck der so wichtigen Erziehungsarbeit an der gestörten Statik und Motorik nicht verfehlt werden, der darin besteht, daß sie als Aufnahme- und Ausdrucksbasis beim Sozialisierungs- und Lernprozeß vertieft, verbreitert und in Korrelation zu den anderen Gebieten in die Gesamtentwicklung der kindlichen Persönlichkeit eingebaut werden. Es müssen rechtzeitig alle Befunde im Längsschnitt korrelationsdiagnostisch erfaßt werden, um Anzeigen über die Art und die richtige Aufeinanderfolge der jeweils anzuwendenden heil- und sozialpädagogischen Hilfen zu erhalten.

1. Primäre Entwicklungsstörungen und „Begleitdefekte":

Dabei läßt sich häufig erkennen, daß die Hirnlähmung mit Entwicklungsstörungen auf anderen Gebieten — ebenfalls primären Teilfolgen des Hirnschadens — in einer Korrelation steht, die Wege einer gegenseitigen Beeinflussung auch therapeutisch nutzen läßt.

Durch eine zweck- und sinnvolle Ausrichtung der Bewegungstherapie kann so auf ein Entwicklungsgebiet günstig eingewirkt werden, das durch die gestörten Bewegungsmuster gehemmt oder in Mitleidenschaft gezogen worden war.

Auf dem Ernährungssektor gilt dies beispielsweise für die Verselbständigung der ernährungstechnischen Verhaltensweisen. Bei Kindern, die unter Zuhilfenahme von Hand und Fingern selbst essen können, wird diese Aufgabe dadurch klar, daß eine schwergradige Intelligenzminderung nur bei zwei Fünfteln, dagegen eine schwergradige Bewegungsbehinderung bei zwei Dritteln von ihnen vorhanden ist. Hier kann man — ähnlich wie auf dem Spielsektor — an der stufenweisen Entfaltung der Greiffunktion arbeiten, indem man das Mundgreifen eindämmt, es durch das Handgreifen unter Mundkontrolle ablöst und schließlich das freie Greifen mit den Fingern ermöglicht. Dies aber ist die Voraussetzung für eine spätere Beschäftigungs- oder Beschulungsmöglichkeit in irgendeiner Form.

Für das Gelingen der Sauberkeitsgewöhnung ist die Bewegungstherapie bei einem Viertel der Kinder mit schwergradiger Bewegungsbehinderung deshalb von besonderer Bedeutung, weil sie dank ihrer besseren Intelligenz ihre Bedürfnisse wohl anzumelden, infolge ihrer Bewegungsinsuffizienz aber nicht zu erledigen imstande sind.

Die Aufgabe einer intensiven sensomotorischen Bildungsarbeit im Hinblick auf die Intelligenzentwicklung ergibt sich daraus, daß unter den Kindern, die ohne Mundkontrolle nicht greifen können, 40% normal intelligent oder debil sind; unter denjenigen, die nicht frei sitzen können, 50% und unter denjenigen, die nicht frei laufen können, 60%. Hier sind die statisch-motorischen Ausdrucksmöglichkeiten — die in Diskrepanz zu den viel besseren Aufnahmefähigkeiten bei diesen Kindern sehr eingeengt sind — von außen so zu fördern und zu differenzieren, daß den besseren Intelligenzleistungen langsam zum Durchbruch verholfen wird.

Umgekehrt können auch die „Begleitdefekte" als Zugangswege gebraucht werden, um eine Besserung der Hirnlähmungserscheinungen zu erreichen.

Die Forderung nach einer frühzeitigen medikamentösen Einstellung der Krampfanfälle — die bei 32% der Kinder vorkommen und den Erfolg der Bewegungstherapie in Frage stellen können — läßt sich durch die Beobachtung unterstreichen, daß in der Hälfte der Fälle diese bald nach der Geburt und in 90% im Alter bis zu drei Jahren auftreten; außerdem weisen sie eine Frequenzzunahme mit dem Anstieg des Lähmungsgrades auf.

Die Einbeziehung der Störungen am Sehapparat in den Behandlungsplan geschieht durch frühzeitige operative und Brillenkorrekturen, durch Förderung des Tiefensehens, durch Fixierung und Änderung der Blickrichtung mittels beweglicher Licht- und Farbreizquellen, wodurch sich vom Kopf aus Haltung und Bewegung des Körpers mitregulieren lassen.

Bei retardierter Sprachentwicklung sind Maßnahmen gegen Intelligenzrückstände angezeigt, soweit nicht eine motorische Aphasie vorherrscht; bei Sprachfehlern müssen außerdem „reflexhemmende Stel-

lungen" mitberücksichtigt und speziell die Koordination der Sprechmotorik angestrebt werden.

Geistig rückständige Kinder zeigen die ersten positiven Lernansätze bei der Spieltherapie durch die Nachahmung, die rhythmische Wiederholung und Reihungstendenz im Gebrauch von akustisch, optisch und taktil ansprechendem Säuglingsspielzeug, durch welches vorhandene Bewegungsbereitschaften ausgelöst und geübt werden können. Der Übergang vom Plastischen und Anschaulichen zum Flächenhaften und Abstrakten beginnt am Kleinkind- und vollendet sich am Schulkindspielzeug, wobei das Erkennen von Größen- und Farbunterschieden, das Formgefühl, das kausale Zweck- und Sinndenken, das Erlernen von Mengen- und Zahlenbegriffen, das räumliche und zeitliche Zurechtfinden gefördert und mit angepaßten Bewegungen verbunden werden können. Durch die Regelspiele gelingt die — gewöhnlich verspätete — Überleitung auf das Schulkindspielzeug und zu Gemeinschaftsspielen. Über das Kneten, über Steck-, Legespiele und Zeichnen führt der Weg zum Lesen-, Schreiben- und Rechnenlernen. Da die Intelligenzleistungen dem Lähmungsgrad mit steigender Stufe jeweils noch vorauseilen, bilden aber die motorischen Störungen auch hier oft das wichtigste Hemmnis, das bei der Spiel- und Beschäftigungstherapie — und durch diese — zu überwinden ist. Speziell die Athetotiker bieten dabei eine zwar schwierige, aber lohnende Aufgabe.

2. Sekundäre Erziehungsschwierigkeiten:

Sekundäre oder reaktive Erziehungsschwierigkeiten ergeben sich bei dem ambulanten Beobachtungsgut — das sozial gewöhnlich gut eingeordnet ist — hauptsächlich infolge unangepaßter Anforderungen der Eltern, denen die Kinder mit ihren Behinderungen nicht zu entsprechen vermögen; seltener haben sie ihre Ursache in der Berufstätigkeit der Mutter oder Unvollständigkeit der Familie, wobei die Großmutter oft mithilft. Verwöhnung und Verhinderung einer Verselbständigung der Kinder sind die häufigsten Erziehungsfehler, die gemacht werden. Dies rührt oft daher, daß ihre langjährige Hilflosigkeit bei den meisten Eltern zur Überforderung und Überzüchtung der Pflege- und Sorgeinstinkte führt. Besonders die intelligenteren Kinder zeigen, im Bewußtsein ihrer sozialen Außenseiterstellung, oft reaktive Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung. Geschwister und andere Kinder, die frei gehen gelernt haben und davonlaufen, werden mit Eifersuchtszenen verfolgt; die Eltern werden tyrannisiert. Diese können sich kaum oder nur schwer auf die Entwicklungsstörungen ihrer Kinder einstellen und begreifen es oft nicht, daß sie auch mit ihnen — wie mit den normalen — in einer adaptierten Weise konsequent umgehen können und müssen.

III. Rolle der Ursachen und des Zeitpunktes der Schädigung

Die gründliche Erforschung der Ätiologie der kindlichen Hirnlähmung ist vor allem für deren Prophylaxe wichtig; weniger für die Indikation und den Erfolg der Bewegungsübungen. Bei familiärem Vorkommen zeigt die Lähmungsbehandlung kaum einen Erfolg, bei fortschreitender chronisch-degenerativer Erkrankung des Zentralnervensystems ist sie nicht, bei einem Hirntumor ist sie kontra indiziert.

Auch für die Prognose spielt nicht die Art der Noxe, sondern der Zeitpunkt die Hauptrolle, zu dem sie das in Entwicklung begriffene Hirn geschädigt hat. Eine vor oder während der Geburt entstandene Hirnlähmung ist häufiger der Bestandteil eines allgemeinen, diffusen und schweren Hirnschadens, in dessen Gefolge das Kind auf mehreren Entwicklungsgebieten zurückbleibt. Bei einer Läsion nach der Geburt, zumal bei einer Regression im späteren Kindesalter, bleiben die nachfolgenden Ausfälle eher lokalisiert und isoliert. Sie lassen sich auch über intakt gebliebene Entwicklungsgebiete besser fördern und ausgleichen; eine Wiederherstellung ist schneller und bis zu einer höheren Stufe möglich.

Organisatorische Durchführung der Hilfen

Die Ergebnisse der organisatorischen Durchführung dieser Hilfen — von denen nur einige der wichtigsten Teilaspekte berührt wurden — lassen sich aus den diesbezüglichen Erfahrungen ableiten, die ebenfalls mit den 723 hirngelähmten Kindern gemacht wurden, die bis zum Dezember 1964 in Betreuung standen.

I. Beobachtungsgut

Sie stammen fast ausschließlich aus dem nordbayerischen Raum; vorwiegend aus Mittel- und Oberfranken, zu je 40% (Abb. 1). 281 von den Kindern kamen aus Stadt-, 442 aus Landkreisen (39% zu 61%). Während die Verhältniszahl Stadt/Land in Mittelfranken ausgeglichen war — dank den umliegenden Großstädten —, überwog in den anderen Bezirken die Zahl der Landkinder bis auf das 2½fache (Abb. 2).

Bei 87,5% der 723 Kinder handelte es sich um die sogenannte Grundform der Hirnlähmung, um eine „reine" Spastizität (60%), Athetose (6%) oder Ataxie (1,5%). Unter denjenigen mit „reiner" Spastizität fand sich am häufigsten eine spastische Tetraplegie (42,1%); die anderen hatten eine spastische Hemi-, Di-, Para- oder Monoplegie (17,9%). Bei 32,5% der 723 Kinder bestand eine Mischform der Hirnlähmung, wobei die Kombination der Spastizität mit den beiden anderen Grundformen bei weitem überwog.

35,6% aller Kinder standen bei ihrer ersten Vorstellung noch im Alter bis zu 1½ Jahren: 193 im ersten Lebensjahr und 65 im dritten Lebenshalbjahr (Abb. 3). Sie gehören zu den früherfaßten, die vorzugsweise aus den standortnäheren Einzugsgebieten kamen. Bis zum 1. 10. 1964 erreichten insgesamt 343 das Schulalter; in den vier wichtigsten Einzugsbezirken 324 von 689 hirngelähmten Kindern (Abb. 2). Von denjenigen aus entfernteren Gebieten, speziell aus Unterfranken, standen verhältnismäßig mehr bereits im Schulalter; sie waren meist auch schon älter, als sie zum ersten Male vorgestellt wurden (Abb. 3).

Die Frequenz des männlichen Geschlechts übertraf im Verhältnis von 422:301 diejenige des weiblichen. Dies zeigte sich auch innerhalb der vier wichtigsten Einzugsbezirke und da speziell im Schulalter, in dem der Vergleich 188:136 zugunsten des männlichen Geschlechts ausfiel.

II. Betreuungsmodus und -frequenz

Während die Zahl der Neuzugänge 1958 bis 1964 jährlich zwischen 100 und 110 betrug, schwankte der Anteil der früherfaßten Kinder zwischen 30 und 50. Mit den Jahren wuchs auch die Zahl der weggebliebenen oder aus der Betreuung entlassenen Kinder, so daß vom Betreuungsgut des Jahres 1964 noch knapp zwei Drittel aus früherer Zeit stammte (Abb. 4).

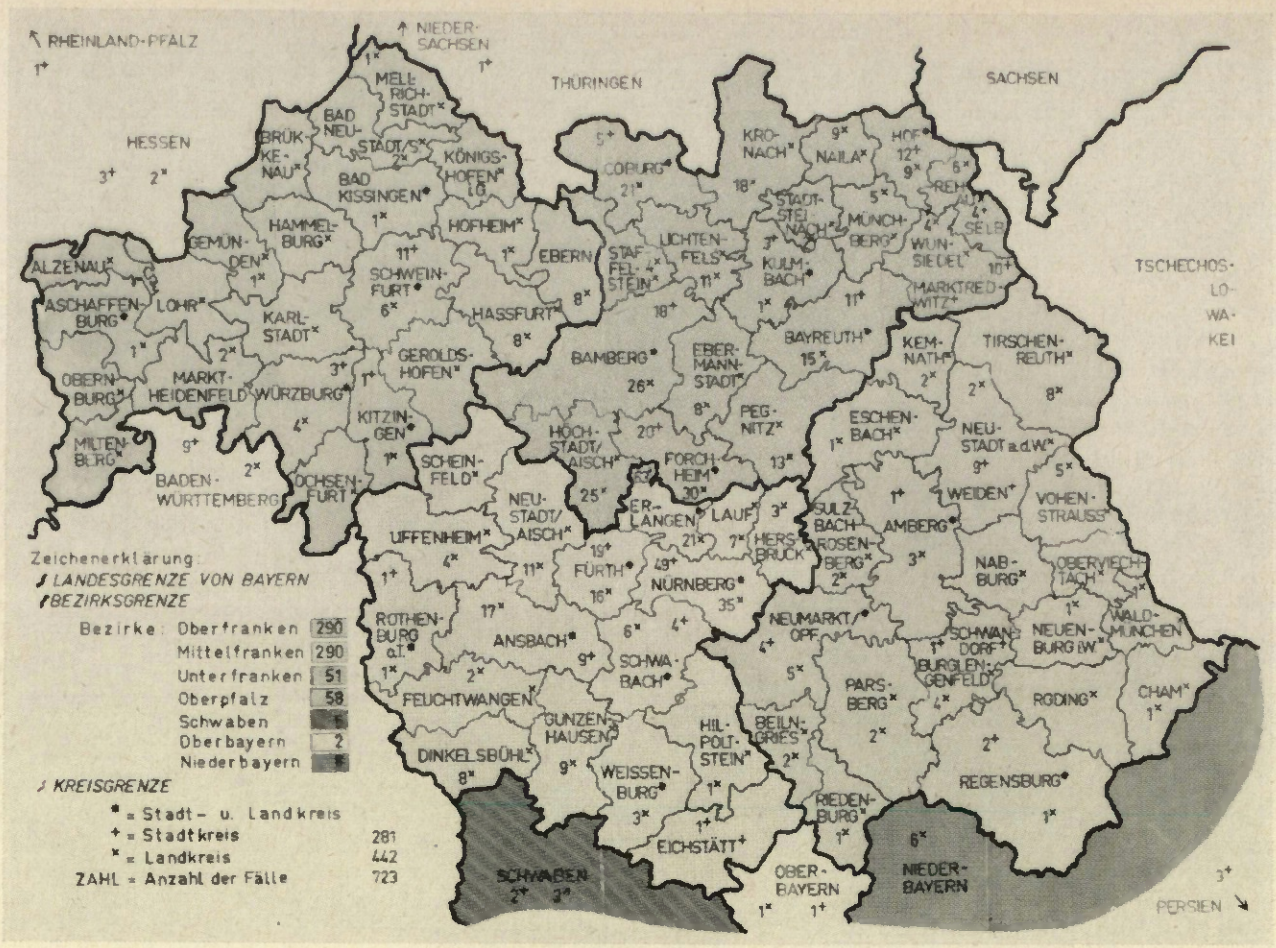


Abbildung 1

Geographie des Einzugsgebietes der 1958 bis 1964 betreuten 723 hirngelähmten Kinder, von denen 702 aus Bayern und der Rest aus meist angrenzenden Ländern kamen)*

Beschränkt man sich auf die 689 Kinder aus Mittel-, Ober-, Unterfranken und Oberpfalz, so wurden von diesen 225 nur stationär, 262 stationär und ambulant, 202 nur ambulant untersucht und behandelt (Abb. 5).

Die stationäre Aufnahme erfolgte meist zwecks Durchführung spezieller diagnostischer Maßnahmen. Wegen Platzmangels bot sich nur selten in indizierten Fällen die Gelegenheit, während des Klinikaufenthaltes durch täglich angewandte Übungen zur Festigung des erreichten Leistungsstandes und zum Erlernen von Ausgangspositionen zu den nächsthöheren Entwicklungsstufen beizutragen. Die Eltern führten in der Regel die Übungen und jeweils erforderlichen Maßnahmen nach den speziellen Anweisungen, die mit ihnen einstudiert und schriftlich mitgegeben wurden, zu Hause durch. Die weitere ambulante ärztlich-heilpädagogische Kontrolle erfolgte anfangs etwa alle ein bis vier Wochen und später — wegen Überlastung, mangels Personalstellen und entsprechender Räumlichkeiten — etwa alle vier Monate. Jedoch wurden bei Kindern aus nähergelegenen Städten und Dörfern die krankengymnastisch-heilpädagogischen Übungskontrollen und -anleitungen — die in der entsprechenden Aufstellung nicht mitgezählt wurden (Abb. 6) — weiterhin nach Möglichkeit alle ein bis zwei Wochen vorgenommen, je nach den Kräften und der Zeit der mit ihrer Betreuung beschäftigten Mitarbeiter. Den vielschichtigen Anforderungen seitens der „Begleitdefekte" wurde dabei durch die Zusammenarbeit von Kinderarzt, Krankengymnastin, Beschäftigungstherapeutin und Psychologin unter zeitweiser Hinzuziehung von Augen- und Ohrenärzten, Ortho- und Logopäden zu entsprechen versucht.

Nur stationär wurden prozentual am häufigsten die Kinder aus der Oberpfalz untersucht (Abb. 5). Von den 225 nur so betreuten entfielen 85 — knapp zwei Fünftel — auf die 258 früherfaßten. Als Gründe für ihr Fernbleiben von am-

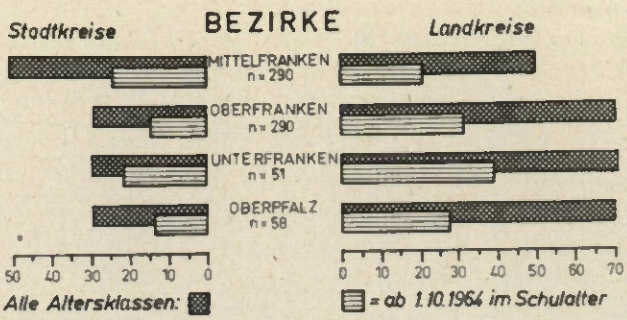


Abbildung 2

Prozentuale Zugehörigkeit der hirngelähmten Kinder aus den vier wichtigsten Einzugsgebieten (n = 100%) zu Stadt- und Landkreisen unter gleichzeitiger Beachtung des Anteils derjenigen, die ab 1. 10. 1964 in das schulpflichtige Alter kamen

*) Die drei Kinder aus Persien wurden während eines längeren, aber vorübergehenden Aufenthaltes in Erlangen betreut.

bulanten Kontrollen erwiesen sich — außer 21 Todesfällen — vor allem schwerstgradige, diffuse Hirnschädigungen; wegen schweren Krämpfen mußten diese Kinder zum Teil wiederholt stationär aufgenommen werden. Dadurch vollzog sich ein von der Betreuungsstelle aus nicht protegierter Selektionsprozeß beim früherfaßten Beobachtungsgut. Auch bei den anderen nur stationär im späteren Alter erfaßten Kindern handelte es sich häufig um solche, die entweder allgemein und besonders schwer oder nur leicht behindert waren; aus diesen extremen Gründen erschien den Eltern — abgesehen von der Entfernung, die eine Rolle spielte — eine Hilfeleistung nicht mehr möglich oder nicht mehr nötig.

Eine stationäre und ambulante Betreuung war prozentual am häufigsten bei den Kindern aus Oberfranken möglich (Abb. 5). Für die ambulante Weiterführung bei 262 der Kinder erwies sich ganz allgemein die Standortnähe als ein begünstigender Faktor, was vor allem auf die Städte und Ortschaften von Ober- und Mittelfranken zu beziehen ist. Bei einer hohen Zahl von ambulanten Kontrollen standen jedoch auch entfernt wohnende Kinder nicht immer zurück (Abb. 6).

Unter den nur ambulant erfaßten und behandelten 202 Kindern befinden sich mehr als drei Fünftel der aus Unterfranken gebrachten. Von den 258 früherfaßten Kindern waren nur 22 ausschließlich ambulant gekommen. Meist gehörten die nur ambulant betreuten Kinder — insbesondere dann, wenn sie aus entfernten Kreisen stammten — den höheren Altersklassen an.

III. Spezielle örtliche Ausbildungsprobleme

Diese Erhebungen ergeben einige Anknüpfungspunkte für lokale Bestrebungen, Schwerpunktausbildungsstätten für behinderte und speziell auch hirngelähmte Kinder in bestimmten Kreisen zu schaffen. Dazu gehören besonders die intelligenzmäßigen Voraussetzungen und der Lähmungsgrad der zu betreuenden Kinder.

1. Aufwuchsplätze und Ausbildungsstätten:

Aus zentraler Sicht hat es sich als grundsätzlich richtig erwiesen, daß diese Kinder zu Hause aufwachsen; zumindest bis zum Schulalter, am besten bis zur Berufsausbildung. Dies unter der Bedingung, daß die Eltern mitarbeiten und die Kinder zusätzlich ausreichend fachlich betreut und unterrichtet werden können. Ohne Zweifel verlieren sie wesentliche Anreize für eine normale soziale Entwicklung, wenn sie aus dem Milieu der Eltern und Geschwister herausgenommen werden. Dies um so mehr, als sie intensiver und viel länger als normale Kinder ihre Familie brauchen, die entsprechend gestärkt werden muß. Auch dem Willen und dem Recht der Eltern, die ihre Kinder zu Hause behalten wollen und aufziehen können, wird zuwidergehandelt, wenn der Besuch eines Sonderkindergartens oder einer entsprechenden Schule unter solchen Umständen nicht ermöglicht wird. Es kann Entscheidendes in der Vorbereitung für eine angemessene Beschulung und eine spätere Tätigkeit versäumt worden sein, wenn die Plastizität des Hirns durch Bildungsversuche im Vorschulalter nicht voll genutzt wurde, zumal diese Kinder ohnedies schon viel länger als normale brauchen, um etwas aufzunehmen, behalten und tun zu können.

Sowohl die im Vorschulalter bestehenden als auch die mit dem Eintritt in das Schulalter beginnenden Ausbildungsprobleme stellen sich für die Stadtkinder anders dar als für die Landkinder; die letzten sind eindeutig im Nachteil. Während es in Großstädten öfter gelang, ein Kind mit Hirnlähmung bei normaler Intelligenz in einer Normalschule unterzubringen, war dies auf dem Lande kaum möglich, wo die Schulen oft entfernt liegen, mehrklassig sind

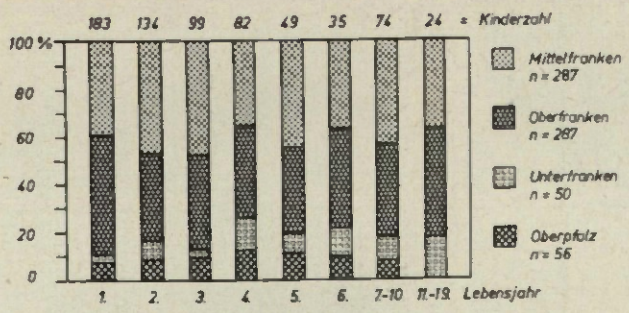


Abbildung 3

Zahlenmäßige Alterszugehörigkeit und prozentuale Verteilung der in einzelnen Lebensjahren und -abschnitten erfaßten hirngelähmten Kinder (n = 100%) auf die vier wichtigsten Einzugsbezirke

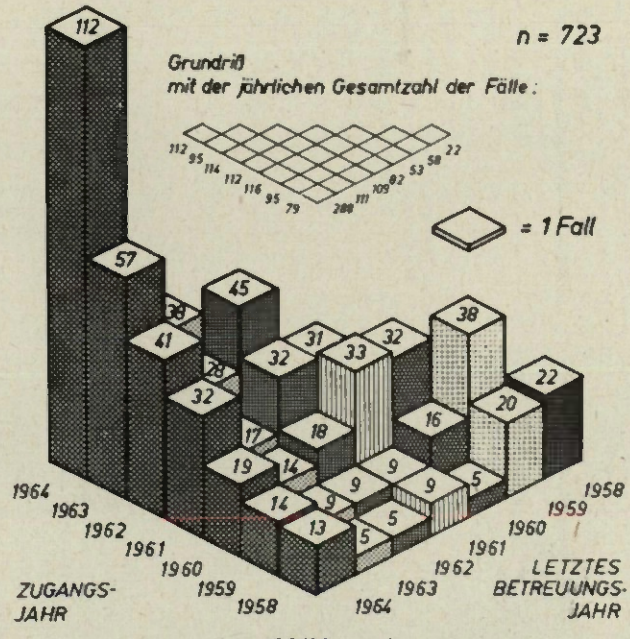


Abbildung 4

Kombinierte Darstellung der Zahl der im jeweiligen Kalenderjahr 1958 bis 1964 in Betreuung genommenen (= Zugangsjahr) und daraus entlassenen (= letztes Betreuungsjahr) hirngelähmten Kinder: Bei einer jährlichen Zuwachszahl von ungefähr 100 stammten von den 288 im Jahre 1964 betreuten Kindern noch knapp zwei Drittel aus früheren Jahren

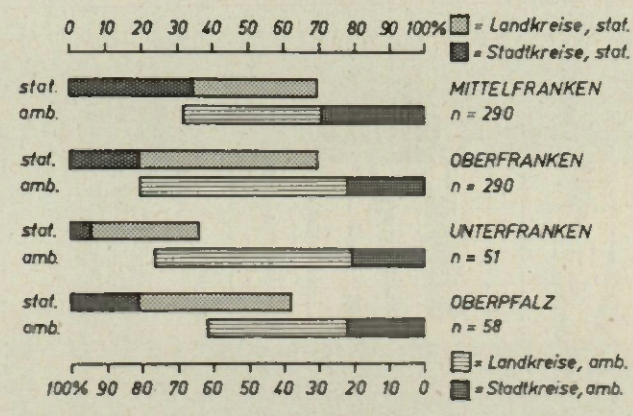
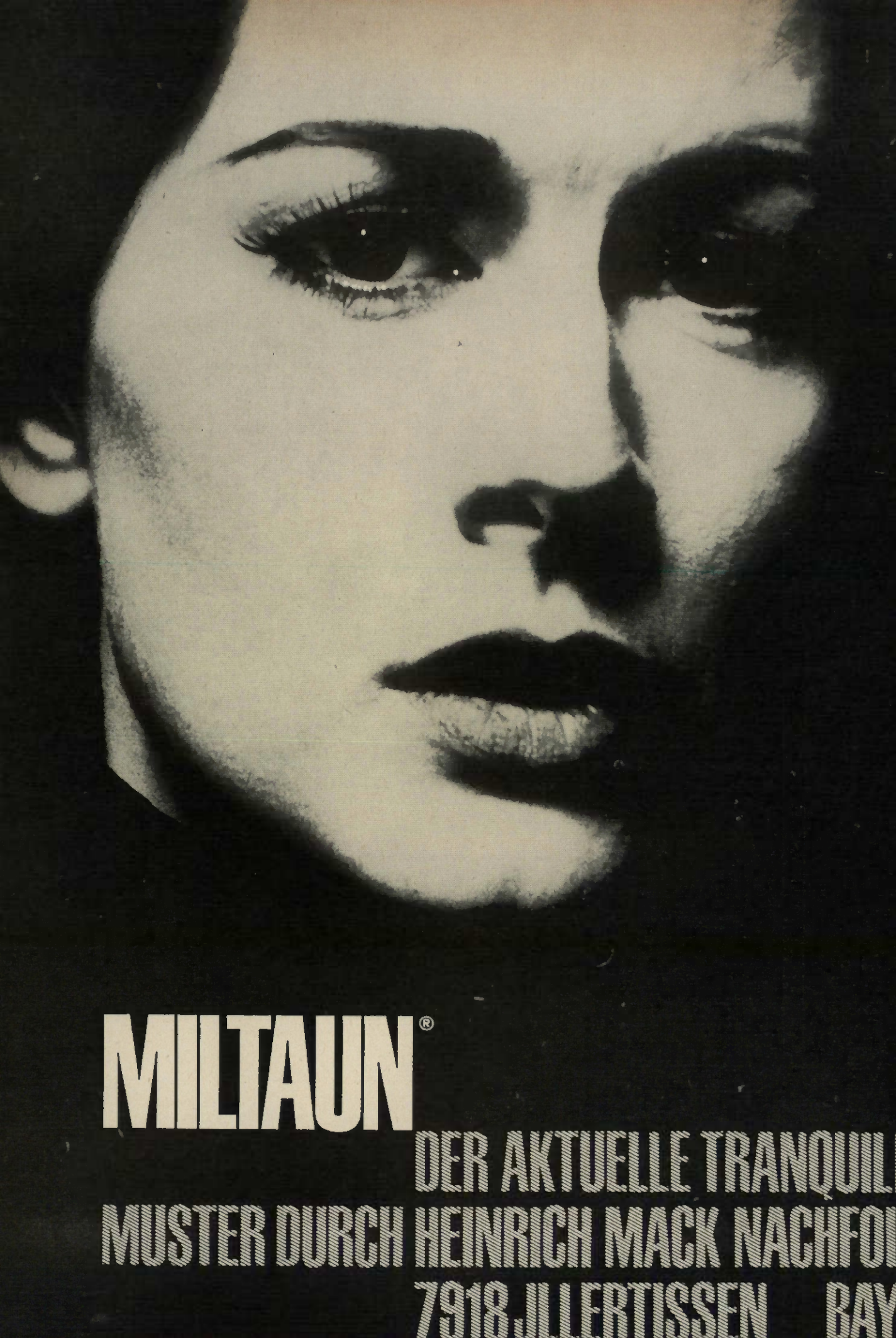


Abbildung 5

Gegenüberstellung der prozentualen Frequenz des stationären und ambulanten Betreuungsmodus mit den jeweiligen Überschneidungsstrecken bei hirngelähmten Kindern aus den vier wichtigsten Einzugsbezirken (n = 100%) mit Unterteilung in Stadt- und Landkreise


MILTAUN®
DER AKTUELLE TRANQUIL
MUSTER DURCH HEINRICH MACK NACHFOL
7918 ILLERTISSEN BAY

und eine größere Zahl aufweisen. In der Stadt konnte ab und zu noch ein Kind mit Debilität und schwach ausgeprägter Hirnlähmung in der Sonderschule für Lernbehinderte Aufnahme finden, die es auf dem Land nicht gibt. „Spastiker"-Schulen, in denen die zerebralen Bewegungsbehinderungen noch speziell berücksichtigt werden können, entstehen vorerst auch nur in den größten Städten. In der Stadt stehen auch zunehmend Spezialisten und Einrichtungen für bewegungsbehinderte und gleichzeitig imbezille Kinder zur Verfügung, Vorklassen der Sonderschule und Heilpädagogische Tagesstätten, in die auch verschiedenartig behinderte Kinder geschickt werden können.

Seit dem Bestehen der Betreuungsstelle an der Heilpädagogischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik in Erlangen sind so in Nürnberg, Schweinfurt, Bamberg, Coburg, Bayreuth und zuletzt in Forchheim solche Tagesstätten entstanden, die um ihre Formung ringen und Erfahrungen sammeln. Durch diese Dezentralisation der Arbeit ist schon eine spürbare Entlastung der Betreuungsstelle in Erlangen erfolgt, so daß die Kinder mit besserem Gewissen als bisher nur alle vier bis sechs Monate zur Kontrolle bestellt werden.

Angesichts dieser Tatsachen ist es ein heraushebenswertes Untersuchungsergebnis, daß — absolut gesehen — die Zahl der am 1. 10. 1964 im Schulalter befindlichen Kinder vom Lande in den Bezirken Oberfranken, Unterfranken und Oberpfalz die Zahl derjenigen aus der Stadt um das Doppelte übertraf (Abb. 2). Und gerade auf dem Lande wird dem Recht der Kinder, sie ihrem Entwicklungsstand gemäß weiterzubilden und zu unterrichten, nicht annähernd soweit entsprochen wie in der Stadt. Diese lehnt sogar in der Regel die Gesuche ab, den in der Nähe wohnenden Landkindern die Betreuung in entsprechenden städtischen Einrichtungen zu gestatten. Der Unterricht durch die Eltern, die bei den Kontrolluntersuchungen in der Betreuungsstelle dazu ermuntert und angeleitet wurden, brachte einzelne recht erfreuliche Erfolge auch im Lesen-, Schreiben- und Rechnenlernen zutage, scheiterte aber gerade bei ländlichen Eltern oft — trotz des guten Willens — an deren verminderten Aufgeschlossenheit und Zeitmangel. Deshalb ist die Errichtung von Schwerpunkt-Sonderschulen auf dem Lande, in denen außer der Intelligenzminderung auch die statisch-motorische Behinderung berücksichtigt wird, eine dringliche sozlale Forderung. Ein in dieser Richtung laufender Modellversuch ist der Betreuungsstelle bisher nur aus dem Landkreis Nürnberg bekanntgeworden.

Es ist zu hoffen, daß das neuerrichtete „Spastiker"-Heim in Altdorf bei Nürnberg für diejenigen Kinder Abhilfe bringen wird, die kein Zuhause haben oder nicht zu Hause aufgezogen werden können, und daß es insbesondere einer steigenden Zahl von hirngelähmten Jugendlichen das Erlernen eines Berufes ermöglichen wird.

2. Intelligenzmäßige Voraussetzungen:

Die intelligenzmäßigen Voraussetzungen dieser Kinder müssen deshalb laufend kontrolliert und neu festgelegt werden, da sie für ihr weiteres Fortkommen von großer Bedeutung sind und damit sie an örtlichen Ausbildungsstätten eingeplant werden können.

Bei 343 im Vorschulalter befindlichen Kindern aus Mittel-, Ober- und Unterfranken sowie aus der Oberpfalz, bei denen in den nächsten Jahren an eine angepaßte Beschulung gedacht werden muß, fand sich folgende Verteilung auf die vier Intelligenzgrade: Bei 9,5% Idiotie, 26,5% Imbezillität, 41,0% Debilität und bei 23,0% normale Intelligenz. Von 291 Kindern aus den gleichen Einzugsbezirken, die seit dem 1. 10. 1964 im Schulalter sind, erwiesen sich 11% als idiotisch, 23,0% als imbezill, 38,0% als debil und 28,0% als normal intelligent. Trennt man die 634 Kinder aller Altersstufen aus den vier Bezirken lediglich nach ihrer städtischen und ländlichen Herkunft, so zeigt sich, daß die prozentuale Zugehörigkeit zu den vier In-

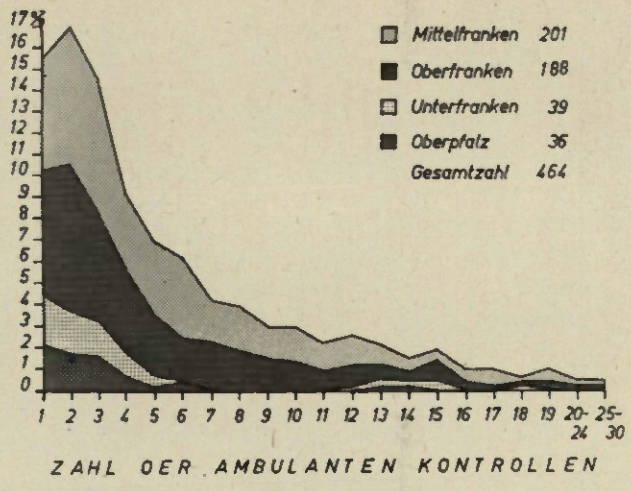


Abbildung 6

Prozentuale Verteilung von 464 (= 100%) hirngelähmten Kindern auf die Zahl der ambulant vorgenommenen Kontrolluntersuchungen und Elternanleitungen unter anteilmäßiger Berücksichtigung der vier wichtigsten Einzugsgebiete

telligenzstufen in beiden Aufwuchsbereichen kaum differiert (Abb. 7a). Die gesonderte Beachtung der gleichen Verhältnisse in den beiden Haupteinzugsgebieten Mittel- und Oberfranken läßt außerdem die diesbezüglichen konkreten Bedingungen erkennen, mit denen man bei entsprechenden örtlichen Ausbildungsvorhaben zu rechnen hat (Abb. 7b). Insgesamt finden sich sowohl in den städtischen als auch in den ländlichen Kreisen fast zwei Drittel normal intelligente oder debile hirngelähmte Kinder, die demnach die intelligenzmäßigen Voraussetzungen zum Besuch einer Normal- oder Sonderschule mit sich bringen. Ihnen schließt sich noch ein Fünftel aller Kinder an, die auf der Stufe der Imbezillität verblieben sind, bei denen Bildungsstätten nach Art der Vorklasse der Sonderschule in Frage kommen. Gerade bei ihnen muß die motorische Bildungsarbeit frühzeitig einsetzen, wenn sie später einmal in der Lage sein sollen, eine — wie es in der Nomenklatur des Bundessozialhilfegesetzes heißt — „angemessene Tätigkeit" auszuüben.

Die Tatsache, daß die gleichen intelligenzmäßigen Voraussetzungen für eine Weiterbildung sowohl bei den Stadt- als auch bei den Landkindern mit Hirnlähmung gegeben sind, läßt die diesbezügliche Benachteiligung der letzteren zusätzlich als ungerechtfertigt und als besonderen Notstand erscheinen.

3. Bedeutung des Lähmungsgrades:

Läßt man die Art der Hirnlähmung unbeachtet und bringt man die Intelligenzgrade bei 286 schulpflichtigen Kindern aus den vier Einzugsbezirken nur noch mit den Lähmungsgraden in Korrelation (Abb. 8), so zeigt sich die Bedeutung der Schwere der Bewegungsbehinderungen für die weitere Beschulung. Die normale Intelligenz und die Debilität von 137 Kindern korrespondierten vorwiegend mit einer leicht- bis mittelgradigen Lähmung. Bei entsprechender Beachtung der zerebralen Bewegungsstörungen könnte ein Teil von diesen Kindern auch noch die Normal- oder Sonderschule besuchen. 51 ebenfalls normal intelligente oder debile sowie 35 imbezille waren jedoch schwer- bis schwerstgradig gelähmt, so daß bei ihnen die Notwendigkeit einer langwierigen bewegungs- und beschäftigungstherapeutischen Ausrich-

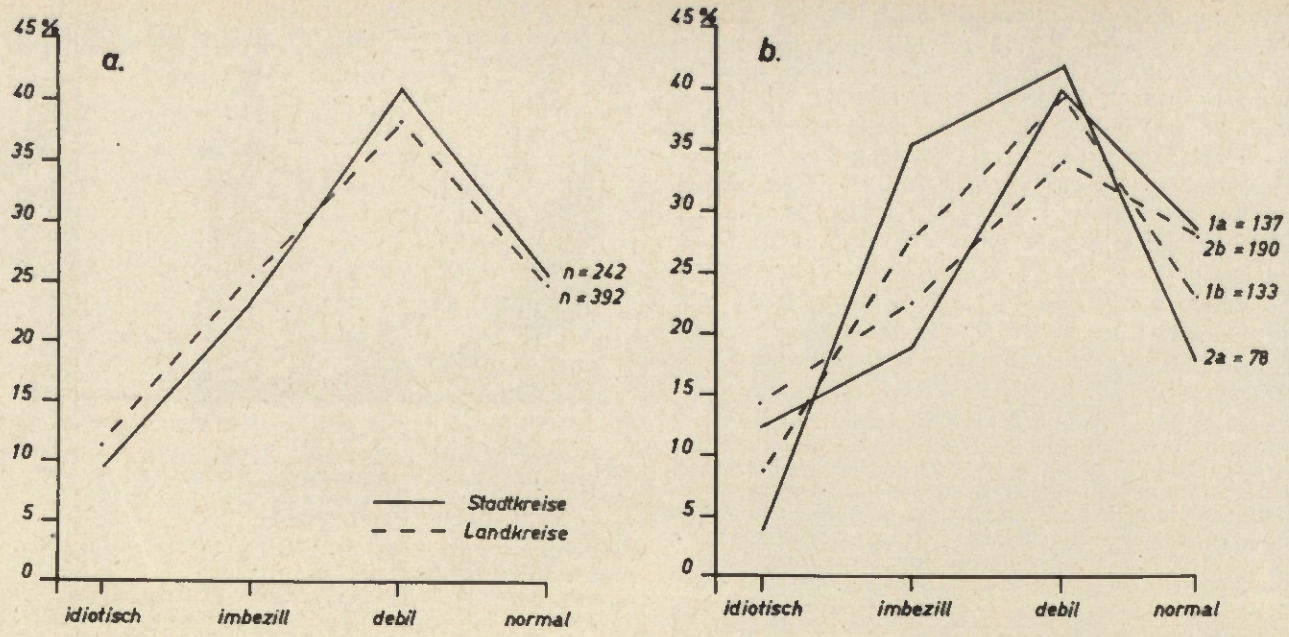


Abbildung 7

Prozentuale Zugehörigkeit von hirngelähmten Kindern zu den vier Intelligenzgraden

a) bei 634 aus den vier wichtigsten Einzugsbezirken (Mittel-, Ober-, Unterfranken und Oberpfalz) mit Trennung in Stadt- und Landkreise

b) bei 538 aus den Bezirken Mittelfranken (1a = Stadt-, 1b = Landkreise) und Oberfranken (2a = Stadt-, 2b = Landkreise)

tung vollends in den Vordergrund rückt. Auch die speziellen heil- und sozialpädagogischen Hilfen müßten berücksichtigen, daß bei diesen Kindern eine große Diskrepanz zwischen der viel besseren Aufnahme- und Orientierungsfähigkeit einerseits und der viel schlechteren Ausdrucksfähigkeit andererseits besteht. Die Schwere der Hirnlähmung kann dazu verleiten — besonders bei gleichzeitiger sprachlicher Behinderung —, daß die geistigen Funktionen bei ihnen falsch beurteilt werden. Es wird auch übersehen, daß sie oft nicht auf demjenigen Gebiet antworten können, auf dem sie angesprochen wurden, sondern auf ganz anderen Gebieten, die ihnen noch als Ausdruckswege und -mittel zur Rückäußerung geblieben sind. Durch die Besserung der schweren statisch-motorischen Behinderungen und die Bereicherung der Ausdrucksmöglichkeiten auf allen retardierten Gebieten sollen diese Kinder in die Lage versetzt werden, sich über neu erarbeitete Ausdruckswege zu äußern, sich der Umgebung mitzuteilen, sich verständlich zu machen, um allmählich zu einer für sie optimalen und die Gesellschaft tragbaren sozialen Anpassung zu gelangen.

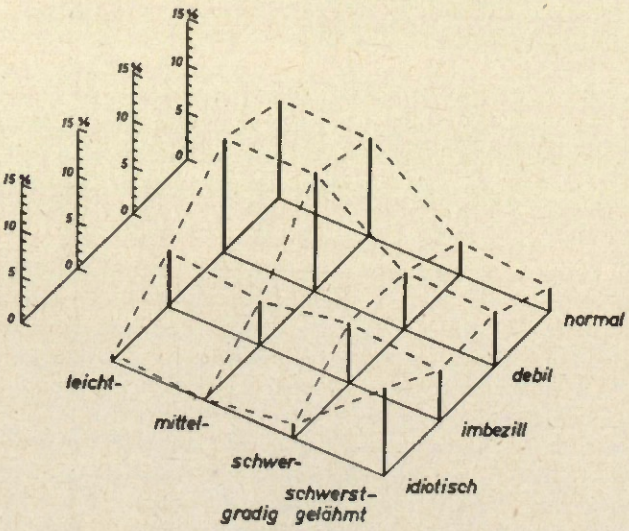


Abbildung 8

Die vier Intelligenzgrade in Korrelation zu den vier Lähmungsgraden bei 286 (= 100%) aus den Bezirken Mittel-, Ober-, Unterfranken und Oberpfalz stammenden hirngelähmten Kindern, die sich seit dem 1. 10. 1964 im Schulalter befinden. Die Säulen auf den einzelnen Schnittpunkten stellen den prozentualen Anteil an der Gesamtzahl dar

Zusammenfassung

Es wird über einen regionalen Modellversuch zur Erfassung von hirngelähmten Kindern in Nordbayern berichtet, der auf unvoreingenommener und vorurteilsloser Hilfsbereitschaft, nicht aber auf einer Meldepflicht basiert. Er wurde mit 723 hirngelähmten Kindern unternommen, deren Eltern vom Juli 1958 bis Dezember 1964 in der dazu bestimmten Betreuungsstelle an der Heilpädagogischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Erlangen Rat und Hilfe suchten.

Die Erfahrungen mit den dabei angewandten neueren Erkennungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie mit der organisatorischen Durchführung der Hilfen bieten einige brauchbare Anknüpfungspunkte für örtliche Bestrebungen, Schwerpunktausbildungsstätten für behinderte und speziell hirngelähmte Kinder in bestimmten Kreisen zu schaffen, wodurch eine bessere Betreuung und damit eine vollständigere Erfassung zu erwarten sind.

Mit der ärztlichen, psychologischen, krankengymnastischen und beschäftigungstherapeutischen, heil- und sozialpädagogischen Betreuung dieser Kinder wird der Verpflichtung entsprochen, die Hypothek abtragen

zu helfen, die — zum Teil unmittelbar — den Fortschritt der Medizin belastet. Sie dient

dem Interesse der Kinder selbst, deren gestörte Entwicklung durch gezielte Maßnahmen in geordnete Bahnen zu lenken versucht wird;

dem Interesse der betroffenen Eltern, deren Leid und Last damit vermindert werden, und

dem Interesse der öffentlichen Hand, wenn dadurch bei mehr behinderten Kindern als bisher erreicht wird, daß sie sich — in einer für sie optimalen Weise und unter erleichterten äußeren Bedingungen — später selbst versorgen und ihren Unterhalt selbst verdienen können.

Ohne die intensive Zusammenarbeit aller am Schicksal dieser Kinder Interessierten und ohne die volle Unterstützung der zuständigen Stellen sind die damit gestellten Aufgaben in Forschung und Praxis nicht zu bewältigen.

Literaturverzeichnis

1) ASPERGER, H.: Das spastisch gelähmte Kind. In Jahrbuch d. Fürs. f. Körperbehinderte. G. Thieme, Stuttgart 1959

2) BEGUE, H., M. BRISSOT et T. MAILFFER: Troubie oculaires dans le „syndrome de Little". Buli. Soc. Ophtal. Fr. 8, 602 (1938)

3) BOBATH, B.: Control of poslures and movements in the treatment of cerebral paisy. Physiotherapy 39, 5 (1953)

4) BOBATH, B.: A study of abnormai postural reflex activity in patienls with iesions of the central nervons system. Physiotherapy 40, 9 (1954)

5) BOBATH B.: The neuropathoiogy of cerebral palsy and its importance in trealment and diagnosis. Cerebrai paisy Buii. 1, 13 (1959)

6) BOBATH, B. and K. BOBATH: Spastic paralysis treatment by the use of reflex inhibition. Brit. J. phys. Med. 13, 121 (1950)

7) BOBATH, B. and K. BOBATH: A treatment of cerebrai palsy. Brit. J. phys. Med. 15, 5 (1952)

8) BREAKEY, A.: Ocular findings in cerebral paisy. Arch. Ophth. 53, 852 (1955)

9) BUSEMANN, A.: Psychologie der Intelligenzdefekte. Reinhardt, München und Basel 1959

10) CARDWELL, V. E.: Cerebral palsy. The North River Press, New York (1956)

11) DUNDSON, M. I.: The educabiiity of cerebral palsied children. London, Newnes aducationai publishing Co. 1952

12) FEER, E.: Über angeborene spastische Gliederstarre mit einem Beitrag von 19 neuen Fälien. Jb. Kinderheilk. 31, 215 (1890)

13) FREUD, S.: Die infantile Cerebrallähmung. A. Holiander, Wien 1897

14) GAUTHIER, C.: La thérapeutique de la parole dans ies cas de paralysie cérébraie. Fol. phoniatr. 10, 29 (1958)

15) HANSEN, E.: Cerebrai palsy in Danmark. Acta psychiat Kbh) Suppl. 146 (1960)

16) HOHMANN, L. B.: Inteiligence ievels in cerebrai paisied chiidren. Amer. J. phys. Med. 32, 282 (1953)

17) ILLINGWORTH, R. S.: Recent Advances in Cerebral paisy Churchili, London 1958

18) JENTSCHURA, G.: Beschäftigungstheraple. G. Thieme, Stuttgart 1959

19) KIRMANN, B. H.: Epilepsy and cerebrai palsy. Arch. Dis. Childh. 31, 1 (1956)

20) LINDEMANN, K.: Die infantilen Cerebralparesen. G. Thieme, Stuttgart, 1963

21) LITTLE, W. T.: On the natur and treatment of the deformities of the human body, being a course of iectures deiivered at the Royai Orthopaedic Hospitai in 1833. London 1853

22) PALMER, M. F.: Speech therapy in cerebral paisy. J. Pediatr. 40, 514 (1952)

23) PAUL, J.: Rehabiiitationsmaßnahmen bei entwicklungsgestörten Kindern. Verh. 2. Int. Kongr. psych. Entw.-Stör. Kindes-Alt., Wien 1961; Part I, pp. 198—204 (1963)

24) PAUL, J.: Behandlung der Athetose beim Kind — ein Modelifall. Zschr. Kinderheiik. 112, 251—255 (1964)

25) PAUL, J.: Ergebnisse einer Früherfassung von hirngelähmten Kindern. Med. Klin. 61, 708—713 (1966)

26) PAUL, J.: Infantile spastische Tetraplegie mit unterschiedlicher Ausprägung an den Extremiläten. Fortschr. Med., im Druck

27) PAUL J.: Schwere hirntraumatische Unfallfolgen beim Kind — ein Früh-Rehabiiitationsbeispiel. Die Rehabiiitation, im Druck H. 3, (1966)

28) PAUL, J. und J. FRANK: Studien zur Pathologie der Statik und Motorik bei hirngeiähmten Kindern. I. Teil. Grundiagen und Formen der Bewegungsbehinderung. Zschr. Kinderheiik. 94, 94—110 (1965)

29) PAUL J. und J. FRANK: Siudien zur Pathologie der Statik und Motorik bei hirngeiähmten Kindern. II. Teii: Korreiationen mit den „Begieitdefekten". Zschr. Kinderheiik. 94, 208—228 (1965)

30) PAUL, J. und J. FRANK: Studien zur Pathoiogie der Statik und Motorik bei hirngeiähmten Kindern. III. Teil: Auswirkungen auf „lebenspraktische" Entwicklungsgebiete. Zschr. Kinderheiik. 94, 334—352 (1965)

31) PHELPS, B. M., T. W. HOPKINS and E. COUSINS: The Cerebral-Paisied Child. Simon and Schuster, New York 1958

32) POHL, J.: Cerebral palsy, St. Paul Min. Bruce Publishing Co., 1950

33) RÖLKE, K. H.: Ein Beitrag zur iogopädischen Betreuung cerebrai gelähmter Kinder. Sprachheiiarbeit 4, 75 (1959)

34) ROSSI, E.: Diagnose und Therapie cerebraler Lähmungen I. S. Karger, Basel 1962

35) SCHILLING, A.: Sprachstörungen (einschließlich Hörstummheit und Seelentaubheit) bei Cerebralparetikern und ihre Behandiung unter besonderer Berücksichtigung des Hörtrainings. Jahrbuch d. Fürsorge für Körperbehinderte. Thieme, Stuttgart 1962

36) SKATWEDT, M.: Cerebral palsy. A clinicai study of 360 cases. Acta paediat. (Uppsaia) 46, 1 (1958)

37) THOM, H.: Aufgaben und Methoden der Beschäftigungstherapie, insbesondere bei der Behandlung der Cerebralparese. Arch. physik. Therap. 12, 27 (1960)

38) WOODS, G. E.: Cerebrai palsy in childhood. J. Wright and Sons, Bristoi 1957

39) ZÜLCH, K. J.: Zur Rehabilitation des Hemiplegikers, Medizinische 16, 569 (1955)

Anschr. d. Verf.: Priv.-Doz. Dr. med. J. Paul, Heilpädagogische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik, 852 Erlangen, Loschgestraße 15

XX. Internationaler Ophthalmologenkongreß

in München

vom 14.–19. August 1966

Haben Sie schon Hydromedin versucht?

Das hilft . . .

. . . bei Ödemen aller Schweregrade und verschiedenster Genese (kardialen, renalen, hepatogenen und anderen Ödemen).

Kein Quecksilberpräparat, kein Thiazid, kein Sulfonamid
Hydromedin (Etacrynsäure) ist ein oreles Diuretikum völlig neuer Wirkstoffklasse.

Wirksam fast am ganzen Nephron . . .
. . . nicht nur am praximalen und distalen Tubulus, sandern auch am aufsteigenden Schenkel der Henleschen Schleife.

Rascher Wirkungseintritt innerhalb von 30 Minuten . . .
. . . ohne den Kreislauf wesentlich zu belesten.

Optimale Wirkungsdauer von 6-8 Stunden
Verabreichung em Vormittag ermöglicht die erwünschte Tagesdiurese ohne Störung der Nachtruhe.

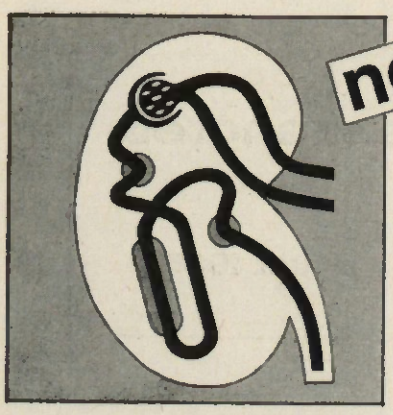
Hohe Natrium-, geringe Kaliumausscheidung
Durch diese „selektive" Elektrolyteusscheidung sind Elektrolytstörungen seltener zu erwarten als bei der Thiazidtherapie.

Zuverlässige Wirksamkeit und gute Verträglichkeit . . .
. . . empfehlen Hydromedin zur Einleitungs- wie euch zur Erhaltungstherapie.

Niedrige Dosierung — geringe Substanzbelastung
Vielfach genügt bereits eine Tagesdosis von 1 Teblette zum Frühstück. Nähere Dosierungsangaben (Einleitungstherapie, intermittierende Verabreichung) enthalten Standardbroschüre und Packungsprospekt.

Handelsformen: 10 Tabletten zu 50 mg DM 4,75 o. U.
30 Tabletten zu 50 mg DM 12,40 o. U.

Bisher wurden mehr als 80 Arbeiten über Hydromedin publiziert. Literatur und Muster stehen auf Wunsch jederzeit zur Verfügung.



neu **Hydromedin®**
(Etacrynsäure)

setzt neue Werte für die Diurese

MSD

SHARP & DOHME GMBH, 8 München 90, Postfach 900720
Tochtergesellschaft der Merck & Co., Inc., Rahway, N. J. (USA)

Zur Rehabilitation der Leberkranken

Von H. Meyeringh

Das Problem der Rehabllitation von Personen, deren Leistungsfähigkeit durch ein Leberleiden eingeschränkt ist, gewinnt mehr und mehr an Bedeutung. Die Lebererkrankungen haben in einem besorgniserregenden Umfang zugenommen. Das ist in erster Linie auf die wachsende Verbreitung der Hepatitis und ihrer Folgezustände zurückzuführen. Bei ihr handelt es sich um keine neue Erkrankung; Gelbsuchtepidemien sind schon im Altertum bekannt. Die ersten Berichte stammen aus dem 8. Jahrhundert, als Papst Zacharias dem hl. Bonifatius in einem Schreiben nach Deutschland rät, Kranke mit Gelbsucht zu isolieren, damit die Krankheit nicht weiterverbreitet wird. Eingehende Meldungen über Gelbsuchtepidemien in Deutschland finden sich seit dem 17. Jahrhundert. Seit dem Jahre 1890 sind Epidemien in Sachsen bekanntgeworden, allein in Dresden kam es im Jahre 1891 zu 1500 Erkrankungen. In den letzten 100 Jahren wurden mehrere Wellen beobachtet. Die erste kleinere Welle dauerte etwa von 1874 bis 1895, die zweite von 1915 bis 1927. Seit 1930 befinden wir uns in einer dritten großen Welle, deren Ende noch nicht abzusehen ist.

Erfahrungsgemäß heilt die Virushepatitis in 90% der Fälle folgenlos aus. Von den verbleibenden 10%, die nicht ausheilen, entfallen 3 bis 5% auf posthepatitische Folgezustände ohne Bindegewebsvermehrung in der Leber, d. h. auf Cholezystopathien, posthepatitische Fermentschwächen und auf die posthepatitische Hyperbilirubinämie, eine isollerte Störung des Bilirubinstoffwechsels. Die restlichen 5 bis 7% gehen in eine chronische Hepatitis über, wovon aber wiederum mindestens die Hälfte durch Behandlung vor dem Übergang in eine komplette Leberzirrhose bewahrt wird. Es ist also mit etwa 3% posthepatitischer Zirrhosen zu rechnen. Dazu kommt die große Anzahl der Zirrhosen, die auf Alkoholismus, Unterernährung und andere Stoffwechselstörungen sowie toxische Einwirkungen zurückzuführen sind und deren Zahl mit größeren Variationen der Kausalität ebenfalls ganz erheblich ist.

Mit welchen Größenordnungen dabei zu rechnen ist, ergibt sich aus den bisher vorliegenden statistischen Erhebungen. Bereits 1941 wurde die Zahl der in den ersten 3 Kriegsjahren an Hepatitis erkrankten Soldaten der deutschen Wehrmacht auf 5 bis 8 Millionen geschätzt. Zwar kam es danach zu einem gewissen Absinken, jedoch wurde in den letzten Jahren wieder eine ansteigende Tendenz nachgewiesen. Dies wird im einschlägigen Schrifttum auch anderer europäischer Länder wie Italien, Belgien und Holland bestätigt. In der Bundesrepublik wird die Zahl der 1958 an Virushepatitis Erkrankten auf 95 000, für 1957 auf 135 000, für 1960 auf etwa 135 000 und für 1962 auf rund 180 000 Fälle geschätzt. Nach den bisherigen statistischen Unterlagen ist eine Jahresmorbidität von rund 25 auf 10 000 Einwohner anzusetzen, die einen jährlichen Zugang von 7500 Fällen chronischer Hepatitis und etwa 3000 Fälle posthepatitischer Zirrhose bedingt. In der Bundesrepublik ist daher unter Berücksichtigung der chronischen Fälle mit etwa 900 000 bis 1 Million Leberkranken, dabei 200 000 bis 300 000 Zirrhotikern aller Grade, zu rechnen.

Zum Vergleich darf angegeben werden, daß für den gleichen Zeitraum die Zahl der Tuberkulosekranken in der Bundesrepublik (aktiv erkrankte, ausgeheilte, verdächtige und gefährdete eingeschlossen) ebenfalls etwa 1 Million Fälle beträgt. Zu ihrer Betreuung stehen in der Bundesrepublik 1400 Fachärzte für Lungenkranke und über 300 Heilstätten und Spezialkrankenhäuser mit rund 60 000 Betten zur Verfügung.

Während aber in früheren Jahren die Leberkranken in einem relativ kurzen Zeitraum zugrunde gingen, gelingt es durch die heutige Therapie, den Krankheitsprozeß zum Abklingen zu bringen und Abheilungen mit Defekten zu erzielen. Ferner ermöglicht es die moderne Diagnostik, einen derartigen Ausgang festzustellen und ein Urteil darüber abzugeben, ob der Prozeß stationär oder inaktiv geworden ist.

Damit ergibt sich eine ähnliche Situation, wie sie auch nach den Fortschritten bei der Bekämpfung der Tuberkulose erreicht wurde. Es müssen daher jetzt Maßnahmen getroffen werden, um zu verhindern, daß, wie bei der Tuberkulose anfänglich, die rehabilitativen Maßnahmen hinter der Entwicklung zurückbleiben.

Deshalb werden schon seit Jahren Untersuchungen während der klinischen Behandlung in einem Spezialiebersanatorium durchgeführt, um festzustellen, wie weit Leberkranke mit stationären bzw. mit Defekt abgeheilten Krankheitsprozessen bei körperlicher und geistiger Arbeit belastungsfähig sind. Die dabei erzielten Ergebnisse sind aussichtsreich und ermutigen dazu, auf diesem bereits beschrittenen Wege weiter fortzuschreiten.

Deshalb wurde in der Bundesrepublik die Errichtung eines Rehabilitationszentrums für Leberkranke für erforderlich gehalten.

Zu den dort zu übernehmenden Aufgaben gehören:

1. Ausbau und Anwendung der klinischen Diagnostik zur Beurteilung der Aktivität oder Inaktivität der Leberprozesse sowie der körperlichen Belastbarkeit.
2. Durchführung stationärer Behandlungen im engen zeitlichen Anschluß an die klinische Behandlung mit Beginn beschäftigungs- und arbeitstherapeutischer Maßnahmen. Systematische Durchführung und Entwicklung von Behandlungs- und Belastungsmethoden zur Feststellung der körperlichen Belastbarkeit über beschäftigungs- und arbeitstherapeutische Maßnahmen hinaus unter Anwendung der Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation (Werksräume, Unterricht, Praktika). Entwicklung einer geeigneten Diätetik.
3. Prüfung und Sammlung von Erfahrungen über die Eignung einzelner Berufe im Hinblick auf den späteren Einsatz von Zirrhotikern.
4. Ambulante regelmäßige Nachuntersuchungen zur Beobachtung des Einzelfalles und seiner Entwicklung bei beruflicher Belastung.
5. Nachgehende Fürsorge in enger Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der Arbeitsverwaltung.
6. Ausbildung von ärztlichem und nichtärztlichem Hilfspersonal in den Maßnahmen zur Rehabilitation,

Fortbildung von Ärzten, einschließlich der Werksärzte und allen mit der nachgehenden Fürsorge betrauten Personen, in allen Fragen der Rehabilitation der Leberkranken.

Zur Durchführung dieser Aufgaben haben dem Rehabilitationszentrum die zu einer umfassenden hepatologischen Diagnostik einschließlich der leberbioptischen Untersuchungsmethoden erforderlichen Einrichtungen zur Verfügung zu stehen. Ferner sind die für die Kontinuität der etwaigen medikamentösen Therapie, für eine individuell abgestimmte Diätführung und für eine Trainingsbehandlung unter Einschaltung physikalischer balneologischer Maßnahmen erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen, zu denen auch Gymnastikhalle, Bewegungsbad und Sporteinrichtungen gehören. Im übrigen müssen zur Feststellung der körperlichen Belastbarkeit auch entsprechende Werksräume mit dem zugehörigen fachlich geschulten Personal vorhanden sein, um auch aus der Sicht der beruflichen Rehabilitation alle Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Für derartige Rehabilitationsmaßnahmen kommen in erster Linie die chronischen Hepatitiden und inaktiven Leberzirrhosen in Frage. Ferner spielen die Folgezustände nach primären biliären Zirrhoseformen, der chronischen Cholangitis und Cholangiolitis, den chronischen Gallenwegserkrankungen, den dyskentischen Störungen der Gallenwege und den metabolisch bedingten Leberparenchymverfettungen im Zusammenhang mit Ernährungsschäden, vordiabetischen Zuständen und toxischen Schädigungen eine große Rolle.

Hinsichtlich der für diesen Personenkreis geeigneten Berufe ist zu sagen, daß je nach dem Schweregrad des Leidens zumutbare Berufe ausgesucht werden müssen, wobei dem Rehabilitationszentrum die Ausarbeitung der Grundsätze und die Auswahl hinsichtlich der besonderen Eignung zukommt. Bei der Vielschichtigkeit der Problematik dürfte die übliche Charakterisierung (leichte bis schwere Arbeit im Sitzen oder Stehen) nicht mehr ausreichend sein. Gerade hier wird die moderne Entwicklung mit stärkerer Herausstellung der Automatik und Kybernetik neue Perspektiven eröffnen und den Behinderten neue Berufe erschließen. Durch die Erfüllung der dem Rehabilitationszentrum zugedachten Aufgaben wird es möglich sein, trotz der durch das Leberleiden beschränkten Einengung der körperlichen Leistungsfähigkeit aus dem früheren Kranken ein in jeder Hinsicht wieder aktiv in die Gesellschaft einzuordnendes Mitglied zu machen. Es wird in dieser Einordnung seine Erfüllung finden. Durch die Fortschritte der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und ärztlichen Erfahrungen ist es jetzt möglich, einem Personenkreis, der früher wegen der Unabwendbarkeit des Schicksals rehabilitativen Maßnahmen nicht zugänglich war, alle Hilfen und Unterstützungen einer modernen Gesellschaft zuteil werden zu lassen.

Es kann nunmehr gelingen, das menschliche und soziale Schicksal zu wenden und der Gesellschaft wieder zufriedene Mitglieder zuzuführen. Dieser Aufgabe kann und darf sie sich nicht entziehen; sie bedeutet nicht nur eine Verpflichtung, sondern auch für sie selbst eine Bereicherung in jeder Hinsicht.

Zusammenfassung:

Die zunehmende Anzahl der Leberkranken und die durch die moderne Diagnostik und Therapie gegebenen Möglichkeiten der medizinischen und beruflichen Rehabilitation erfordern dringend die Errichtung von Modell-Rehabilitationszentren. Dadurch sollen Methoden zur Feststellung der Belastbarkeit und die für Leberkranke am besten geeigneten Berufe herausgearbeitet und somit eine sinnvolle Wiedereingliederung der Personen, deren Leistungsfähigkeit durch ein Leberleiden eingeschränkt ist, in das berufliche und gesellschaftliche Leben angestrebt und gesichert werden.

Literaturverzeichnis:

BROICHER: Dtsch. Ztschr. f. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten 1960, Bd. 20, Heft I
BÖTTNER/REINICKE: Med. Klinik 58, 2143—2146 (1963)
WILDHIRT: Fortschr. Med. 81, 803—807 (1963)
GROS: Dtsch. med. Wschr. 85, 926—931 (1960)
BÖRNER: Dtsch. med. Wschr. 86, 43—47 (1961)
ANDERS: Bundesgesundh.-Blatt 3, 389—392 (1960)
KALK und WILDHIRT: Internist 1, 141—147 (1960)
THALER: Dtsch. med. Wschr. 87, 1049—1055 (1962)
BECK und CREUTZFELDT: Med. Klinik 57, 860 p 864 (1962)
EGER, FICHTNER und NASSR-ESFAHANI: Med. Welt 1962, 2659—2665
WILDHIRT: Der Med. Sachverständige 1959, H. 2, 35—40
BOLLER und PARTILLA: Med. Klinik 59, 259—262 (1964)
KLIMA und RIEDER: Wien. med. Wschr. 110, 474—479 (1960)
SCHNEIDERBAUER: Wien. med. Wschr. 1964, 738—747
KALK: Helv. med. Akta. 28, 382—428 (1961)
KOMERELL: Fortschr. d. Med. 5 (1963), 203
RÖMER: Dtschr. med. Wschr. 86, 1941—1947 (1961)
KALK: Hefte Unfallheilk., H. 75, 68—75 (1963)
KALK: Berl. Ärzteblatt, H. 22, 683 (1962)
RIVA und WEINER: Bull. schweiz. Akad. med. Wiss. 16, 65—77 (1960)
CREUTZFELDT: Dtsch. med. Wschr. 87 (1962), 1801—1804
BECK und CREUTZFELDT: Acta Hepato-Splenologica 1963, 91—109
BLAISDELL und COHN: Calif. Med. 94, 353—356 (1961)
WILDHIRT: Schriftenreihe der Med.-Pharm. Studiengesellsch., H. 2/3 (Rehabilitation) 1965, S. 19 ff.

Anschr. d. Verf.: Ministerialrat Dr. med. H. Meyeringh, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 53 Bonn-Duisdorf, Euskirchener Straße

19. BAYERISCHER ÄRZTETAG

am 7./8./9. Oktober 1966

in Bad Wiessee

Über die Kostensteigerung bei Arzneimitteln

Von C. Stollnreuther

Die starke Preiserhöhung bei Medikamenten in den letzten Monaten stellt ein vielschichtiges Problem dar, und es dürfte für die Ärzte nicht unwichtig sein, die Ursachen und Zusammenhänge dieser Entwicklung zu kennen.

Während im allgemeinen als Grund für diese Steigerungen von der Industrie Erhöhungen der Löhne, Arbeitszeitverkürzung und steigende Preise bei dem Verpackungsmaterial angegeben werden, so ist der Grund in einigen Fällen hoher Preissteigerung durch die Situation auf dem Rohstoffmarkt bedingt.

Nimmt man z. B. die Rote Liste 1965 zur Hand, um sich zu orientieren, was 20 Chinin-Tabletten 0,25 kosten, so findet man einen Preis von 2,45 DM. Bekommt man dann das von der Apotheke einwandfrei taxierte Rezept zu Gesicht, so ist man höchst erstaunt, daß diese Verordnung 7,20 DM kostet. Die Preisgestaltung entwickelte sich folgendermaßen:

1. 5. 1965	2,55 DM
1. 7. 1965	3,90 DM
15. 11. 1965	4,05 DM
1. 2. 1966	7,20 DM

Der Grund für den nahezu verdreifachten Preis ist folgender:

Nahezu einziges Liefergebiet des Ausgangsproduktes Chinarinde ist Indonesien. Seit der Beendigung der holländischen Kolonialherrschaft und infolge innerpolitischer Spannungen sind sinkende Erträge an Chinarinde festzustellen. Ferner gelangen durch die einseitige östliche Orientierung dieses Inselstaates die größeren Bestände ins östliche, kommunistisch orientierte Lager, so daß von den geringeren Ausbeuten nur noch wenig für die westliche Welt verbleibt. Außerdem hat der Einsatz von mehr als 250 000 Soldaten in den fieberverseuchten Sumpfwäldern Südvietnams den Bedarf an Chinin ungewöhnlich erhöht, und bekanntlich bestimmen ja Angebot und Nachfrage den Preis einer Ware. Schließlich mußte man mit Resignation feststellen, daß die mit so großer Hoffnung begonnene weltweite Antimalaria-Kampagne mit dem Sprühmittel DTT zur Vernichtung des Überträgers der Malaria, der Anophelesmücke, zu keinem Erfolg geführt hat, da dieses Insekt sich an das Sprühmittel gewöhnt hat und gegen diese insektizide Maßnahme resistent geworden ist. Zur Erlangung des Rohstoffes Chinarinde sind deshalb bereits seit geraumer Zeit unter Mitwirkung der deutschen pharmazeutischen Industrie Anbauversuche in hoch gelegenen Teilen Afrikas im Gange; doch hier bedarf es selbstredend einer längeren Anlaufzeit bis wesentliche Erträge zu erwarten sind.

Eine weitere Droge, bei der eine wesentliche Preissteigerung eingetreten ist, ist die Ipecacuanha-Wurzel. Die besonders geschätzte Rio-Qualität ist in den letzten Jahren von 60 DM auf 172 DM per kg im Preis gestiegen. Dies wirkt sich zwangsläufig auf die mit Radix Ipecacuanha hergestellten galenischen Rezepturen und Arzneispezialitäten verteuernd aus.

Eine beachtliche Steigerung ist auch auf die Erhöhung der Branntweinsteuer zurückzuführen. Wie aus zwei Bekanntmachungen der Bundesmonopolverwaltung für Branntwein vom 17. 3. 1966 hervorgeht, wird nämlich mit Wirkung vom 1. 4. 1966 Branntwein nicht mehr zum medizinisch-pharmazeutischen Sonderpreis an Heilmittel- und Arzneimittelfabriken geliefert, d. h. also, daß die Erhöhung der Branntweinsteuer um mehr als 40% im Haushaltssicherungsgesetz auch auf die Herstellung von Medikamenten ausgedehnt wurde. Bei der vielfältigen Verwendung von Branntwein in der pharmazeutischen Industrie nicht nur als Lösungs- und Extraktionsmittel, sondern auch zum Umkristallisieren und Granulieren usw., wird sich diese erhöhte Steuer, wie der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie bereits verlautbart hat, unweigerlich in erhöhten Abgabepreisen für Arzneimittel niederschlagen.

Während man bei diesen Beispielen Gründe für eine Preiserhöhung durchaus verstehen kann, mutet eine Preiserhöhung auf dem Verbandstoffsektor hingegen etwas eigenartig an, nachdem bekannt wurde, daß in den letzten Monaten der seit Jahren konstante Mullpreis von 32,50 DM für 1000 m laufende Ware durch DUMPING auf 28,50 DM gesenkt wurde, trotzdem aber mit Wirkung vom 1. 1. 1966 Apothekenein- und -verkaufspreise der Verbandstoffe erhöht wurden.

Hinsichtlich der Rezepturarzneien wäre folgendes zu bemerken:

Auf Grund der 4. Verordnung zur Änderung der Deutschen Arzneitaxe 1936, die am 15. 11. 1965 in Kraft trat, wurden die Arbeitspreise nach Ziff. 23 und Ziff. 10 Abs. 5 verdoppelt. Bei manchen Ärzten ist nun offenbar der Eindruck entstanden, daß nach Rezept angefertigte Arzneien deshalb das Doppelte gegenüber dem bisherigen Prels kosten. Davon ist jedoch keine Rede. Verdoppelt hat sich lediglich der Arbeitspreis für die Anfertigung der Arznei, nicht aber die übrigen drei Positionen (Einzelkosten für die verwendeten Arzneistoffe, Gefäßpreis, falls er anfällt, und Umsatzsteuer).

Als kurze Beispiele seien hier angeführt:

Rp.	**Alter Preis**	**Neuer Preis**
Sacchar. amylac. 4,0 Adip. Lanae 10,0 Ol. amygdal. dulc. ad. 20,0 Nasensalbe bei trockener atrophischer Rhinitis	1,60	2,20
Rp. Extr. Belladonn. 0,02 Barbonin 0,03 Mass. supp. 2,0 M. f. supp. D. tal. dos. Nr. VI	2,05	2,80 ad. oll.

Durch die oben angeführte 4. Verordnung zur Änderung der Deutschen Arzneitaxe wurde auch die Ziff. 2 derselben dahin geändert, daß durch Anhebung der einzelnen Preisgruppen der Zuschlag und damit die Gewinnspanne der Apotheker erhöht wird. Während also bisher Einkaufspreisen bis zu 1 DM 70% Zuschlag hinzuzurechnen war, von 1,10 DM bis 2,50 DM aber nur

ein solcher von 64%, ist der 70%ige Aufschlag auf den Einkaufspreis nunmehr bis zu 2,50 DM ausgedehnt worden. Nachdem aber gerade in dieser Spanne das Gros der Medikamente liegt, ist die Auswirkung hier besonders stark.

Bei dem sehr geringen Ausmaß der Rezeptur dürfte aber die Verteuerung durch die Verdoppelung der Arbeitspreise nicht besonders ins Gewicht fallen.

Selbstredend wird sich diese Preisentwicklung auch auf das Arzneimittelbudget der Krankenkassen und auf die Arzneikostendurchschnitte der Kassenärzte auswirken, aber die Ärzteschaft ist sicherlich an dieser Fluktuation im Preisgefüge der Arzneimittel schuldlos.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. C. Stollnreuther, *8 München 2, Brienner Straße 23*

Empfehlungen zur Tetanus-Prophylaxe*)

1. Tetanus ist eine nur durch aktive Schutzimpfung vermeidbare Krankheit. Sie hat auch heute noch eine hohe Sterblichkeit. Es gibt keine stille Feiung.

2. Die aktive Schutzimpfung gegen Tetanus zählt zu den verträglichsten und zuverlässigsten Impfungen. Sie weist bei Verwendung einwandfreier Impfstoffe keine Komplikationen und Gegenanzeigen von praktischer Bedeutung auf. Sie sollte möglichst früh vorgenommen werden.

   Die aktive Schutzimpfung besteht aus drei im Mindestabstand von je vier Wochen vorgenommenen subkutanen oder intramuskulären Injektionen eines Tetanus-Adsorbat-Impfstoffes. Es können auch Mischimpfstoffe verwendet werden. Eine einzige Injektion der heute verfügbaren Impfstoffe verleiht keine Immunität. Lediglich die ordnungsgemäß durchgeführte aktive Schutzimpfung erzeugt eine jahrelang ausreichende Grundimmunität, die sich im Verletzungsfalle durch eine einzige Injektion von Tetanus-Impfstoff zu einem rechtzeitigen Schutz auffrischen läßt.

3. Im Verletzungsfalle sind einwandfreie chirurgische Wundversorgung und geeignete Chemoprophylaxe stets die wichtigsten Maßnahmen.

   Dem Aktiv-Immunisierten muß außerdem eine Injektion Tetanus-Impfstoff als Auffrischungsdosis gegeben werden. Tetanus-Antitoxin (Tetanus-Serum) ist bei Aktiv-Immunisierten kontraindiziert.

4. Auch ohne den konkreten Anlaß einer Verletzung sollten Wiederauffrischungsimpfungen erfolgen. Es wird empfohlen, sie im allgemeinen 5—10 Jahre nach erfolgter Grundimmunisierung durch einmalige Injektion einer Dosis Tetanus-Impfstoff vorzunehmen und in ungefähr gleichen Zeitabständen zu wiederholen. Nach den bisherigen Erfahrungen läßt sich aber die einwandfrei durchgeführte aktive Immunisierung selbst nach 25 Jahren in dieser Weise auffrischen. Derartige Wiederauffrischungsimpfungen im Zeitpunkt der Wahl dienen der Vermeidung des Tetanus nach ärztlich nicht versorgten Bagatellverletzungen.

5. Maßnahmen bei Verletzten, die nicht aktiv immunisiert sind:

   Als nicht aktiv immunisierte Personen sind alle anzusehen, die bisher entweder keine oder nur eine einzige Injektion Tetanus-Adsorbat-Impfstoff erhalten haben. Es gibt keine Methode, die dem nicht ordnungsgemäß aktiv Immunisierten im Verletzungsfalle einen rechtzeitigen, verläßlichen, spezifischen Schutz zu vermitteln vermag. Bei diesem Personenkreis sind deshalb im Verletzungsfalle Wundversorgung und Chemoprophylaxe vordringlich. Für diesen Personenkreis kommen als den Wundstarrkrampf vorbeugende Maßnahmen weiter in Frage:

   a) aktive Schnellimpfung
   b) Simultanimpfung

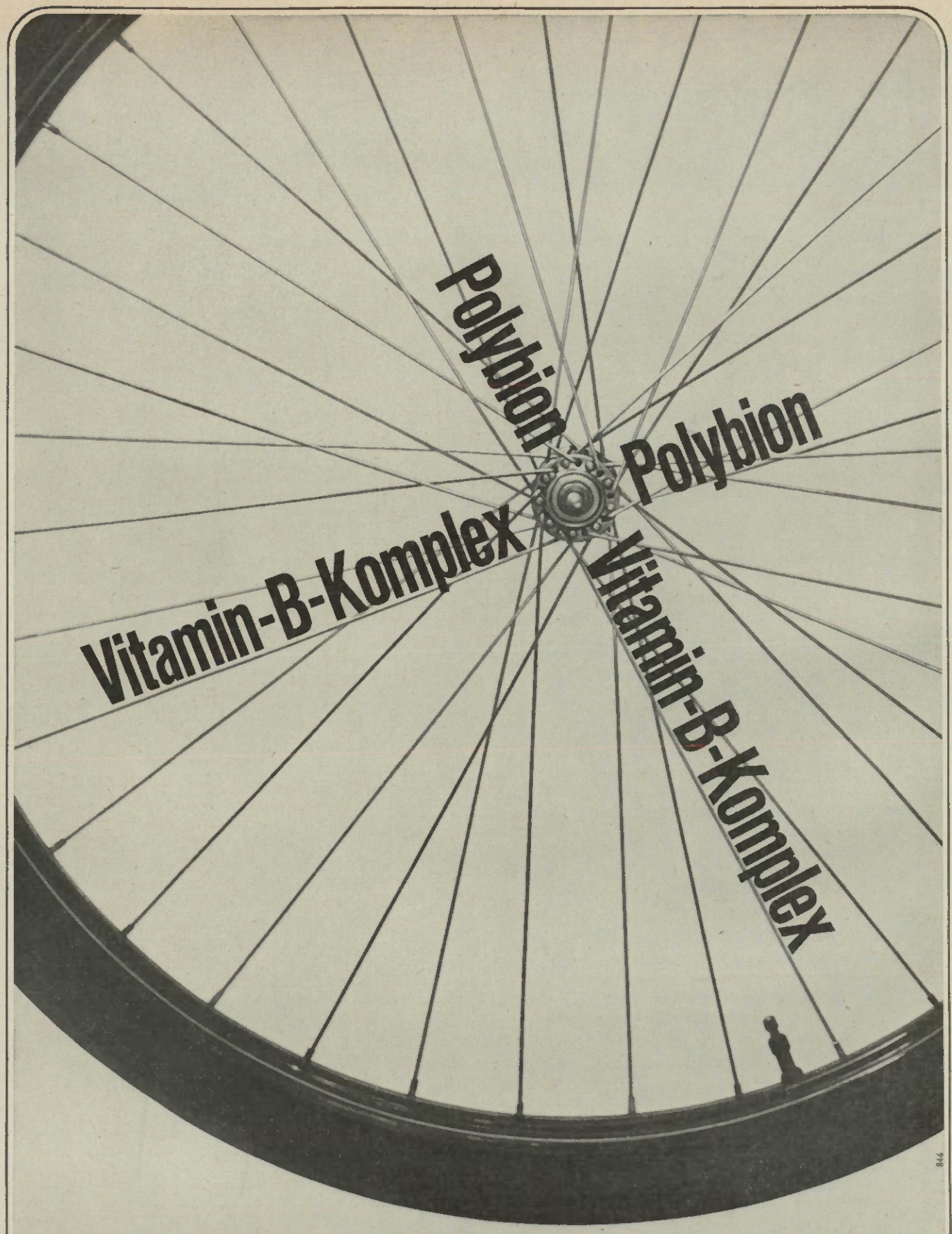
   Beide Maßnahmen können in ihrer Wirkung nicht die gleiche Zuverlässigkeit beanspruchen wie die rechtzeitig und einwandfrei durchgeführte aktive Immunisierung. Immerhin leiten sie aber die als erforderlich erachtete aktive Immunisierung ein.

   a) Die aktive Schnellimmunisierung besteht in der 4- bis 5maligen Verabreichung von je 0,5 ml Tetanus-Adsorbat-Impfstoff in Abständen von jeweils 48 Stunden. Ihr Zweck ist die beschleunigte Antitoxinbildung im Organismus des Verletzten. Tetanuserkrankungen mit von vornherein kurzer Inkubationszeit lassen sich durch diese Methode nicht verhüten, wohl aber Fälle mit mittlerer oder längerer Inkubation. Die aktive Schnellimpfung erzielt etwa 2 Wochen früher für ausreichend geltende Antitoxintiter als die konventionelle aktive Impfung. Angesichts der Nachteile der Fremdserumgabe läßt sich die aktive Schnellimpfung als zumindest harmloses Verfahren der Simultanimpfung gegenüberstellen. Von besonderer Wichtigkeit ist die aktive Schnellimpfung bei Verletzten, die früher nicht vollständig aktiv geimpft wurden, sondern nur eine einzige Injektion von Tetanus-Adsorbat-Impfstoff erhalten haben. Bei solchen Patienten gewährt die aktive Schnellimpfung einen nahezu vollständigen Schutz.

      Eine Serumgabe (Antitoxingabe) ist im Rahmen der aktiven Schnellimmunisierung kontraindiziert.

   b) Die Simultanimpfung besteht in der gleichzeitigen, aber örtlich getrennten Einspritzung von 0,5 ml Tetanus-Adsorbat-Impfstoff und 3000 IE Tetanus-Antitoxin. Die zweite Dosis von 0,5 ml Tetanus-Adsorbat-Impfstoff muß nach vier Wochen (frühestens drei Wochen), die dritte nach frühstens weiteren vier Wochen gegeben werden. Die Simultanimpfung beabsichtigt, durch die Verabreichung von antitoxischem Tetanus-Serum dem Organismus sofort eine bestimmte Menge Antitoxin zuzuführen.

*) Die vorstehenden „Empfehlungen zur Tetanus-Prophylaxe" wurden in der Generalversammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München am 15. April 1966 genehmigt. Mit diesem Zeitpunkt verlieren alle früher veröffentlichten „Richtlinien" zur Tetanus-Prophylaxe ihre Gültigkeit.



E. Merck
DARMSTADT

Dragees
„forte"-Dragees
Tropfen
Ampullen

Appetitlosigkeit, Erschöpfungszustände
Nebenwirkungen der Antibiotikatherapie
Röntgenkater

6. Zu Tetanus-Antitoxin vom Tier ist folgendes im Hinblick auf seine im Rahmen der Simultanimpfung vorgesehene Anwendung festzustellen: Der Wert des Fremdserums (Antitoxin vom Tier) ist unbewiesen. Sofern es überhaupt einen Schutz verleiht, verschwindet er in wenigen Tagen. Die Verabfolgung derartiger Tetanus-Sera ist mit der Gefahr allergischer bzw. anaphylaktischer Erkrankungen (Schock, Serumkrankheit, Neuritis usw.) verbunden. Die Entscheidung, ob solche Fremdseren gegeben werden sollen, muß dem behandelnden Arzt überlassen bleiben. Im Hinblick auf die den Fremdseren anhaftenden Gefahren und ihre umstrittene Wirkung kann der Arzt zur Anwendung solcher Seren nicht verpflichtet werden. Entgegengesetzte ältere Auffassungen sind überholt. Es liegt besonders nahe, auf die Gabe von Fremdserum zu verzichten, wenn ein Verletzter früher schon Serum der gleichen Provenienz erhalten hat. Bei erkennbarem Allergie- oder Anaphylaxie-Risiko muß auf die Verabreichung von Fremdserum verzichtet werden. In beschränktem Umfange steht als Ausweichmöglichkeit in jenen Fällen, in denen der Arzt auf die Anwendung von Antitoxin nicht verzichten zu können glaubt, Tetanus-Antitoxin (Immunglobulin) vom Menschen zur Verfügung. Im Gegensatz zum Fremdserum ist es ausgezeichnet verträglich und verspricht eine sehr viel bessere Wirkung. Wer Fremdserum anwendet, muß sorgfältig die den Packungen beigegebenen Anweisungen beachten.
   Wer im Verletzungsfalle von nicht aktiv Immunisierten kein Antitoxin verabreicht, sollte die aktive Schnellimmunisierung durchführen oder wenigstens einleiten.
7. Bei jedem zur Behandlung kommenden Verletzten hat der Arzt sorgfältig zu prüfen, ob vorbeugende Maßnahmen gegen Tetanus notwendig sind. Was beim nicht aktiv Immunisierten zu geschehen hat, ist im Sinne dieser Empfehlungen seinem Ermessen anheimgestellt. Die Gründe seines Vorgehens sollte er in jedem Falle schriftlich festhalten.
8. Eine baldige gesetzliche Regelung der aktiven Schutzimpfung ist erforderlich.

München, 15. April 1966

Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
Prof. Dr. med. H. J. v. Brandis
Priv.-Doz. Dr. med. L. Eckmann
Prof. Dr. med. R. Haas
Federführend:
Prof. Dr. med. H. Bürkle de la Camp

Nutzen Sie die Vorteile

unseres Gruppenversicherungsvertrages

mit der Vereinigten Krankenversicherung

THERAPEUTIKA

Neuerscheinungen — Weiterentwicklungen

Calcistin®-Gel

Zusammensetzung: 2% Histapyrrodin-HCL (= N-[Pyrrolidylaethyl]-N-[phenyl]benzylamin-HCL) und 3% Calciumglukonat.

Indikationen: Insektenstiche, Urticaria, Arzneimittelexantheme, kleinflächige Verbrennungen 1. und 2. Grades, Strahlenschäden (Sonnen- und Gletscherbrand).

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Dosierung und Anwendung: Calcistin-Gel wird mehrmals täglich dünn aufgetragen und evtl. leicht eingerieben. Es trocknet schnell auf der Haut. Ein Verband ist nicht erforderlich, da Calcistin-Gel einen dünnen Film bildet. Ist ein Verband angebracht, sollte Calcistin-Salbe verwendet werden.

Handelsformen: Tube mit 20 g DM 2,55 m. U., Tube mit 50 g DM 4,95 m. U., AP mit 250 g und 1 kg.

Hersteller: C. F. Boehringer & Soehne GmbH, Mannheim.

Paraxin® 500 S

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält in einer Spezialsuspension 500 mg Chloramphenicol „Boehringer", 40 mg Nicotinsäureamid, 6 mg Aneurinmononitrat, 6 mg Vitamin B_2, 2 mg Vitamin B_6, 2 Gamma Vitamin B_{12}.

Indikationen: Hochwirksames Breitbandantibiotikum zur Behandlung von mikrobiell bedingten Erkrankungen, besonders der Atem- und Harnwege.

Kontraindikation: Haemolytischer Ikterus und Blutkrankheiten, vor allem Panmyelopathie.

Dosierung und Anwendung: Die durchschnittliche Dosierung von Paraxin 500 S beträgt für Erwachsene 3× täglich 1 Kapsel. Vor allem zur Behandlung von Infektionen der Atemwege und Harnwege hat sich die Paraxin-Stoßtherapie bewährt: 3× täglich 1 Kapsel Paraxin 500 S — 6 Tage lang. Diese Dosierung gilt auch für Jugendliche (entspr. ca. 30 mg Paraxin/kg Körpergewicht).

Bei der guten Verträglichkeit des Präparates kann die Tagesdosis in besonders schweren Fällen bis auf das Doppelte (3 g) erhöht werden. Dies gilt insbesondere für die Behandlung bakterieller Infektionen des Zentralnervensystems (z. B. Prophylaxe und Therapie der posttraumatischen Meningitis).

Handelsformen: OP mit 9 Kapseln DM 23,30 m. U., OP mit 18 Kapseln DM 40,— m. U., AP mit 90, 450, 1800 und 4500 Kapseln.

Hersteller: C. F. Boehringer & Soehne GmbH, Mannheim.

Dapotum® 5

Zusammensetzung: 5 mg 4-(3-[2-(Trifluormethyl)-10-phenothiazinyl]-propyl)-1-piperazinaethanol-dihydrochlorid pro Tablette.

Indikationen: Behandlung schizophrener, manischer und hirnorganischer Psychosen.

Dosierung: Initialdosis zweimal täglich 2,5—10 mg.

Handelsformen: 100 Tabl. DM 29,60 o. U.

Hersteller: Chemische Fabrik von Heyden AG, München.

Boplant®

Zusammensetzung: Heteroplastischer Knochenspan zur Transplantation.

Indikationen: Knochen- oder Knorpeltransplantationen in der Orthopädie, rekonstruktiven Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Handelsformen: Sterile Vakuumröhrchen mit Kortikalspänen, Rippenspänen, Sponglosaplatten, embryonale Orbitachips, embryonale Orbita und Mandibeln.

Hersteller: Chemische Fabrik von Heyden AG, München.

Neo-Sulfoderm®

Zusammensetzung: je 1 g Puder enthält: 10 mg physikalisch stabilisierten kolloidalen Schwefel, 10 mg Wacholderteerfraktion, 5 mg Hexachlorophen.

Indikationen: Pruritus, Prurigo, Urticaria, seborrhoische Dermatosen, Akne, infizierte Hautaffektionen.

Dosierung: Mehrmals täglich und abends auf die gut gereinigte Haut auftragen.

Handelsformen: Dose mit ca. 40 ml Puder DM 2,55 o. U.

Hersteller: Chemische Fabrik von Heyden AG, München.

AUS DEM STANDESLEBEN

Verleihung des „Hufeland-Preises"

Als sich vor nunmehr sieben Jahren die Bundesärztekammer, der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte, das Deutsche Gesundheitsmuseum — Zentralinstitut für Gesundheitserziehung, der Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung und die CONCORDIA-Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung — zur Stiftung „Hufeland-Preis" zusammenschlossen, um alljährlich die beste Arbeit über vorbeugende Gesundheitspflege zu prämiieren, war noch kaum abzusehen, welch hervorragender Platz der präventiven Medizin inzwischen bereits in Wissenschaft und Forschung, aber auch in der freien Arztpraxis, zukommen würde. An diese unerwartete Entwicklung und die sich daraus ergebenden Forderungen knüpfte der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. med. Ernst FROMM (Hamburg), auf einem Festakt an, der am 20. 4. 1966 im Kölner „Gürzenich" anläßlich der sechsten Verleihung des „Hufeland-Preises" in Gegenwart zahlreicher Ehrengäste stattfand.

Der Gesetzgeber stelle gerade in diesem Jahr eine Vielzahl von Aufgaben der Vorsorge und noch weitere stünden bevor, betonte Professor Dr. Fromm unter anderem und verband damit die Prophezeiung: „Diese Epoche geht einmal in die Geschichte der Medizin ein." Er verhehlte allerdings auch keineswegs, „daß wir noch weitere klare Aussagen benötigen", die Zehntausende von Ärzten an die Öffentlichkeit heranzutragen hätten, um sie bei ihrer täglichen Arbeit anwenden zu können. Mit berechtigter Hoffnung müsse die Weiterentwicklung noch abgewartet werden, wobei vor allem eine „Breitenwirkung" erforderlich sei, wenn die Maßnahmen zu den Erfolgen führen sollten, die man sich von ihnen verspreche.

Im Mittelpunkt der Feier stand diesmal das Pro und Kontra des Arzneimittels.

Mit der ausgezeichneten gemeinsamen Arbeit „Pharmakogenetik und Präventiv-Medizin" zeigten Professor Dr. med. Georg-Wilhelm LÖHR (Marburg) und Dozent Dr. med. Hans Dierck WALLER (Tübingen) neue richtungweisende Erkenntnisse über die Verträglichkeit von chemotherapeutischen Heilmitteln auf. Der Kuratoriums-Vorsitzende, Landesmedizinalrat Dr. med. Harald PETRI (Süchteln), der zusammen mit Generaldirektor Otto GARDE (Köln) die Auszeichnung in Höhe von 10 000 DM überreichte, würdigte es in seiner Laudatio als ein großes Verdienst der Preisträger, eine Reihe erblicher Enzymdefekte aufgedeckt zu haben. Um die segensreiche Wirkung der modernen Chemotherapie nicht durch vermeidbare Nebenwirkungen in Mißkredit kommen zu lassen und andererseits der wachsenden Gefährdung der medikamentenbedürftigen Bevölkerung vorzubeugen, fordern die Autoren:

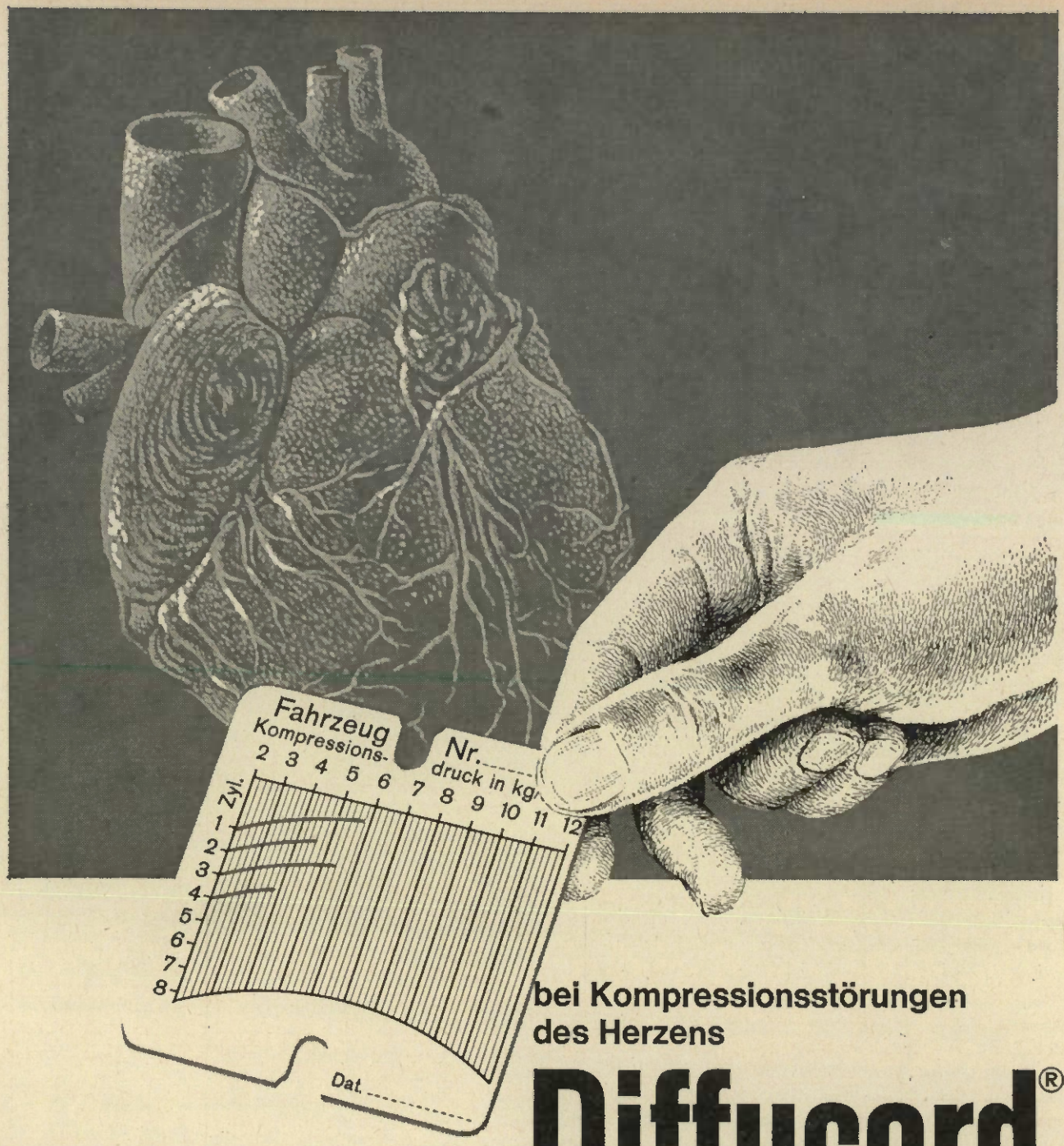
Neben einer stärkeren Berücksichtigung der pharmakogenetischen Erkenntnisse solle der vorbeugenden Gesundheitspflege bei der Arzneimittelprüfung eine Reihe wichtiger Aufgaben zufallen.

Dabei geht es nach ihrer Ansicht
um Unterrichtung aller Ärzte,
um Meldung der Nebenwirkungen an eine zentrale Stelle (zum Beispiel an die Arzneimittelkommission in Göttingen),
um die Veröffentlichung gesicherter Beobachtungen in „Deutsches Ärzteblatt".

„Das Arzneimittel in der Gesellschaft und in der Population" lautete das Thema der Festrede, in der der Direktor des Max-Planck-Instituts für experimentelle Medizin, Professor Dr. phil. Dr. med. Werner KOLL (Göttingen), den Anstieg der durchschnittlichen Lebensdauer von etwa 35 Jahren um 1800 auf ungefähr 73 Jahre bis 1960 im wesentlichen als einen Erfolg der naturwissenschaftlich orientierten Medizin wertete. „Mit Ausnahme einiger Impfstoffe — darunter vor allen Dingen die JENNERsche Pocken-Vakzine — enthielt der Arzneischatz noch in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts kaum Mittel, welche gegen die Krankheiten in den gemäßigten Zonen prophylaktisch verwendet werden konnten", stellte er fest. Daß die Menschen allmählich länger am Leben blieben, kann seiner Auffassung nach zunächst nur das Ergebnis präventiv-medizinischer Maßnahmen allgemein-hygienischer Art — vor allem der Seuchenverhütung und der allmählich einsetzenden Verminderung der Frühsterblichkeit — gewesen sein. An der steileren Aufwärtsentwicklung der Lebenserwartung seit der Jahrhundertwende sind allerdings die seither entwickelten Arzneimittel im zunehmenden Maße beteiligt, denn sie erschlossen einmal die Möglichkeiten zur Prophylaxe und ließen zum anderen auch die kurative Medizin an der allgemeinen Lebensverlängerung teilhaben.

Der Redner verhehlte nicht, daß die stärkere therapeutische Wirksamkeit der neueren Arzneimittel, mit denen sich selbst Krankheiten heilend beeinflussen lassen, für deren Behandlung früher gar keine sicher erfolgreichen Heilmittel zur Verfügung standen, notwendigerweise mit einem höheren Risiko hinsichtlich schädigender Folgen verbunden ist. „Außerdem hat sich aber gezeigt, daß auch einige viel gebrauchte und von den Laien als unbedingt harmlos anzusehende Arzneimittel bei übertriebenem Gebrauch Gefahren in sich bergen", unterstrich er und berief sich auf die Höhe des derzeitigen Arzneimittelverbrauchs in der Bundesrepublik, der außer Zweifel stellt, „daß ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung am Arzneimittelkonsum teilhat. Insbesondere gehört die Verwendung von Mitteln gegen Unpäßlichkeit, leichtere Schlafstörungen, Schmerzen aller Art usw. heute in den Bereich der Lebensgewohnheiten einer Bevölkerung, zumal diese Mittel ohne ärztliche Verschreibung jederzeit gekauft werden können." Etwaige Gefahrenmomente, die sich aus diesem allgemeinen Arzneimittelverbrauch abzeichnen, können nach Professor Dr. Koll durchaus zum Gegenstand präventiv-medizinischer Überlegungen werden.

In der größeren Population gilt es außerdem, die biologisch bedingten Varianten der Reaktionsweise auf Arzneimittel zu beachten. „Die Forschungen zur Aufklärung ihrer Ursache stehen erst am Anfang", wenngleich auch „wichtige Aufschlüsse ... aus dem Studium der chemischen Veränderungen zu erwarten" sind, denen die eingenommenen Arzneimittel im Stoffwechsel des Körpers unterliegen. Es wurde bei speziellen



bei Kompressionsstörungen des Herzens

Diffucord®

planmäßige Steigerung von Herzleistung, Sauerstoffversorgung, Koronardurchblutung und Herzkraft

Ökonomisierung der Herzarbeit, Ausschaltung kardialer und zentraler Irritationen, sinnvolle Koordinierung mit Kreislauf und Gefäßtonus sowie Diurese

Dragées: 30 u. 60 St., Anst.-P. 300 St.
Tropfen: 20 u. 50 ml

ARZNEI

Dolorgiet Arzneimittelfabrik Bad Godesberg

Untersuchungen bereits festgestellt, daß einige Varianten der chemischen Verarbeitung von Arzneistoffen im Körper durch erbliche Faktoren bestimmt sind, die sich in ungenügender Entwicklung oder völligem Fehlen einzelner Enzyme manifestieren können.

Von den Maßnahmen, die seit der „Thalidomid-Katastrophe" zur Erhöhung der sogenannten Sicherheit noch erheblich intensiviert wurden, nannte Professor Dr. Koll an erster Stelle das Tierexperiment und Vorkehrungen zu einer ersten Anwendung beim Menschen. Auch scheint er sich einige gute Ergebnisse von einer dreijährigen ärztlichen Verschreibungspflicht die im neuen Arzneimittelgesetz für neue Präparate vorgeschrieben ist, zu versprechen. Die neuen Medikamente könnten auch auf diese Weise noch einer besonderen Aufsicht im Hinblick auf ihre Verträglichkeit unterzogen werden. Weiter verwies er auf das „Meldesystem für unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln" der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und das internationale Warnsystem, das die Weltgesundheitsorganisation für besonders dringende Fälle in Genf einrichtete.

Der in Nordrhein-Westfalen für das Gesundheitswesen zuständige Landes-Innenminister, Willi WEYER, wies auf die gesundheitlichen Gefahren hin, denen sich der Mensch von heute freiwillig aussetze. Er treibe Raubbau mit seiner Gesundheit beim Essen, Trinken, Rauchen und sogar in der Freizeit. Das Autofahren diene heute nicht nur der Fortbewegung, sondern auch der Abreagierung von Komplexen. Die Zahl der Verkehrstoten sei in den ersten drei Monaten dieses Jahres in Nordrhein-Westfalen um 50 Prozent höher als im vorigen Jahr, die der Verletzten sogar noch um mehr als 50 Prozent. Auch mit Hinweisen auf den verbreiteten Mangel an sportlicher Betätigung begründete er seine lobenden Worte für die Tätigkeit der Stiftung „Hufeland-Preis". Sie helfe, die Wissenschaftler anzuspornen, einen Teil ihrer Arbeit auf die dringend erforderliche Gesundheits-Vorsorge zu konzentrieren.

OR

Eigentumswohnungen für Ärzte

Ärzte bauen mit der Bayerischen Wirtschaftvereinigung der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) eGmbH, München 23, Königinstraße 85, Telefon 33 98 66, z. Z. in Garmisch-Partenkirchen, Zugspitzstraße 128 und 130, eine Eigentumswohnanlage mit 27 Wohnungen und Garagen (1-, 2-, 3-Zl.-Whg.). Baubeginn sofort.

Interessierte Kollegen werden gebeten, sich umgehend mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung zu setzen.

Paracelsustag in Salzburg

Aus Anlaß der 425. Wiederkehr des Todestages von Theophrastus Bombastus von Hohenheim, genannt Paracelsus, des Wegbereiters modernen Arzttums, des Bahnbrechers der Medizin und Pharmazie, findet am 24. und 25. September 1966 in Salzburg der 16. Paracelsustag, veranstaltet von der „Internationalen Paracelsus-Gesellschaft" in Salzburg, statt.

Das Programm der Tagung (vgl. S. 604) enthält zahlreiche wissenschaftliche Vorträge namhafter Gelehrter.

In einer Feierstunde wird des Arztes und Philosophen an seinem Grabe am Sebaldusfriedhof in Salzburg gedacht werden. Eine Festschrift kommt zur Ausgabe.

Nähere Auskünfte durch den Generalsekretär Professor Dr. phil. Sepp DOMANDL, Salzburg, Rathaus.

Die ärztliche Pressestelle für Baden-Württemberg führt in Zusammenarbeit mit dem Auslandsdienst der Bundesärztekammer und dem Deutschen Reisebüro (DER) eine

Sonderreise

zum Studium der Chirurgie und Unfallchirurgie in der UdSSR

vom 4. bis 16. September 1966

durch.

Das Programm sieht u. a. folgendes vor:

4. 9. 1966	Abflug aller Teilnehmer mit einer Linienmaschine der SAS von Frankfurt/Main über Kopenhagen nach Moskau
5. 9. bis 8. 9.	Programm Moskau: u. a. Besuch des Unfallkrankenhauses Sklifassowsky-Institut Besuch der Klinik für allgemeine Chirurgie Besuch einer Spezialklinik für Herz-Chirurgie Besuch beim Gesundheitsministerium der UdSSR
9. 9.	Abflug nach Leningrad
bis 11. 9.	Programm Leningrad
12. 9.	Abflug nach Sotschi
bis 14. 9.	Programm Sotschi
15. 9.	Abflug nach Moskau
16. 9.	Rückflug von Moskau nach Frankfurt

Der Tourpreis pro Person beläuft sich

auf DM 1974,—

Einzelzimmerzuschlag DM 144,—

Die im Tourpreis enthaltenen Leistungen sind:

Flug in der Economy-Touristenklasse zu den vorgenannten Terminen, entsprechend dem Programmverlauf;

Unterbringung in Doppelzimmern mit Bad in Hotels der I. Kategorie; volle Verpflegung während der gesamten Reise;

Transfer von den Flughäfen zu den Hotels und umgekehrt;

Besichtigungen touristischer und fachlicher Art, gemäß Programm.

Die Reise wird von einem deutschsprachigen Reiseleiter begleitet.

Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Auskunft: Ärztliche Pressestelle für Baden-Württemberg, 7 Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32, Telefon 76 50 51—55

Anmeldungen erbeten an: Deutsches Reisebüro (DER) in Frankfurt/Main, Eschersheimer Landstraße 25—27

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

Bericht über das Ärzte-Seminar am 15. Juni 1966 in Ising

„Pyelonephritis"

Professor Dr. G. LINZENMEIER, Hygiene-Institut München:

Der Referent beschäftigte sich mit den aktuellen Fragen und Problemen der bakterlologischen Urinuntersuchung. Zunächst sprach er eingehend über die exakte Entnahme und den Versand von Harn. Bakterlologische Befunde von Urinproben können nur bewertet werden, wenn alles von seiten des einsendenden Arztes sowie des Laboratoriums getan wird, um die Gefahren sekundärer Keimbesiedlung auf dem weiten Weg von Nephron zum Mikroskop und den Nährmedien zu bannen.

Es folgten genaue Ausführungen über die bakteriologische Technik und die Wertung der bakteriologischen Befunde.

Den Schluß des außerordentlich interessanten Referates bildete die Frage einer verantwortungsvollen Berichterstattung des Bakteriologen an den Praktischen Arzt. Der Referent schloß mit der Feststellung, daß die exakte Bestimmung der Erreger nach einwandfreier Probenahme keine Übertreibung ist, sondern — bei kritischer Einstellung auf beiden Seiten — eine wertvolle Hilfe für Diagnostik und Therapie der Harnweginfektion.

Professor Dr. med. H. LOSSE, Leiter der Medizinischen Poliklinik Münster:

Herr Professor Losse sprach in seinem Referat über die Klinik, Differentialdiagnose und Therapie der Pyelonephritis. Besonderes Gewicht maß der Referent den Kontrolluntersuchungen der Pyelonephritis bei und zeigte Wege auf, wie dieses Leiden, welches früher nur die Pathologen demonstrierten, heute segensreich behandelt werden kann.

Der Abend stand unter der Leitung von W. HIRSCH, Traunstein, der ebenfalls die Diskussion führte.

Im Anschluß an die Vorträge ergab sich eine sehr rege und lebhafte, sehr interessante Diskussion.

W. Hirsch, Traunstein

PERSONALIA

Ministerialrat Dr. Franz Kaelsch 90 Jahre alt

Am 4. 7. 1966 feierte Ministerialrat i. R. Dr. med. Franz KOELSCH, bayerischer Landesgewerbearzt a. D. und Honorarprofessor, seinen 90. Geburtstag. Herr Kollege Koelsch war von 1920 bis 1950 Leiter des Bayerischen Instituts für Arbeitsmedizin. Seine Verdienste wurden u. a. mit dem Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland und dem Pettenkofer-Preis der Stadt München ausgezeichnet. Er ist Mitglied von zahlreichen medizinischen Vereinigungen. Herr Dr. Koelsch trat mit über 400 Einzelarbeiten und Buchbeiträgen aus allen Gebieten der Arbeitsmedizin an die Öffentlichkeit.

Anläßlich seines 90. Geburtstages hat die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz einen „Franz-Koelsch-Preis" für hervorragende Leistungen auf wissenschaftlichem und organisatorischem Gebiet der Arbeitsmedizin gestiftet. Der Preis wird alle zwei Jahre an zwei Persönlichkeiten vergeben. Der Schirmherr des Kuratoriums des „Franz-Koelsch-Preises" ist der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge.

Dr. Walter Burk 89 Jahre alt

Am 11. 5. 1966 konnte Herr Kollege Walter BURK, Lindau, seinen 89. Geburtstag begehen. Herr Dr. Burk war fast 30 Jahre am Marienhospital in Stuttgart, als Chirurg in leitender Stellung tätig. Außer zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen in chirurgischen Fachzeitschriften hat Herr Kollege Burk auch eine Reihe neuer chirurgischer Behandlungsverfahren und Verbesserungen bekannter Methoden entwickelt.

Professar Dr. Kurt Kramer 60 Jahre alt

Am 16. 6. 1966 feierte Herr Professor Dr. med habil. Kurt KRAMER, Direktor des Physiologischen Instituts der Universität München, seinen 60. Geburtstag. Sein Weg führte über Heidelberg, Leipzig, Marburg/L., Göttingen im Jahre 1965 nach München. Herr Professor Kramer ist seit dem 1. 4. 1965 Direktor des Physiologischen Instituts der Universität München.

Professar Dr. Harst Wullstein 60 Jahre alt

Am 24. 6. 1966 feierte Herr Professor Dr. med. Horst WULLSTEIN seinen 60. Geburtstag. Herr Kollege Wullstein ist seit 1955 Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Kranke in Würzburg.

Einführungslehrgang in die Blutgruppenserologie für Ärzte

In Zusammenarbeit mit dem Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes werden folgende Einführungslehrgänge in die Blutgruppenserologie veranstaltet:

16. bis 18. 9. 1968 in Regensburg

Ort: Minoritenweg 4

Beginn: Freitag, den 16. 9. 1966, um 17 Uhr

Teilnehmerzahl: höchstens 30 Personen

19. bis 23. 9. 1966 in Lindau/Bodensee

Ort: Zwanziger Straße 1

Beginn: Montag, den 19. 9. 1966, um 9 Uhr

Teilnehmerzahl: höchstens 20 Personen

26. bis 30. 9. 1966 in Augsburg

Ort: Auf dem Kreuz 23

Beginn: Montag, den 26. 9. 1966, um 9 Uhr

Teilnehmerzahl: höchstens 30 Personen

Anmeldungen zu diesen Kursen u m g e h e n d bei der Bayerischen Landesärztekammer
Zimmerbestellungen über die örtlichen Fremdenverkehrsvereine

Bayerischer Verdienstorden für Walter Riemerschmid

Der Präsident der Bayerischen Landesapothekerkammer, Walter RIEMERSCHMID, wurde am 6. 6. 1966 durch Ministerpräsident GOPPEL mit dem Bayerischen Verdienstorden ausgezeichnet.

Silberne Bürgermedaille für Dr. Annemarie Spies

Frau Dr. Annemarie SPIES, Oberregierungsmedizinalrätin beim Staatlichen Gesundheitsamt in Kulmbach, wurde auf einstimmigen Beschluß des Stadtrates die Silberne Bürgermedaille verliehen, die ihr in einer Feierstunde am 18. 5. 1966 überreicht wurde.

Der Stadtrat vom Kulmbach wollte damit insbesondere die — wie es in der Verleihungsurkunde heißt — hervorragenden Dienste um die Allgemeinheit anerkennen, die sich Frau Kollegin Spies durch ihren persönlichen Einsatz während der Pockenerkrankungen in Kulmbach erworben hat.

FAKULTÄT

München

Professor Dr. W. LEIBBRAND ist zum Mitglied der Internationalen Akademie für Medizingeschichte in London ernannt worden.

Dr. Ferdinand MAY, a. o. Professor der Urologie, wurde mit Ablauf des Monats März 1966 von seinen amtlichen Verpflichtungen entbunden (emeritiert).

Dr. Gerhard WEBER, o. Professor der Pädiatrischen Poliklinik, wurde mit Ablauf des Monats März 1966 von seinen amtlichen Verpflichtungen entbunden (emeritiert).

Dr. Alfred WISKOTT, o. Professor der Kinderheilkunde, wurde mit Ablauf des Monats März 1966 von seinen amtlichen Verpflichtungen entbunden (emeritiert).

Professor Dr. Hermann ANACKER wurde die Lehrbefugnis für Röntgenologie und Strahlenheilkunde erteilt (Umhabilitierung).

Reg.-Med.-Direktor Dr. Steffen BERG wurde zum ordentlichen Professor an der Universität Göttingen ernannt. Seine Lehrbefugnis an der Universität München ist damit erloschen.

Professor Dr. Otto BRAUN-FALCO, Universität Marburg, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Medizinischen Fakultät berufen.

Der ordentliche Professor Dr. Hans Friedrich FRICK, Anatomisches Institut der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/Main, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Mikroskopische Anatomie in der Medizinischen Fakultät berufen.

Oberassistent Dr. Eberhard BUCHBORN wurde zum ordentlichen Professor an der Universität Köln ernannt. Seine Lehrbefugnis an der Universität München ist damit erloschen.

Dr. Erich LANGER, Privatdozent für Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, wurde die Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor" verliehen.

Dr. Franz SCHEDEL, Privatdozent der Chirurgie, wurde die Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor" verliehen.

Dr. Karl TRÄGER wurde die Lehrbefugnis für Orthopädie erteilt (Privatdozent).

Dr. Alfred MEYER wurde zum Oberassistenten ernannt.

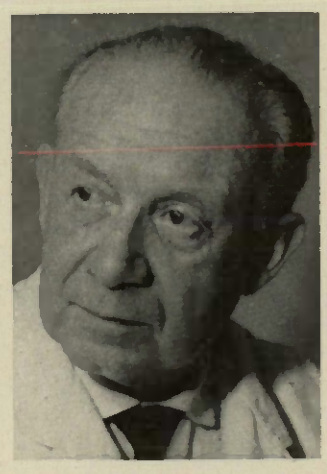
Würzburg

Die Bezeichnung „apl. Prof." wurde verliehen an: Privatdozent Dr. Geerd CARSTENSTEIN, Evangelisches Krankenhaus Mülheim/Ruhr;

Privatdozent Dr. Georg KLINGMÜLLER, Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität Würzburg.

Wiss. Ass. Dr. med. August HEIDLAND, Medizinische Klinik der Universität Würzburg, wurde zum Privatdozenten ernannt.

IN MEMORIAM



Professor Dr. med. Wilhelm Rohrschneider †

Am 17. 6. 1966 endete das erfüllte Leben von Herrn Professor Dr. Wilhelm ROHRSCHNEIDER.

Der gebürtige Berliner war 1937 auf den ophthalmologischen Lehrstuhl der 400jährigen Albertus-Magnus-Universität Königsberg berufen worden. Zu seinen Amtsvorgängern hatte sein Lehrer Geheimrat KRÜCKMANN gehört, an dessen Berliner Klinik Professor Rohrschneider sich die Grundkenntnisse seines Fachgebietes erworben hat. Von 1945 bis 1948 praktizierte er in Weimar; diese schweren Jahre hat er stets als besonders wertvoll für seine berufliche Entwicklung bezeichnet.

1948 wurde ihm der Lehrstuhl seines Faches an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster übertragen; nach Ablehnung eines ehrenvollen Rufes nach Tübingen trat Professor Rohrschneider 1953 die Nachfolge von Geheimrat WESSELY in München an. Er

übernahm damit einen Lehrstuhl, den auch sein verehrter Lehrer, Professor MEISNER, innegehabt hatte, als dessen Oberarzt ihm 1928 in Greifswald die „venia legendi" zuerkannt worden war.

Professor Rohrschneider fand 1953 in München eine Klinik vor, deren schwere Kriegsschäden noch nicht annähernd hatten beseitigt werden können. Unter seiner Leitung konnte der Aufbau und die Modernisierung der Klinik abgeschlossen werden. Seine besondere Liebe galt dem akademischen Unterricht; seinen Studenten war er stets ein geduldiger und gütiger Lehrer. Weit über 100 Augenärzte haben unter seiner Leitung eine umfassende klinische Ausbildung erhalten. Das von ihm herausgegebene Fortbildungswerk hat unter den Fachkollegen weite Verbreitung gefunden.

Das wissenschaftliche Werk des Verstorbenen ist umfangreich und vielseitig. Schon nach Abschluß des medizinischen Studiums hat Professor Rohrschneider als Stipendiat der Rockefeller-Stiftung wertvolle Beiträge zur Erforschung des Fettstoffwechsels geliefert; seine experimentellen Arbeiten wurden später zur Basis wichtiger klinischer Beiträge zur Kenntnis der diabetischen Retinopathie. In Königsberg hat er sich um die Bekämpfung des Trachoms bei Rücksiedlern verdient gemacht. Während seiner Tätigkeit in Münster und München hat sich Professor Rohrschneider besonders der Klinik des Glaukoms zugewandt. Zahlreiche Arbeiten und Vorträge waren diesem Fragenkomplex gewidmet.

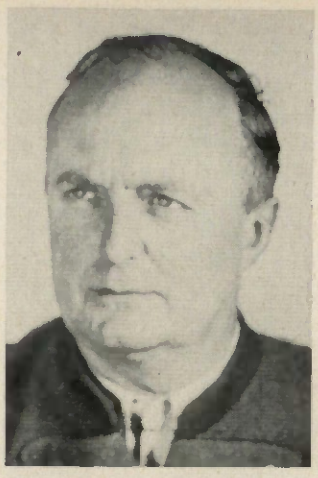
Seine Beiträge zur Kenntnis der Strahlentoleranz des Auges sowie der tuberkulösen Erkrankung des menschlichen Auges sind Grundlage zahlreicher weiterer Untersuchungen geworden. Blindenfürsorge und Verbesserung der Blindengesetzgebung waren für Professor Rohrschneider stets vordringliche Aufgaben.

Seine außerberuflichen Interessen galten in erster Linie seiner großen Familie und der klassischen Musik. Er war Kuratoriumsmitglied der „Capella Monacensis".

Persönlichkeit und Lebenswerk des Verstorbenen haben vielfache Anerkennung gefunden: Professor Rohrschneider war Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Vorstandes der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft; der XX. Internationale Ophthalmologen-Kongreß, der im August 1966 in München stattfinden wird, hatte ihn zum Vizepräsidenten gewählt und ihm damit wichtige Fragen der Organisation anvertraut. Wissenschaftliche Gesellschaften des In- und Auslandes zählten ihn zu Ihren Ehrenmitgliedern. Seine Verdienste um den Aufbau der Klinik und um die Verbesserung der augenärztlichen Versorgung in Bayern sind durch die Verleihung des Bayerischen Verdienstordens gewürdigt worden. Professor Dr. Remky

Professor Dr. Rudolf Dyroff †

Am 17. 6. 1966 verstarb in Erlangen Herr Professor Dr. med. Rudolf DYROFF. Er war seit dem Jahre 1927 an der Universität Erlangen tätig und wurde 1950 zum Direktor der Universitätsfrauenklinik, der Hebammenschule und des Röntgeninstituts ernannt. Herr Professor Dyroff machte sich besonders um die gynäkologische Biologie und Histologie, Strahlenbiologie, speziell Röntgendiagnostik und -therapie, verdient. Er war längere Zeit als Vertreter der Fakultät Erlangen Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer.



Dr. med. Joochim Peckert †

Am 19. 6. 1966 starb ganz plötzlich Herr Dr. med. Joachim PECKERT, geb. am 14. 4. 1905, Praktischer Arzt in Grafing. Am 15. 6. 1966 war er noch mitten unter uns bei der Mitgliederversammlung des Ärztlichen Bezirksverbandes und hat sich lebhaft an der Diskussion beteiligt. Niemand konnte ahnen, daß er so bald aus unserer Mitte gerissen würde. Er war jahrzehntelang Mitarbeiter im Ärztlichen Bezirksverband Oberbayern, in dem er lange Jahre 2. Vorsitzender und Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer war. Im Finanzausschuß der Bayerischen Landesärztekammer war er ein erfahrener Mitarbeiter. Durch seinen frühzeitigen Tod ist in allen diesen Gremien eine große Lücke entstanden. Er war nicht bloß ein eifriger Standespolitiker, sondern uns allen ein liebenswürdiger Freund und Kollege. Wir können ihm nun nur mehr danken und um ihn trauern.

Dr. med. Hons Siebert †

Wieder hat der Tod mit rauher Hand in die Reihen unserer Mitarbeiter in der Standesorganisation gegriffen. Am 16. 6. 1966 starb nach langer Krankheit Herr Dr. med. Hans SIEBERT, geb. am 24. 11. 1899, Praktischer Arzt in Langenmoosen, Landkreis Schrobenhausen. Herr Dr. med. Siebert war lange Jahre 1. Vorsitzender und dann 2. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Schrobenhausen und als solcher Mitglied des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern. Seine stille und ruhige Art hat ihn uns allen zu einem guten Freund gemacht. Wir betrauern ihn sehr und werden ihn nicht vergessen.

AUS DER BUNDESPOLITIK

Entwurf eines Netto-Umsatzsteuergesetzes (Mehrwertsteuer)

Von P. Mandt

Der Finanzausschuß des Deutschen Bundestages setzte seine öffentlichen Hearings zum Netto-Umsatzsteuergesetz am 30. 6. 1966 mit der Anhörung der freien Berufe fort.

Das Votum des Bundesverbandes der freien Berufe

Für den Bundesverband der freien Berufe wiederholte Volrad DENEKE die Forderung nach völliger Freistellung aller freien Berufe von der Netto-Umsatzsteuerpflicht. Der Sprecher stellte für den Herbst eine Studie „Die Auswirkungen der Netto-Umsatzsteuer (NUSt) auf die freien Berufe" in Aussicht, in der u. a. besonders auf die Wirkungen auf Honorare und Preise eingegangen werde.

Auf die vom Ausschuß gestellte Frage: „Würden die freien Berufe den Verlust des Vorsteuerabzugs in Kauf nehmen, ohne Gebührenerhöhungen zu verlangen?" führte Deneke aus: Die Vorsteuern seien sowohl gruppen-spezifisch wie innerhalb bestimmter Berufssparten von sehr unterschiedlichem Gewicht, sie schwankten zwischen 0,5 und 3%. Ein Wegfall des Vorsteuerabzugs wäre jedoch in keinem Fall ein Argument für Gebührenerhöhungen.

Nach den Berechnungen des Bundesverbandes der freien Berufe würde die völlige Herausnahme aller freien Berufe aus der Umsatzsteuerpflicht eine Mindereinnahme von 50 Millionen DM pro Jahr verursachen. (Diese Zahl stimmt nicht mit den vom Bundesministerium der Finanzen [BMFin.] angestellten Berechnungen überein. Das BMFin. spricht von einem Steuerausfall in Höhe von 100 Millionen DM jährlich.)

Der Wettbewerb zwischen Freiberuflichen und Angestellten

Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Otto SCHMIDT (Wuppertal), MdB, stellte die Frage, wie die Aufteilung der freiberuflichen Leistungen an Endverbraucher und an gewerbliche Abnehmer sei. Hier sehe er die Kernfrage des gesamten Problems der Behandlung der freien Berufe. Er fragte, wie der Bundesverband die vom Ausschuß gesehene Gefahr beurteile, daß gewerbliche Abnehmer von Leistungen, denen bei völliger Herausnahme der freien Berufe aus der Umsatzsteuerpflicht durch die fehlenden Vorsteuern Nachteile entstünden, sich vielleicht veranlaßt sähen, selbständige Freiberufler künftig zu übergehen und deren Leistungen von Angestellten ausführen zu lassen.

Deneke nannte in seiner Antwort folgende Aufteilung der Leistungen nach dem Empfänger: Ärzte und Zahnärzte leisteten fast ausschließlich an Endverbraucher, bei den Tierärzten liege dieser Anteil demgegenüber nur noch bei etwa einem Drittel, bei Berücksichtigung der öffentlichen Hand bei ca. 50%, während die restliche Hälfte an gewerbliche Abnehmer geleistet werde.

Bei den übrigen freien Berufen, wie vor allem den Anwälten, Steuerberatern, Architekten und Journalisten, sei der Anteil der Leistungen an Unternehmer ganz überwiegend.

Das von Dr. Schmidt hervorgehobene „Kernproblem" sehe er nicht. Der Bundesverband der freien Berufe habe unter Würdigung aller Umstände in einem neuerlichen Beschluß die völlige Umsatzsteuerfreiheit gefordert.

An dieser Stelle widersprachen die Sprecher der Steuerberater und Wirtschaftsprüfer sowie der Anwälte dem Sprecher des Bundesverbandes der freien Berufe. Sie erklärten, mit der völligen Steuerfreiheit nur dann einverstanden sein zu können, wenn ihren Berufsgruppen ein Optionsrecht eingeräumt würde; d. h. ein Recht, auf die angebotene Steuerfreiheit verzichten zu können, wenn sich das im Einzelfall als günstiger herausstelle.

Die besondere Situation der Heilberufe

Von den Angehörigen der Heilberufe begründete als erster der Sprecher der Tierärzteschaft, Dr. SCHREITER, die Forderung nach völliger Umsatzsteuerfreiheit. Die Tierärzte würden heute auf die erlaubte In-Rechnung-Stellung der Umsatzsteuer verzichten und würden das auch in Zukunft tun. Für sie brächte somit die Einbeziehung in die Netto-Umsatzsteuer eine selbst zu tragende Mehrbelastung in Höhe des über den jetzigen Umsatzsteuersatz hinausgehenden Prozentsatzes. Der Ausschußvorsitzende bedachte diese Argumentation — wie übrigens auch die Aussagen einiger anderer Verbände — mit dem sehr unfreundlichen Rat, sich einmal einen Kenner der Materie zu engagieren.

Für die deutsche Ärzteschaft nahmen der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Dr. STOCKHAUSEN, und der Justitiar der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. HESS, an dem Hearing teil.

In sehr eindrucksvoller Art begründete Dr. Hess die von einem einstimmigen Beschluß des Deutschen Ärztetages getragene Forderung nach gänzlicher Freistellung aller Ärzte von der Netto-Umsatzsteuerpflicht. Im Vordergrund der Betrachtung der Ärzte stehe der Endverbraucher; der Arzt erbringe seine Leistung ausschließlich an ihm, also am letzten Träger der Steuer, eine Benachteiligung von Unternehmen infolge fehlender Vorsteuern sei somit ausgeschlossen.

Daneben müsse erwähnt werden — auch wenn alle ideologischen Gesichtspunkte aus der Betrachtung herausbleiben sollten —, daß ein Patient schicksalhaft auf die Leistung des Arztes angewiesen sei. Die Partizipierung des Fiskus über die Netto-Umsatzsteuer an solchen Leistungen sei unangemessen.

Dr. Hess bezeichnete die heute gültige Befreiungsnorm des § 4 Ziff. 11 UStG, die nur die ärztlichen Leistungen an die Träger der Sozialversicherung von der Umsatzsteuer freistellt, als überholt. Eine Unterscheidung im Steuerrecht zwischen Privat- und Sozialversicherten werde immer fragwürdiger; zudem sei die Gruppe der Privatversicherten, vor allem durch die kürzliche An-

hebung der Versicherungspflichtgrenze, immer kleiner geworden. Als Alternative zu der gültigen Regelung, betonte Dr. Hess, könne jedoch nicht die im NUSt-Gesetzentwurf, § 4 Ziff. 10, vorgeschlagene Lösung in Frage kommen, sondern nur die völlige Umsatzsteuerfreiheit aller ärztlichen Leistungen. Die im Entwurf vorgeschlagene Regelung belaste zunächst die Sozialversicherungsträger mit mindestens 150 Millionen DM pro Jahr. Daneben müsse erwähnt werden, daß der Arzt bisher keine Überwälzung der Umsatzsteuer an den Patienten vornehme, sondern diese selbst trage. Bei einem künftigen NUSt-Satz von 5% für die freien Berufe sei das jedoch nicht mehr möglich. Zur Abwehr einer Einkommenseinbuße in Höhe von 5% sei der Arzt in Zukunft gezwungen, die NUSt offen zu überwälzen, was einer Gebührenerhöhung von 5% gleichkomme.

Außerdem machte Dr. Hess darauf aufmerksam, daß der große Arbeitsmehraufwand infolge Einbeziehung in das NUSt-System möglicherweise die Forderung nach erhöhten Gebühren erzwinge. Nach Angaben der privatärztlichen Verrechnungsstellen seien nach Einführung der NUSt ca. 60% mehr Buchungen erforderlich, die in vielen Fällen mit den bisherigen Hilfsmitteln nicht mehr zu erledigen seien.

Der Sprecher der Ärzteschaft forderte abschließend, unter der Voraussetzung, daß es bei der im Entwurf vorgeschlagenen Regelung bleibe, eine Klarstellung, daß die Einschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht auch noch Ansatzpunkt für die Erhebung der NUSt werde. Min.Dirig. JURETZEK (BMFin) versicherte sogleich, daß eine solche Doppelbesteuerung selbstverständlich nicht beabsichtigt sei, versprach aber auch, Überlegungen anzustellen, ob das im Gesetz noch extra verankert werden müsse.

Die Anhörung der Apotheker

Der Apothekerstand wurde im Hearing vertreten durch das geschäftsführende Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker (ABDA), BÜSCH, und Apotheker GLÜCK. Die Anhörung der Apotheker beschränkte sich auf die Spezialfrage, wie sich eine Freistellung der Leistungen der Apotheken an die Sozialversicherungsträger bzw. an alle im Hinblick auf den Verwaltungsaufwand und den Vorsteuerabzug (bei teilweiser Befreiung) auswirkten.

Während das geltende Umsatzsteuerrecht im § 4 Ziff. 11 die Umsätze von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, soweit die Entgelte hierfür von den Sozialversicherungsträgern zu zahlen sind, steuerfrei stellt, enthält der Entwurf der NUSt eine solche Befreiungsvorschrift nicht mehr. Das Steueraufkommen wird sich also erhöhen, jedoch auf Kosten der Sozialversicherungsträger, die genau in dem Umfange des erhöhten Aufkommens dann voraussichtlich einer Subventionierung durch die öffentliche Hand bedürfen.

Der Sprecher der Apothekerschaft, Büsch, wies vor allem mit Nachdruck darauf hin, daß die Einbeziehung in das System der NUSt die Apotheken zu einer wesentlichen Vermehrung des Verwaltungsaufwandes zwinge. Sollte es bei der gültigen Steuerfreiheit der Umsätze an die Sozialversicherungsträger entgegen dem jetzigen Entwurf bleiben, ergäben sich neue Schwierigkeiten. Das System des Vorsteuerabzugs verlange dann nämlich eine Aufteilung der auf den Vorstufen gezahlten Vorsteuer, getrennt nach den Lieferungen an Private und an die Sozialversicherung, vorzunehmen.

Die Anhörung von Verbänden aus allen Bereichen des wirtschaftlichen und beruflichen Lebens durch den Finanzausschuß zum NUSt-Gesetz wurde in der vergangenen Woche abgeschlossen. Während der Ferien werden nun die Ergebnisse der Hearings ausgewertet, um genaue Unterlagen für die entscheidende zweite und dritte Lesung im Ausschuß zu haben, die Anfang Oktober beginnen sollen.

Anschr. d. Verf.: P. Mandt, 532 Bad Godesberg, Horionstraße 55

Bundesausschuß für Gesundheitliche Volksbelehrung e. V.

Bericht über die Mitgliederversammlung am 5. 4. 1966 in Bad Godesberg

Ehrenmitgliedschaft für Frau Dr. med. Steinbiß und Direktor a. D. Karl Triebold

Den nach zwölfjähriger, im Dienste der Gesundheitserziehung des deutschen Volkes erfolgreichen Tätigkeit aus dem Vorstand des Bundesausschusses ausscheidenden Frau Dr. med. Viktoria STEINBISS (bisherige Vorsitzende) und Direktor a. D. Karl TRIEBOLD (2. stellv. Vorsitzender und Vorsitzender des Pädagogischen Arbeitskreises) wurden auf Grund ihrer Verdienste von der Mitgliederversammlung auf Vorschlag von Vorstand und Beirat die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Neuwahl von Vorstand und Beirat

Auf der Mitgliederversammlung wurden Vorstand und Beirat neu gewählt.

Der Vorstand setzt sich nach der Wahl wie folgt zusammen:

Vorsitzender: Dr. med. Gerhard JUNGMANN, MdB, Bonn; 1. stellv. Vorsitzender: Dr. med. Joachim KÜHN, Münster; 2. stellv. Vorsitzender: Frau Oberschulrätin i. R. Maria SUGG, Köln; Schriftführer: Dr. med. Karl TRIEBOLD, Dortmund; Schatzmeister: Direktor a. D. Oscar UMRATH, Pech; Beisitzer: Frau Dr. JOCHMUS, MdL, Heidelberg, Frau Dr. med. Annemarie WAGNER-FISCHER, Hamburg, Professor Dr. phil. Dr. med. Rudolf WEGMANN, Assenhausen-Maxhöhe, Ministerialdirigent Dr. med. Josef STRALAU, Bad Godesberg, (nicht gewählt, laut Satzung vom Bundesminister für Gesundheitswesen benannt).

Die Wahl des Beirats ergab folgende Zusammensetzung:

Frau Oberschulrätin BENDER, Düsseldorf; Ministerialrat Dr. med. BUNNEMANN, Hannover; Professor Dr. phil. DÖPP-VORWALD, Münster; Frau Oberin ELSTER, Frankfurt am Main; Dr. med. FIEBIG, Dierdorf; Dr. phil. von FREYTAG-LORINGHOVEN, Marburg/Lahn; Präsident Professor Dr. med. FROMM, Hamburg; Professor Dr. phil. von HAGEN, Kettwig/Ruhr; Professor Dr. med. von MANGER-KOENIG, Berlin; Frau Oberin MOHRMANN, Berlin; Dr. med. OETER, Köln; Frau Dr. med. PAROW-SOUCHON, Mettmann; Pater RÜTHER, Freiburg i. Breisgau; Medizinaldirektor Dr. med. SAUL, Iserlohn; Direktor UHLEMANN, Hamm/Westf.

Der sichere Weg zum therapeutischen Erfolg bei Ulcus ventriculi et duodeni, akuter und chronischer Gastritis.

In 84 Ländern der Erde millionenfach bewährt.

Zusammensetzung:

Bism. subnitr. „ROTER" 0,35 g, Magnesium. carb. 0,4 g, Natr. bicarb. 0,2 g, Cortex Rhamni Frangulae 0,025 g, Rhiz. Calami 0,025 g

ROTER

TABLETTEN

PHARMAZEUTISCHE FABRIK ROTER · HILVERSUM

DEPOT: DELTA-CHEMIE PAULY & CO. KG. HAMBURG 1

Mitgliederversammlung

Auf der Mitgliederversammlung des Bundesausschusses gab der ärztliche Geschäftsführer, Dr. Dr. SCHNEIDER, eine eingehende Darstellung über die Tätigkeit des Bundesausschusses in den letzten drei Jahren sowie einen kurzen Ausblick auf die weiteren gesundheitserzieherischen Pläne des Bundesausschusses. Er wies besonders darauf hin, daß durch die in letzter Zeit rückläufig zugeteilten Finanzzuschüsse für den ordentlichen Haushalt die arbeitsmäßige Aktivität des Bundesausschusses zwangsläufig eine rückläufige Tendenz nehmen mußte. In diesem Zusammenhang faßte die Mitgliederversammlung einstimmig die nachstehende Resolution, die von dem Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Dr. med. STOCKHAUSEN (Köln), eingebracht wurde:

„Die in Godesberg am 5. 4. 1966 versammelte Mitgliederversammlung des Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung warnt, den in dieser freiwilligen Organisation verwirklichten Zusammenschluß von Verbänden und Einzelpersönlichkeiten zur Arbeit an der Volksgesundheit und der Gesundheitserziehung des einzelnen durch Kürzung der vom Staat zur Verfügung gestellten Mittel zu gefährden.

Die Mitgliederversammlung hält es nicht für richtig, die wichtigen Aufgaben auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung in Zukunft Institutionen anstelle der zur Zeit im Bundesausschuß vereinten, frei zusammenwirkenden Kräfte zu übertragen. Das aber wäre der Fall, wenn man auf dem Weg der Haushaltskürzung die Zusammenarbeit von Ärzten, Lehrern, Schwestern, Sozialleistungsträgern, Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, Familienverbänden und anderen dem Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung angehörenden Gruppen dadurch in Frage stellen würde, daß diese künftig einem vom Staat getragenen Zentralinstitut zugeordnet würden."

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Die chronische Krise im staatlichen Gesundheitsdienst in Großbritannien

Die von der britischen Regierung für die für den staatlichen Gesundheitsdienst tätigen Ärzte vorgesehene Gebührenerhöhung soll gegenüber der bisherigen Regelung etwa 30% betragen. Demzufolge würden die Bezüge der 23 000 Praktischen Ärzte, die für den Gesundheitsdienst tätig sind, im Durchschnitt auf etwa 45 000 DM brutto im Jahr steigen. Bei den Fachärzten wird die Erhöhung zu mittleren Jahreseinkommen von etwa 50 000 DM und bei den Zahnärzten von etwa 37 000 DM führen. Für Fachärzte jedoch, die auf der Höhe ihrer Karriere stehen, wird geschätzt, daß die Einkommen zwischen 80 000 und 100 000 DM liegen werden. Die bisher am schlechtesten bezahlten Ärzte an den Krankenhäusern werden in Zukunft in der untersten Gruppe mit jährlichen Bruttoeinkommen von etwa 15 000 DM und in der mittleren mit etwa 23 000 bis 24 000 DM rechnen können.

Abgesehen davon ist die Regierung auf die sonstigen Forderungen der Ärzteschaft bisher kaum eingegangen. Die der Ärztevertretung von den Ärzten zur Verfügung gestellten undatierten etwa 18 000 Austrittserklärungen sind bis zur Abfassung dieses Berichtes noch nicht zurückgezogen worden. Erbitterung hat unter der Ärzteschaft die Erklärung der Regierung ausgelöst, daß sie die Erhöhung der Bezüge im staatlichen Gesundheitsdienst nicht auf einmal, sondern in zwei gleichen Stufen innerhalb von zwei Jahren zur Auszahlung gelangen lassen will.

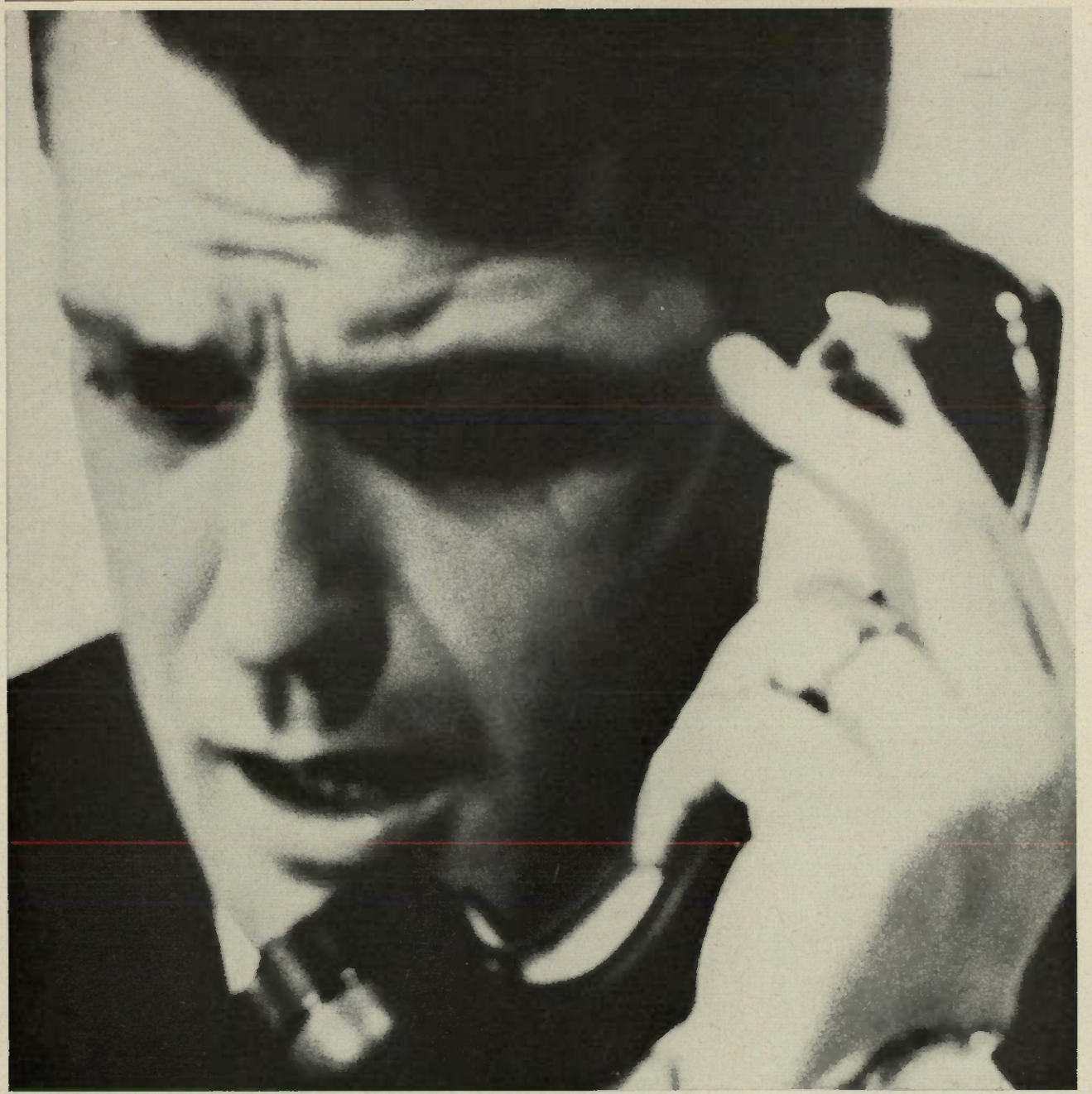
Ob der staatliche Gesundheitsdienst in England damit aus seiner nun schon fast chronisch gewordenen Krise herausgebracht werden kann, ist völlig offen. Von vielen wird das bezweifelt. Die Verbesserung der Bezüge der Ärzte ist zwar deshalb von der Regierung vorgenommen worden, um der besorgniserregenden Abwanderung von Ärzten in andere Berufe und ins Ausland entgegenzuwirken. Aber das allein wird wohl kaum genügen, dem permanenten Ärztemangel und der nach wie vor andauernden Überlastung der Ärzte im staatlichen Gesundheitsdienst abzuhelfen. Pressekommentare haben der Befürchtung Ausdruck gegeben, daß eine wirksamere staatliche Medizin wahrscheinlich noch weit höhere Aufwendungen für Personal, Neubauten und medizinische Ausrüstungen erforderlich machen wird als bisher. Viele sehen in dem bisherigen Schritt der Regierung nur einen weiteren in der Richtung, aus Ärzten besoldete Beamte zu machen.

Ganz offenbar hat die Entwicklung in England den staatlichen Gesundheitsdienst in gewisser Weise überlaufen. Das ursprünglich außenstehenden Beobachtern imponierend erscheinende Funktionieren der Organisation ist auf vielen Gebieten der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung durch die latente Überbeanspruchung merklich gelähmt. Ideologische Gesten, deren Register im übrigen fast erschöpft sind, können darüber nicht hinweghelfen. In diesen Bereich gehört jedenfalls die von der Regierung verfügte Abschaffung der kleinen Grundgebühr bei der Rezeptierung. v. L-n

Neues Verwaltungsgebäude der Weltgesundheitsorganisation

Die Weltgesundheitsorganisation (OMS = Organisation Mondiale de la Santé bzw. WHO = World Health Organisation), eine humanitäre Organisation internationaler Art im Rahmen der Vereinten Nationen, hat seit ihrer Gründung im Jahr 1947 ihren Sitz in Genf. Die Verwaltung dieser Organisation war in einem Teil des ehemaligen Völkerbundpalastes, dem Palais der Nationen, dem Sitz der UNO in Europa, untergebracht. Nachdem die vergangenen Jahre eine ständige Erweiterung der Arbeiten der internationalen Organisationen gebracht haben, wurde es allmählich in dem UNO-Gebäude für eine Reihe von Abteilungen zu eng. Infolgedessen hatte die Weltgesundheitsorganisation auf der 12. Weltgesundheitskonferenz im Jahr 1959 beschlossen, ein eigenes Gebäude zu errichten.

Am 7. 5. 1966 wurde nunmehr das neue Gebäude der Organisation in Anwesenheit der Behördenvertreter und der Delegierten zu der gegenwärtigen 19. Weltgesundheitskonferenz aus den 120 Mitgliedsstaaten von dem Präsidenten der Konferenz, Dr. Arnold SAUTER, Direktor des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, seiner Bestimmung übergeben. Das neue Gebäude enthält nur Büroräume, Aufenthaltsräume und eine Kantine für das Personal und einige kleinere Konferenzräume. Auf die Einrichtung eines großen Konferenzraumes wurde verzichtet, weil für die jeweils in einem Jahr stattfindende Weltgesundheitskonferenz wie bisher das Palais der Nationen zur Verfügung steht. v. L-n



Zum Sedieren Hovaletten

Hovaletten helfen dem Patienten, Ruhe und Gleichmut zu finden. Sie bekämpfen Unruhe- und Angstzustände, Schlafstörungen, Übererregbarkeit und nervöse Herzbeschwerden, die als Symptome der vegetativen Dystonie und der «Managerkrankheit» heute so häufig auftreten.

Hovaletten helfen heilen. Hovaletten schaden nie.

Zyma-Blaes AG München 25

Der Kampf gegen die Verunreinigung des Wassers

Das uralte Lamento der Seefahrer: „Wasser, Wasser ringsumher, und nicht einen Tropfen zum Trinken" gewinnt in unseren Tagen eine neue, unheilvolle Bedeutung angesichts der Tatsache, daß die durstige Industriegesellschaft des Westens ihren Bedarf an reinem Trinkwasser nur mit ständig wachsenden Schwierigkeiten zu befriedigen vermag. Wasser, das einstmals als ein unerschöpfliches Gut galt, wird mehr und mehr zu einer Mangelware. In einigen Gegenden unserer Welt bedrohen die Völker einander sogar mit Krieg um des Wassers willen.

Der Hauptgrund für diesen Mangel ist die Tatsache, daß 98 Prozent der Wasserflächen, die drei Viertel der Oberfläche unseres Planeten bedecken, aus Salzwasser bestehen, daß ein Großteil der übrigen zwei Prozent in den Polarregionen zu finden ist und daß der relativ unbedeutende Rest — höchst ungleichmäßig über die Welt verteilt — zudem noch oft zweckwidrige Verwendung findet.

Diese Situation hat dazu geführt, daß die Menschheit viel Zeit und Erfindungsgabe darauf verwendet, neue Methoden zur Gewinnung von Trinkwasser zu entwikkeln. Hierher gehören das Anzapfen der Gletscher, das künstliche Regenmachen, das Behindern der Verdunstung, und vor allem die neuen Verfahren, mit deren Hilfe Meerwasser in reines Trinkwasser verwandelt werden soll.

„Forward Europe", die Zeitschrift des Europarates, hat einen Bericht des Informationsdirektoriums des Rates veröffentlicht, dessen Inhalt nachstehend nachgezeichnet wird. Diesem Bericht zufolge haben die Vereinigten Staaten bereits mehr als eine Milliarde DM in die Forschungs- und Entwicklungsarbeiten für ein billiges System der Meerwasserentsalzung investiert. Kürzlich trafen in Washington Wissenschaftler und Industrielle aus 58 Ländern zum 1. Internationalen Symposion über Meerwasserentsalzung zusammen, während die UNESCO eine „Internationale Hydrographische Dekade" organisiert hat, die in diesem Jahr begann. Ihr Hauptanliegen wird das wissenschaftliche Studium des Wasserzyklus sein.

Die Wasservorräte auf unserer Erde sind beschränkt, aber der Bedarf ist überall im Steigen begriffen. Die Bevölkerungsexplosion hat dazu geführt, daß alljährlich viele Millionen von Neugeborenen die ohnehin große Zahl der Durstigen in der Welt vermehren. Es kommt hinzu, daß der Wasserverbrauch des einzelnen Menschen seit der Jahrhundertwende ständig gestiegen ist. In den Vereinigten Staaten beträgt der jährliche Wasserverbrauch des einzelnen bereits 1200 Kubikmeter. Bis zum Ende des zwanzigsten Jahrhunderts wird der Pro-Kopf-Verbrauch vermutlich 1500 Kubikmeter erreichen. Auch in Europa ist der Wasserkonsum seit 1900 unablässig gestiegen: Die Wohnungen wurden mit Badezimmern und Duschen ausgestattet und die Zahl der Haushaltsgeräte, die Wasser verbrauchen, hat sich ständig vermehrt. Aber, wie seltsam das auch anmuten mag, nur zehn Prozent des Wassers wird in den Haushalten verwendet. Fünfundfünfzig Prozent verbraucht die Landwirtschaft, und rund fünfunddreißig Prozent die Industrie. Tausend Liter Wasser werden benötigt, um ein Kilo Seide herzustellen, 900 Liter für die Raffinerie von fünf Litern Erdöl, und zweihundert Liter für die Produktion von 1000 Gramm Papier.

In vielen dichtbevölkerten und hochindustriallsierten Gegenden Europas ist die Wassersituation kritisch. In den östlichen und nördlichen Departements Frankreichs, im Ruhrgebiet, in Belgien und in den Niederlanden nimmt das Problem bereits beunruhigende Proportionen an und bedroht die wirtschaftliche Entwicklung. Dabei handelt es sich nicht nur um grundsätzliche Versorgungsschwierigkeiten, sondern auch um das bedenkliche Problem, das sich aus der Wasserverunreinigung ergibt.

Die Wasserverunreinigung ist kein neues Problem. Schon vor fünfhundert Jahren wurde in England ein Gesetz erlassen, das jedermann mit hohen Strafen bedrohte, der die Themse „verdarb" oder sie zur Abfallbeseitigung mißbrauchte. Jahrhunderte später, im Jahre 1850, registrierte der Naturforscher Milne EDWARDS die schädlichen Wirkungen der chlorhaltigen Abwässer von Papierfabriken auf den Fischbestand. Aber die Wasserverunreinigung in der Vergangenheit war unbedeutend im Vergleich zu der Wasserverseuchung unserer Tage.

Unablässig, Minute für Minute, wird Wasser mit giftigen Substanzen aus Industrie-, Haushalt- und Landwirtschafts-Abwässern, aus Haushaltsmüll und Gewerbeabflüssen mit Waschmittelrückständen, chemischen Düngemitteln und Schädlingsvertilgungs-Präparaten überladen. Allein aus den Flüssen Frankreichs strömen alljährlich 180 Milliarden Kubikmeter Wasser ins Meer, von denen 6 Milliarden Kubikmeter verunreinigt sind. Das entspricht der Ladung von 10 000 Güterzügen von je 600 Tonnen.

Der Rhein ist zu einer gigantischen Kloake geworden. Im Graubündener Tal kommen 30 bis 100 Bazillen auf jeden Kubikzentimeter Rheinwasser; beim Eintritt des Rheins in den Bodensee sind es schon 2000 geworden und stromabwärts erhöht sich die Zahl bis auf 200 000. Mineralsalze, die nicht mittels normaler Reinigungsmethoden unschädlich gemacht werden, häufen sich an und schaffen so ernsthafte Probleme für die Bevölkerung am Niederrhein, in Deutschland und den Niederlanden, denn für diese Menschen stellt der Fluß eine unentbehrliche Quelle für Trink- und Bewässerungszwecke dar. Täglich werden etwa 35 000 Tonnen Salze nach Holland hinabgeschwemmt. Ende des 19. Jahrhunderts wurden in den Niederlanden alljährlich im Niederrhein mehr als hunderttausend Lachse gefangen. Heute sind dort nur noch ein paar Überlebende zurückgeblieben. Man fängt sie nicht, denn sie sind ihres Geschmackes wegen für den Verzehr durch den Menschen nicht mehr geeignet.

Das ist kein Einzelfall. Zu Beginn unseres Jahrhunderts wurden im Tees-Fluß in Nord-England jährlich 8000 Lachse gefangen; heute gibt es solche Fische dort nicht mehr. Ihr Verschwinden ist die Folge der Errichtung zahlreicher Industriebetriebe rund um die Flußmündung. Täglich werden etwa 55 Millionen Liter Industrieabwässer in den Fluß geleitet. In Frankreich haben die Fischer an der unteren Seine ihren Beruf aufgeben müssen. Während es dort im Jahre 1900 noch fünfzig verschiedene Arten von Fischen gab, vegetieren heute in der ganzen Seine zwischen Rouen und ihrer Mündung nur noch ein paar kranke Aale.

Einige Seen in Mitteleuropa haben biochemische Veränderungen durchgemacht. Die Folgen dieser Veränderungen für das Leben der Fische und für die Verwendung des Wassers für häusliche (und teilweise sogar für industrielle) Zwecke waren katastrophal. Der Zürich-See befindet sich im Endstadium der Kettenreaktion: er ist tot.

Solche Beispiele sprechen für sich selbst. Die Wasserverunreinigung stellt für Mensch und Tier eine ernste Gefahr dar. Der Wasserbedarf in den Großstädten der westlichen Welt ist so groß geworden, daß die Behörden sich gezwungen sahen, mehr und mehr Wasser aus Flüssen und Seen zu entnehmen. Aber einige Wissenschaftler, deren Wort Autoritätsgeltung besitzt, sind der Meinung, daß gefiltertes Flußwasser nicht als Trinkwasser Verwendung finden sollte, weil es nicht die unerläßliche Voraussetzung erfüllt, frei von Viren, toxischen karzinogenen oder allergenen Substanzen, Nitriten und Nitraten zu sein. Das PASTEUR-Institut in Paris hat solche Stoffe in beträchtlichen Mengen im Trinkwasser großer Städte indentifiziert, und diese Feststellungen sind wiederholt von zahlreichen Sachverständigen bestätigt worden. Oberhalb von Paris hat eine Analyse des Seine-Wassers etwa 15 pathogene Organismen pro Kubikzentimeter festgestellt; unterhalb von Paris beträgt ihre Zahl 1 500 000.

Ironischerweise wird die Industrie, die häufig für die Wasserverunreinigung verantwortlich ist, von ihr in besonderem Maße betroffen. Während die Qualität des Wassers bei Wasch- und Kühlprozessen vielleicht weniger wichtig ist, benötigen doch viele Industrien Wasser mit besonderen Qualitäten. Man hört häufig von beträchtlichen Produktionseinbußen in Lebensmittelfabriken, weil die schlechte Beschaffenheit des Wassers zu Betriebsunterbrechungen führt oder zur Herstellung und Verwendung von destilliertem Wasser zwingt. Solche Verluste ergeben — zusammen mit den Aufwendungen für die Instandhaltung von Maschinen und Anlagen, die durch Korrosion Schaden erleiden — beträchtliche Summen. Auch die Verwendung von Wasser mit einem hohen Eisengehalt hat kostspielige Schutzmaßnahmen zur Folge. Ein einziges Kraftwerk in der Bundesrepublik, das gezwungen ist, durch Eisen verunreinigtes Wasser in seinem Kühlsystem zu verwenden, hat alljährlich sechs Millionen Mark für diesen Zweck aufzuwenden.

Aber obwohl die Behörden und die Industrie sich in zunehmendem Maße der wachsenden Gefahr der Wasserverseuchung bewußt werden, sind sie offenbar noch nicht bereit, die hohen Anfangsbelastungen auf sich zu nehmen, die zur „Bereinigung" der Situation unerläßlich sind, obwohl zu erwarten ist, daß die Errichter von Kläranlagen — trotz hoher Bau- und Betriebskosten — auf die Dauer aus diesen Installationen Nutzen ziehen werden.

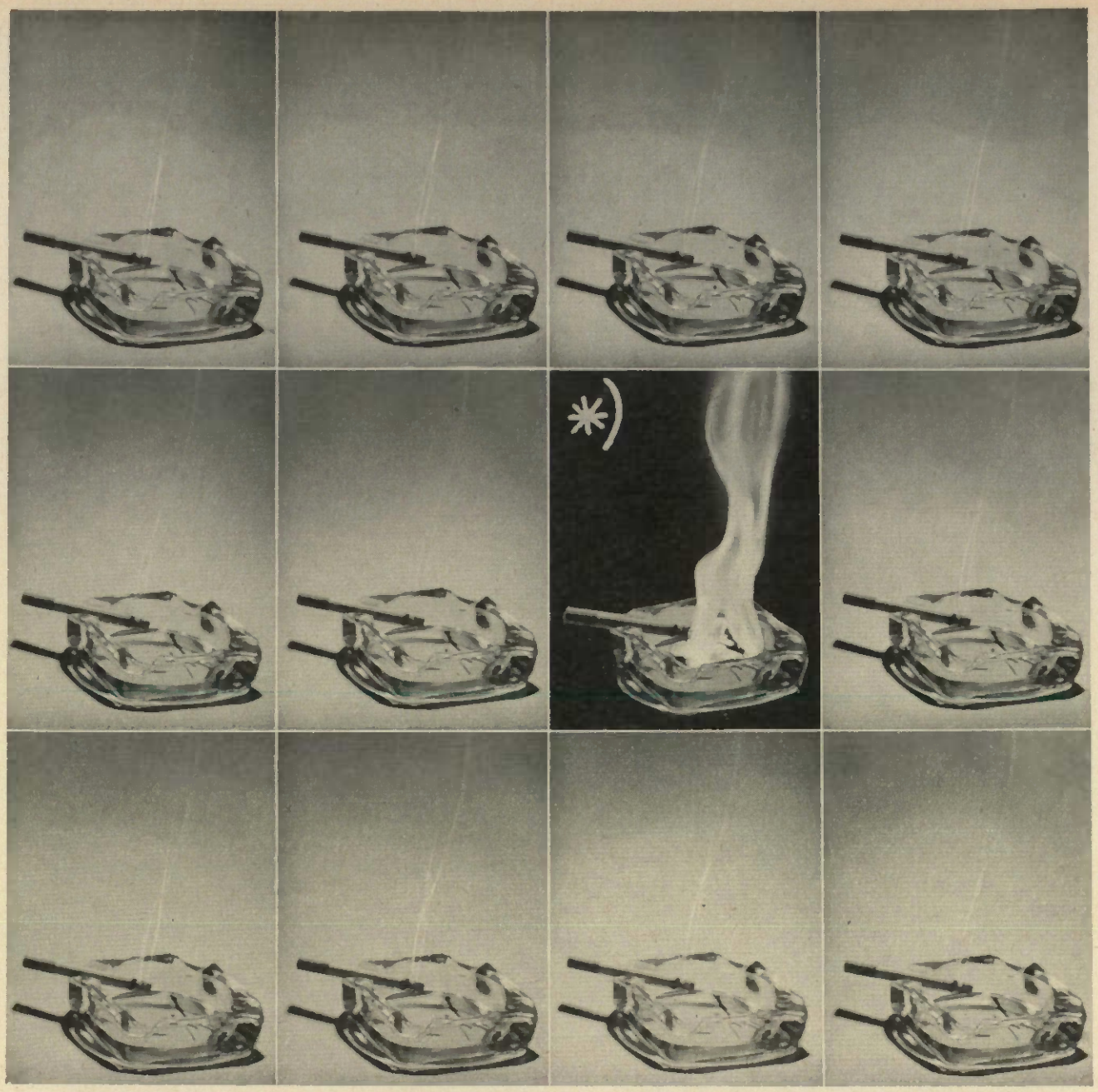
In Chikago hat sich die Gewinnung von Vitamin B 12 aus städtischen Abwässern als ein profitbringendes Verfahren erwiesen, und im Ruhrgebiet verarbeitet man den Schlamm aus den Kläranlagen zu Dünger für die Landwirtschaft. Das schwer verunreinigte Wasser der Ems wird, bevor man es in den Rhein fließen läßt, einer Klärbehandlung unterzogen. Der Rückstand, reich an Kohlenstaub, wird getrocknet und komprimiert und findet dann in den benachbarten Heizkraftwerken Verwendung, die 90 Prozent ihres Energiebedarfs aus dieser Quelle decken.

In den meisten Ländern hat man heute bereits in irgendeiner Form Gesetze gegen die Wasserverseuchung erlassen. In der Vergangenheit pflegte das bruchstückweise zu geschehen, aber nachdem die Wasserverunreinigung jüngst höchst bedrohliche Ausmaße angenommen hat, verstärken sich die Bemühungen um eine Gesamtlösung des Problems. Großbritannien hat als eines der ersten Länder den Versuch einer umfassenden gesetzlichen Regelung dieses Fragenkomplexes unternommen. Das gleiche gilt für Frankreich, Belgien und die Schweiz.

Aber nur wenige bedeutende europäische Flüsse und Flußeinzugsgebiete haben rein nationalen Charakter. Das bedeutet, daß es sich bei der Wasserverseuchung oft um ein internationales Problem handelt, und tatsächlich sind seit dem Jahre 1860 etwa vierzig einschlägige europäische Abkommen abgeschlossen worden. Man hat in jüngster Vergangenheit Aufsichtsbehörden gebildet, die für Forschung und Schutzmaßnahmen verantwortlich sein sollen, wie etwa die weithin bekannte „Internationale Kommission zum Schutz des Rheins gegen Verschmutzung". Während der Debatte in der Versammlung des Europarats hat der Vorsitzende dieser Kommission mit Bedauern die Angaben des Kultur- und Wirtschafts-Komitees bestätigen müssen. Er kündigte aber zugleich an, daß er schon bald in der Lage sein werde, als Ergebnis eines soeben durchgeführten Forschungsprogramms Vorschläge zu veröffentlichen, die dazu dienen sollen, den Rhein wieder zu „einem sauberen und reizvollen Fluß" zu machen, „in dem die Fische wieder ohne Abscheu leben können".

Zur Zeit beschäftigt sich ein ganzes Aufgebot internationaler Organisationen mit der Suche nach Lösungsmöglichkeiten für dieses Problem von elementarer Bedeutung: die UNESCO, die Weltgesundheits-Organisation, die Ernährungs- und Landwirtschafts-Organisation der Vereinten Nationen, die Internationale Atomenergie-Agentur, die OECD, der Europarat und sogar das COMECON des Ostblocks. Um eine Überschneidung der Arbeiten zu verhindern, hat die Europäische Wirtschafts-Kommission der Vereinten Nationen Jahresversammlungen einberufen, auf denen das erarbeitete Material und die Erkenntnisse der verschiedenen Organisationen zusammengefaßt werden sollen. Bei der letzten Versammlung im Vorjahr stimmte die Mehrzahl dieser Organisationen den im Housiaux-Bericht enthaltenen grundsätzlichen Vorschlägen zur Kontrolle der Frischwasser-Verunreinigung zu.

Senator HOUSIAUX hatte in seinem Bericht die Errichtung internationaler Körperschaften gefordert, die ermächtigt sein müßten, „die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um die geographischen Einzugsgebiete der Flüsse gegen die Verunreinigung zu schützen". Houslaux zufolge wäre eine Europarat-Konvention die ideale Lösung. Das Kultur- und Wissenschafts-Komitee wurde beauftragt, einen Bericht über diesen Plan auszuarbeiten. Die Unterstützung der Öffentlichkeit könnte durch die Publikation einer Wasser-Charta gefördert werden, die alle Bürger mit den Gefahren der Wasserverseuchung vertraut machen soll. Vermutlich liegt es an der Komplexität und Unübersichtlichkeit des Problems, daß die Bedenklichkeit der Wasserverseuchung in der Allgemeinheit noch längst nicht dem Interesse begegnet, das ihr gebührt. Dieses Interesse muß geweckt werden. „Das Leben in allen seinen Aspekten", heißt es in dem Housiaux-Bericht, „ist bedroht; die Zukunft der menschlichen Rasse steht auf dem Spiel." E. A.-St



*) würden Sie die Feuerwehr rufen, wenn es mal im Aschenbecher brennt?

Sie würden die kleine Flamme dach einfach auspusten, bevar sie Unheil anrichten kann.
Ebenso bewährt sich in der „Kleinen Dermatalagie"

ALSOL® bei Entzündungen, Hautläsionen, Dermatitiden

Antiphlagistisch und adstringierend, granulatiansfördernd und epithelisierend.
Verträglich auch bei hoher Hautempfindlichkeit. Souber in der Anwendung.

ALSOL®-Salbe:

Ö/W-Emulsion mit 0,5% Alsol®, pH 3,5; von besonders guter Kühlwirkung.

ALSOL®-Creme:

W/Ö-Emulsion mit 0,5% Alsol®, pH 4; mit hohem Rückfettungseffekt.

Unguentum ALSOLI® 10%:

W/Ö-Emulsion mit 10% Alsol®, pH 4; auch bei Verbrennungen 1. und 2. Grades.

ALSOL®-Puder:

0,75% Alsol®, pH 5; hochsaugfähiger kühlender Wundpuder; bei Hyperhidrosis, Entzündungen und Mazerotionen der Haut; für Kinderheilkunde und -pflege.

Liquor ALSOLI® 50%:

Verdünnungen pH 3 bis 4;
bei Entzündungen, Distorsionen, Sportverletzungen, für schmerzstillende Verbände; Spülungen und Tamponaden in der HNO- und gyn. Praxis.

unverdünnt zum Ätzen (Portio-Erosionen; Kondylome).

ATHENSTAEDT - ARZNEIMITTEL - 28 BREMEN 2

AMTLICHES

Warnung

Dr. Gustav WIENANDS, geb. 15. 3. 1908, der die Approbation als Arzt und Zahnarzt besitzt, bietet sich in verschiedenen Zeitschriften als Vertreter praktizierender Ärzte an, und zwar postlagernd über die Hauptpost Stuttgart bzw. das Postamt Oberstdorf.
Dr. Wienands ist auf Grund rechtsbeständiger Verfügung des Regierungspräsidenten von Düsseldorf vom 2. 8. 1958 die Befugnis zur Ausübung des ärztlichen und zahnärztlichen Berufes zum Ruhen gebracht worden.

Approbations- und Bestallungsangelegenheiten

Betr.: Arzt Helmut H ü b e l, Regensburg, Ostpreußenstraße 45.

Die Regierung der Oberpfalz hat mit Bescheid vom 20. 10. 1964 die durch Beschluß der gleichen Regierung vom 9. 6. 1959 ausgesprochene Untersagung der ärztlichen Berufsausübung mit sofortiger Wirkung zurückgenommen.

Betr.: Dr. med. Heinrich F r ü h w e i n, München.

Die Regierung von Oberbayern hat mit rechtskräftigem Bescheid vom 10. 12. 1963 dem Facharzt für Augenkrankheiten Dr. med. Heinrich F r ü h w e i n, München, die ihm am 6. 2. 1933 erteilte Approbation zurückgenommen. Die Bestallungsurkunde wurde eingezogen.

Betr.: Dr. med. Hildegard M i s s l b e c k, Randersacker.

Die Regierung von Unterfranken hat mit Bescheid vom 14. 12. 1962 und 30. 3. 1963 das Ruhen der Bestallung der Praktischen Ärztin Dr. med. Hildegard M i s s l b e e k, Randersacker, angeordnet. Nach rechtskräftiger Erledigung der Verwaltungsstreitsache ist dieser Bescheid inzwischen unanfechtbar geworden.

STEUERFRAGEN

Investment: Andere für sich arbeiten lassen

Von B. B a e h r i n g

Das Investmentzertifikat verwirklicht ein Grunderfordernis vernünftiger Geldanlage: Es mischt Risiken und Chancen für den Sparer. Wer kein sehr reicher Mann ist, und wer weder Zeit noch Neigung hat, seine Anlagen unter dem — notwendigen — Gesichtspunkt zu beobachten und umzuschichten, daß Sicherheit, Ertragskraft, Aussicht auf Wertzuwachs und jederzeitige Liquidisierbarkeit ein optimales Verhältnis zueinander bekommen und behalten, der beauftragt mit dem Kauf von Investmentzertifikaten Bankiers, dies alles für ihn zu tun.

Die Investmentgesellschaften stellen dem Sparer Fonds zur Mitbeteiligung zur Verfügung, die zwar alle nach dem gleichen Prinzip der möglichsten Risikominderung durch Anlagemischung arbeiten, deren Politik aber bewußt unterschiedlich ist. Der eine Fonds ist mehr auf das Erzielen hoher Erträge ausgerichtet, die an den Zertifikatbesitzer weitergegeben werden, der andere setzt vor allem auf ausgesprochene Wachstumsaktien — gelegentlich nur ganz bestimmter Branchen — und hofft so, seine Anteilbesitzer vor allem mit überdurchschnittlich steigenden Zertifikatpreisen erfreuen zu können. Wieder andere Fonds forcieren die Substanzanreicherung dadurch, daß sie satzungsgemäß alle Zins- und Dividendeneinnahmen sofort wieder in neue Wertpapiere investieren. Es gibt Fonds, die mischen ihr Vermögen nur aus deutschen Aktien oder Aktien und Renten und andere, die haben ausschließlich ausländische Wertpapiere — einige sogar nur ganz bestimmter Länder oder Ländergruppen — in ihrem Vermögen, und schließlich können Zertifikate von Fonds erworben werden, die das Glück ihrer Sparer in einer Mischung deutscher mit ausländischen Wertpapieren sehen.

Das Angebot der Fonds

Anlagezweck und Anlagerichtung der Investmentgesellschaften sind außerordentlich vielfältig. Keine Idee, die sich nicht verwirklichen und dem Sparer im Wettbewerb der Sparinstitute vorlegen ließe, sofern sie nur den strengen Sicherheitsvorschriften der deutschen oder auch — bei ausländischen Fonds — der amerikanischen Gesetzgebung entspricht; im übrigen freilich ist eher Vorsicht geboten, wenn es sich um Fonds mit Sitz im Ausland handelt — auf den Bahamas, in Panama oder in Liechtenstein beispielsweise gibt es keine Aufsicht, die über die Seriosität von Investmentgesellschaften wacht, und es könnte sein, daß gerade diese „goldene Freiheit" dazu veranlaßt, so weit abseits zu siedeln.

Wer sein Geld anlegen will (und im letzten Jahr wurden 370 Millionen DM bei den deutschen Investmentgesellschaften gespart), der kann also unter zahlreichen, beinahe durchwegs erprobten Möglichkeiten der Investition in Investmentzertifikaten wählen. Entweder haben die Fonds jeweils ihre eigene, recht ausgeprägte Charakteristik, die dem Anleger attraktiv sein soll, oder sie konkurrieren miteinander, gerade weil sie eine grundsätzlich gleiche Anlagepolitik verfolgen. Es gibt neun deutsche Wertpapierinvestment-Gesellschaften. Sie verwalten 23 Fonds, von denen ein großer Teil seine Anlagen international mischt, einige reine Branchenfonds und einige satzungsgemäß wiederanlegende Fonds sind. Einmal jährlich veröffentlichen sie einen Rechenschaftsbericht und, auf „halber Strecke", einen Zwischenbericht. Den Rechenschaftsberichten kann, in Ergänzung zu den in den Zeitungen täglich veröffentlichten Ausgabe- und Rücknahmepreisen der Zertifikate, vor allem entnommen werden: Wie haben sich der Wert der Anteile und der Umfang der Fondsvermögen im abgelaufenen Jahr entwickelt, welcher Betrag wird pro Anteil an die Zertifikatbesitzer ausgeschüttet und wie setzt er sich zusammen, wie groß ist der Zertifikatabsatz gewesen und — nicht zuletzt — wie setzt sich das Vermögen der Fonds im einzelnen zusammen?

Das ist eine gute Publizität, die nicht zuletzt auch die

Spesen erkennen läßt, die der Investmentsparer dafür zu tragen hat, daß er andere mit der Verwaltung seines Vermögens beauftragt (denen z. B. auch Kosten beim Kauf und Verkauf von Wertpapieren an der Börse entstehen). Die Berichte der Gesellschaften geben auch einen Überblick über die Entwicklung der Wertpapiermärkte, auf denen die Fonds operieren, wobei der Vergleich zwischen der Entwicklung des Aktienkursindexes und den Ausgabepreisen der Zertifikate oft beliebt ist; freilich gibt es eine Reihe von Momenten, die den Wert solcher Vergleiche beeinträchtigen. Der Sparer verlasse sich, wenn er durch einen Blick in die Vergangenheit Aufschlüsse hinsichtlich der Zukunft einer bestimmten Spargeldanlage erhofft, eher auf einen Vergleich der Zertifikatpreise verschiedener miteinander konkurrierender Fonds. Aber die Kumpel an der Ruhr sagen „hinter der Hacke ist es duster", und so weiß natürlich auch niemand, ob die bisherige „Förderung" eines Fonds auch seine künftige sein wird.

Immerhin, Aufschlüsse braucht der Mensch und will sie haben, und wenn man die Aktivität sieht, mit der etwa amerikanische Investmentfonds in der Bundesrepublik für den Absatz ihrer Zertifikate bzw. für ausgearbeitete Investment-Kaufsysteme werben, dann wird sehr deutlich, daß der Blick in die Vergangenheit ein interessanter Blick sein kann. Die deutschen Fonds haben ihn keineswegs zu scheuen, auch nicht im Vergleich zu ihren amerikanischen Konkurrenten. Für einen exakten Vergleich, das heißt unter Zugrundelegung der Zeiträume, die von amerikanischen Fonds für Rückblickanalysen gewählt werden, steht bei uns erst ein Fonds zur Verfügung.

Rückblicke und Ausblicke

In den fünf Zehnjahresperioden 1951 bis 1960 und 1955 bis 1964 machte der Erfolg einer monatlichen Anlage von 100 DM (in zehn Jahren also von 12 000 DM) dabei zwischen 24 403 DM und 63 859 DM aus; im Schnitt waren es 40 349 DM. Die Gesamtanlage hat sich also jeweils in zehn Jahren durchschnittlich mehr als verdreifacht; in keiner der Perioden kam es zu einem Verlust.

Eine Einmalanlage von 10 000 Dollar in einem bekannten amerikanischen Fonds in der Zeit vom 2. 1. 1953 bis zum 31. 12. 1962, also wieder zehn Jahre, ist auf einen Wert von 47 081 Dollar angewachsen. In der gleichen Zeit wuchs der Wert einer Einmalanlage von 10 000 DM auf 71 902,91 DM.

Hier noch einige andere Beispiele (ZE = Zahlungseinheit): Ersteinzahlung am 4. 1. 1954; 50 ZE, anschließend monatlich 25 ZE bis einschließlich November 1963, insgesamt also 3000 ZE in zehn Jahren. Am 31. 12. 1963 betrug der Rücknahmewert bei einem bekannten amerikanischen Fonds 5920 ZE, bei dem deutschen Fonds 7448 ZE.

Ersteinzahlung am 4. 1. 1954; 200 ZE, anschließend monatlich 100 ZE bis einschließlich November 1963, insgesamt also 12 000 ZE in zehn Jahren. Rücknahmewert am 31. 12. 1963 bei einem bekannten amerikanischen Fonds 24 232 ZE, bei dem deutschen Fonds 29 788 ZE.

Ersteinzahlung am 2. 4. 1951; 200 ZE, anschließend monatlich 100 ZE bis einschließlich August 1963, insgesamt also 15 000 ZE in zwölfeinhalb Jahren. Rücknahmewert am 30. 9. 1963 bei einem bekannten amerikanischen Fonds 31 599 ZE, bei dem deutschen Fonds 58 555 ZE.

Was die Zukunft betrifft, so hängen die Dinge ganz von der Entwicklung der Aktienbörse ab. Und davon natürlich, daß man sich etwas einfallen läßt, um das jeweils Beste aus der gegebenen Lage zu machen. Oder davon, daß man Gutes weiterentwickelt im Wettbewerb mit jedermann, der die Ersparnis des Bürgers in seine Anlagetöpfe lenken möchte.

Doch tun wir zunächst noch einen Blick auf ein Gebiet, mit dem die Sparer von den Fonds im allgemeinen nicht so sehr gern befaßt werden, auf das Gebiet der Spesen. Wenn die oben angeführten Vergleichsreihen so aussehen wie dargetan, so liegt das eben (außer an der Börsenentwicklung beispielsweise natürlich) auch daran, daß die amerikanischen Investmentgesellschaften bedeutend höhere Spesen berechnen müssen als die deutschen, denn die amerikanischen Investmentunternehmungen können sich — etwa in bezug auf die Wertpapieranalyse, die jeder guten Anlageentscheidung vorausgehen muß — nicht auf Einrichtungen und Spezialisten in Gesellschafterbanken stützen; sie müssen ihren eigenen, recht kostspieligen Apparat unterhalten. Das gilt nicht zuletzt auch für den Vertrieb der Zertifikate. Den deutschen Fonds stehen die deutschen Kreditinstitute, vornehmlich natürlich die eigenen Gesellschafterbanken, für den Absatz der Zertifikate zur Verfügung. Die amerikanischen Fonds bieten ihre Zertifikate — auch in der Bundesrepublik — fast nur über eigene Vertreterstäbe an.

In den USA betragen die Investmentspesen in der Regel 8,5 Prozent der angelegten Sparbeträge und reduzieren sich mit zunehmender Höhe der Anlage nicht unwesentlich. Der in Deutschland generell übliche Satz von 3,2 Prozent wird erst bei einer Anlage von 100 000 Dollar (400 000 DM) unterschritten, wie von deutschen Investmentgesellschaften festgestellt wird. Die laufenden Verwaltungskosten werden in den USA meist mit 0,5 Prozent des Fondsvermögens, bei den deutschen Fonds dagegen nach Maßstäben berechnet, die im Schnitt 0,2 Prozent ergeben. Es liegt auf der Hand, daß sogenannte Dach-Fonds, also Fonds, die keine Aktien, sondern Anteile von anderen Investmentfonds in ihren Beständen haben, noch höhere Kosten kalkulieren müssen, denn zu den Spesen, mit denen die Zertifikate des Fondsvermögens belastet sind, kommen noch die Spesen, die der Dach-Fonds selbst hat; derartige Dach-Fonds sind nach deutschem Recht unzulässig, unterliegen aber, selbst wenn in Deutschland angeboten, als ausländische Fonds der deutschen Investmentgesetzgebung auch nicht (ebensowenig übri-

38. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 23. bis 25. September 1966

gens, wie sie der strengen amerikanischen Investmentaufsicht unterstehen, wenn sie ihren Sitz außerhalb der USA wählen).

Da bei uns erst 56 DM pro Kopf der Bevölkerung in Investmentzertifikaten angelegt sind — in den USA 615 DM —, darf die Bundesrepublik, was diese Sparform angeht, als eine Art Entwicklungsland angesehen werden.

Der Grundgedanke, nach dem amerikanische Fonds arbeiten, ist durchaus attraktiv. Man bietet bevorzugt Sparpläne oder „Akkumulationskonten" an. Das geht von folgenden Überlegungen aus: Auf lange Sicht ist infolge der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung damit zu rechnen, daß das Aktienkursniveau steigt. Das wird selbstverständlich unter Schwankungen nach unten und oben geschehen. Also handelt der Anleger vernünftig und zu seinem Vorteil, der während einer längeren oder langen Zeit, ohne Rücksicht auf die jeweilige Börsenlage, regelmäßig einen bestimmten Betrag in Investmentzertifikaten oder in Ansprüchen auf Zertifikate investiert. Er wird im Schnitt einen günstigen Einstandspreis erzielt haben.

Das ist geschickt und „echt amerikanisch"; es läßt sich übrigens auf jede Art von Spargeldanlagen in „dynamischen" Wertpapieren anwenden, nur daß beim Investmentsystem die grundsätzlich immer wichtige breite Anlagemischung gerade auch für den Normalanleger am einfachsten zu erlangen ist. Wir haben es mit dem „Dollar-cost-Average-Verfahren" zu tun, das ein pragmatischer Sinn, verbunden mit kluger Beobachtungsgabe und einem Hang zur Systematik gefunden hat.

Sparpläne spielen die größere Rolle. Sie sehen feste, in regelmäßigen Abständen erfolgende, über zehn oder auch zwölfeinhalb Jahren hinweglaufende Einzahlungen vor, wobei die Hälfte der für den ganzen Sparplan anfallenden Spesen bereits im ersten Vertragsjahr von der Einzahlung abgebucht wird. Das bedeutet: Der Plansparer kann zwar jederzeit mit seinen Beitragszahlungen aufhören, aber die Spesen für die ganze zehn- oder zwölfeinhalbjährige Sparzeit hat er jedenfalls ganz oder größtenteils bereits bezahlt. Aufhören ist also teuer; anders gesagt: die wirtschaftliche Bindung an den Sparplan ist groß. Und es bedeutet zweitens, daß die ersten Einzahlungen, die ja am längsten an der Wiederanlage der Erträge teilnehmen, durch die Spesenzurechnung am stärksten gemindert sind. Sie sollten aber im Interesse des Anlegers besonders hoch bleiben.

Das also sind einige Daten zur Wettbewerbslage in diesem fraglos noch stark entwicklungsfähigen Bereich bei uns. Sie reizen, das Gute des amerikanischen Einfalls zu nehmen und es — unter Weitergabe des durch die Anlehnung an das Bankensystem gegebenen Kostenvorteils — zu einem eigenen Angebot zu formen. Eine deutsche Investmentgesellschaft entwickelte ein „Aufbaukonto" auf das jeder Teilnehmer regelmäßig oder unregelmäßig Beträge von gleicher oder unterschiedlicher Höhe einzahlen kann (am lukrativsten sind regelmäßige Zahlungen von gleicher Höhe), die in Anteile oder Anteilsbruchrechte des gewünschten Fonds umgerechnet und gutgeschrieben werden; die Anteilscheine werden kostenlos verwahrt. Auch mit einer größeren Einmalzahlung kann ein „Aufbaukonto" begründet werden; die Erträge werden stets umgehend wieder investiert, was den Kumulationseffekt im Laufe der Jahre wesentlich verstärkt, sie können aber auch an den Sparer ausgeschüttet werden. Das Erreichen des Sparziels kann im übrigen dadurch bis zu einem gewissen Grade sichergestellt werden, daß ein „Aufbaukonto" in Verbindung mit einer Risiko-Lebensversicherung begründet wird.

Doch es ist nicht nur daran gedacht, daß der Sparer immer fleißig zahlt — man bietet ihm auch die planmäßige Möglichkeit der Nutzung des Ersparten. Zusammen mit dem „Aufbaukonto" offeriert man einen „Auszahlplan", der natürlich erst interessant wird, wenn die Einzahlungen eine gewisse Höhe erreicht haben. Nach diesem Verzehrplan können entweder nur die Erträge des aufgelaufenen Kapitals oder aber auch die Summen ausgeschüttet werden, die den Verzehr auch des Kapitals binnen eines vom Sparer selbst gewünschten Zeitraums herbeiführen. Die letztere Möglichkeit berührt sich optisch mit der privaten Rentenversicherung, unterscheidet sich von dieser freilich in einem wesentlichen Punkt: die Rentenversicherung beruht auf einem Risikoausgleich aller Verträge, wodurch der Kapitalverzehr frühestens mit dem Todesfall endet, kommt dieser nun früher oder später.

Anschr. d. Verf.: Bernd Baehring, *8021 Straßlach, Frundsbergstraße 3.*

Revonal®
Revonal® retard
922
Einschlaf- und Wiedereinschlafmittel
Tabletten zu 0,2 g Methaqualon Packungen mit 10 und 20 Tabletten
Einschlaf- und Durchschlafmittel
Zweischichtentabletten zu 0,3 g Methaqualon
Packungen mit 10 und 20 Tabletten
Zwei »patente« Schlafmittel
E. Merck DARMSTADT

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Manat Mai 1966*)

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach nahm im Mai erneut ab, auf 100 000 der Bevölkerung trafen im April 74, im Mai 69 Fälle (auf ein Jahr umgerechnet). Die absolute Zahl stieg nur deshalb etwas an, weil für den Monat April vier Wochenergebnisse, für Mai jedoch fünf zusammengefaßt wurden. An Diphtherie erkrankte im Berichtsmonat nur mehr eine Person, übertragbare Hirnhautentzündung (übrige Formen) trat um einige Fälle mehr als im April auf. Erkrankungen an übertragbarer Kinderlähmung wurden nicht berichtet.
Mit Beginn der wärmeren Jahreszeit traten übertragbare Krankheiten der Verdauungsorgane wieder häufiger auf. Geringfügig erhöhte sich im Mai die Zahl der Typhus- und Paratyphuserkrankungen; deutlicher nahm die Erkrankungsziffer von bakterieller Ruhr und Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) zu. Die Ruhrfälle traten zum überwiegenden Teil in örtlichem und zeitlichem Zusammenhang im Landkreis Sonthofen auf. Die Häufigkeit von Hepatitis-Erkrankungen (übertragbare Leberentzündung) ging dagegen von 41 Fällen je 100 000 Einwohner im April auf 36 Fälle im Mai zurück.

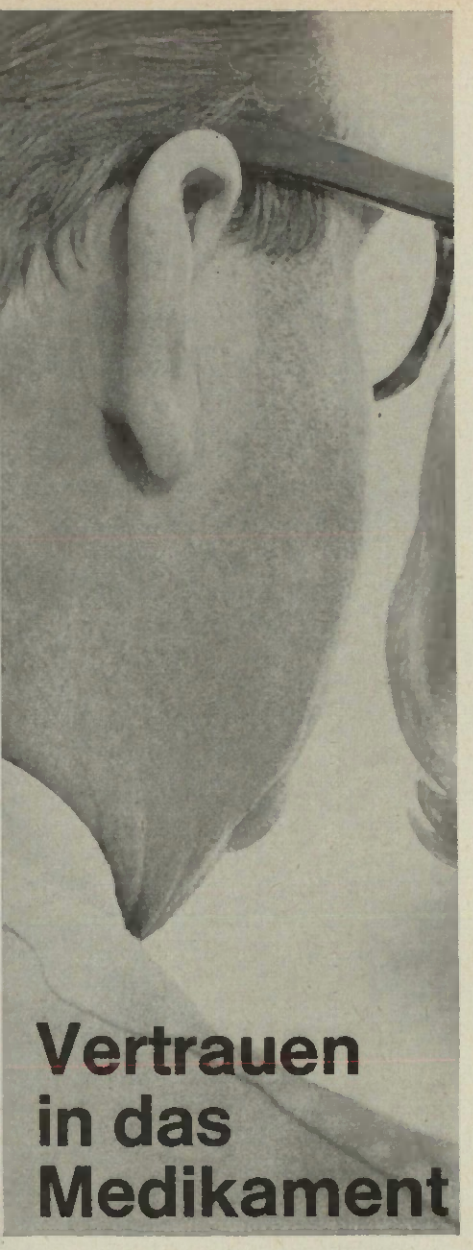
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. Mai bis 4. Juni 1966 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3			4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung			Übertragbare Hirnhautentzündung: Meningokokken-Meningitis		Übertragbare Hirnhautentzündung: Übrige Formen		Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa: Salmonellose		Enteritis infectiosa: Übrige Formen		Botulismus	
	E[1])	ST[2])	E	ST	dar. paral. Fälle	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	296	—	—	—	—	5	—	10	2	—	—	3	—	—	—	7	—	50	—	1	—	8	—
Niederbayern	—	—	31	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	1	—	8	—	—	—	14	—	—	—	1	—
Oberpfalz	—	—	20	—	—	—	—	5	1	1	—	—	—	2	—	—	—	7	—	73	—	—	—	—	—
Oberfranken	1	—	98	—	—	—	—	6	—	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	81	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	3	—	3	—	4	—	6	1	—	—	1	—
Unterfranken	—	—	71	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	2	—	1	1	1	—
Schwaben	—	—	75	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	2	—	81	—	12	—	6	—	—	—
Bayern	1	—	672	—	—	—	—	21	1	26	3	1	—	13	—	14	—	99	—	162	1	8	1	11	—
München	—	—	145	—	—	—	—	1	—	6	2	—	—	1	—	—	—	4	—	24	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	35	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	3	—	3	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	11	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25	
	Hepatitis infectiosa		Milzbrand		Ornithose: Psittacosa		Ornithose: (übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut[3])		Brucellose: Bang'sche Krankheit		Brucellose: übrige Formen		Kindbettfieber[4])		Conicotyphus		Malariaerkrankung		Q-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	84	1	—	—	1	—	—	—	4	—	—	—	1	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Niederbayern	67	1	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	1	2	1
Oberpfalz	24	—	—	—	—	—	—	—	24	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—
Oberfranken	32	—	—	—	—	—	3	—	12	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Mittelfranken	27	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—
Unterfranken	74	—	—	—	—	—	1	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	40	—	4	—	—	—	—	—	52	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	348	2	4	—	5	—	5	—	106	—	5	—	1	—	1	—	1	—	2	—	1	—	10	1	5	1
München	43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Augsburg	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.
1) E = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.
2) ST = Sterbefälle.
3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines Tieres oder Tierkörpers.
4) Kindbettfieber bei oder nach Fehlgeburt.



Vertrauen in das Medikament

Vertrauen in den Arzt

Sicherheit für beide

Pe 65 A4 11 rass

Penbrock®

Therapeutische Sicherheit ist die erste Bedingung, die Klinik und Praxis an ein Antibiatikum stellen!

Penbrock – das erste Breitspektrum-Penicillin der Welt – wird dieser Forderung gerecht, weil es gleichzeitig gegen grampositive und gramnegative Erreger wirkt.

Mit hohen Blut-, Urin- und Gewebespiegeln bietet es sich besonders an zur Behondlung der chronischen Infekte!

Penbrock ist als Penicillin untoxisch!

beim Urogenital-Infekt

bei chronischer Bronchitis

bei Infekten der Darm- und Gallenwege

...in der Forschung voraus

Deutsche Beecham GmbH
795 Biberach an der Riss

MITTEILUNGEN

Notfallsituation „Das akute Abdomen"

Neuer medizinischer Film für den Praktischen Arzt

Unter dem Titel „Das akute Abdomen" hat die Pharmazeutisch-Wissenschaftliche Abteilung der Farbenfabriken BAYER einen neuen medizinischen Fortbildungsfilm herausgebracht. Der Film aus der Reihe „Notfallsituationen" wurde am 1. 6. 1966 in der Berliner Kongreßhalle im Rahmen des 15. Deutschen Kongresses für ärztliche Fortbildung uraufgeführt.

„Das akute Abdomen" umfaßt nahezu das gesamte Gebiet der großen Chirurgie, mit dem der Praktische Arzt noch direkt in Berührung kommt. Die Gesundheit und oft sogar das Leben des Patienten hängen in vielen Fällen davon ab, ob der Praktische Arzt, ausgehend von der richtigen Diagnose, rechtzeitig die Entscheidung trifft, ihn zu hospitalisieren. Sehr viele Zustände können ein akutes Abdomen verursachen oder vortäuschen. Der Farbfilm bietet dem Praktischen Arzt ein Schema der Diagnostik für die am häufigsten vorkommenden Zustände, dabei werden gewisse Überlegungen zum ersten Male der medizinischen Öffentlichkeit dargeboten. Das Thema des Films wird mit Hilfe von klinischen Demonstrationen, graphischen Darstellungen und der Röntgen-Kinematographie behandelt.

Die Bayer-Filmserie „Notfallsituationen" war mit dem Film „Patient im Kreislaufschock" eröffnet worden. Der zweite Film in dieser Reihe ist „Das akute Abdomen". Bayer will mit dieser Serie über aktuelle medizinische Probleme dem Praktischen Arzt vor allem Hinweise zur rechtzeitigen Erkennung und Behandlung gefährlicher, unvermittelt auftretender Krankheitszustände geben.

Medizinische Leitsätze zur Lärmbekämpfung

Eine wertvolle wissenschaftliche Grundlage für die Beurteilung der Wirkung von Lärm auf den Menschen stellen die „Medizinischen Leitsätze zur Lärmbekämpfung" dar. Die Leitsätze wurden im Auftrage der Internationalen Vereinigung gegen den Lärm (Association Internationale Contre le Bruit — AICB) bearbeitet und anläßlich ihres IV. Kongresses in Baden-Baden herausgegeben.

Die Leitsätze sind zum Preise von 12 DM zu beziehen (zuzüglich Versandkosten) über die Geschäftsstelle des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes e. V., 532 Bad Godesberg, Plittersdorfer Straße 93.

Bauvorhaben im Bereich der Landeshochschulen

Universität München:

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat den Gesamtbauauftrag für den Neubau der Strahlenabteilung der I. Frauenklinik, die Schaffung von Personalunterkünften und die Erweiterung der Wäscherei auf die Beschaffung und Aufstellung eines 42-MeV-Betatrons ausgedehnt. Die Gesamtbaukosten, die sich damit um 330 000 DM erhöht haben, wurden auf 9 430 000 DM neu festgesetzt.

Universität Würzburg:

Das Kultusministerium hat Bauauftrag für den Neubau des Instituts für Pharmazie und Lebensmittelchemie auf dem Erweiterungsgelände der Universität am Stadtrand bei Gerbrunn erteilt, dessen Gesamtkosten auf 11 500 000 DM festgesetzt worden sind.

Das Kultusministerium hat für die Errichtung von Behandlungsräumen für die Nuklearmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik Bauauftrag erteilt. Die Kosten hierfür werden 150 000 DM betragen.

Dringlich zu besetzender Kassenarztsitz

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns — Bezirksstelle Oberbayern — schreibt hiermit den dringend zu besetzenden Kassenarztsitz eines

Allgemeinpraktikers in Altenmarkt/Alz
Kreis Traunstein

aus.

Praxisräume können vorübergehend einem Nachfolger zur Verfügung gestellt werden.

Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8 München 23, Königinstraße 85/II.

Ferienaufenthalt in München oder Bad Aibling gesucht

Französischer Arzt sucht eine Arztfamilie in München oder Bad Aibling, bei der sich seine 17½jährige Tochter vom 5. bis 25. 9. 1966 als zahlender Gast aufhalten könnte.

Anfragen sind an die Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, zu richten.

ULCOLIND®

UNTERBRICHT

die pathogenetische Kette,

die vom Stress, über eine vegetative Fehlsteuerung der Vasomotoren zu Spasmen der glatten Muskulatur, lokaler Mangeldurchblutung, Hypermotilität und Hypersekretion führt und damit die **Ulcus- und Gastritisgenese** erklärt. – Die zweiphasige Wirkung von **Ulcolind** zielt folgerichtig:

1.) auf eine Abschirmung von Störungen aus dem vegetativen Bereich und eine nachhaltige Spasmolyse (Haloperidol 0,1 mg, Diisopromin HCl 2 mg)

2.) auf eine lokal-symptomatische Therapie an Magen und Darm (Bismut. alumin. 100 mg, Magnes. trisilic. 100 mg, Succus liquirit. 400 mg).

30 Tabletten DM 4,00
60 Tabletten DM 7,15

ULCOLIND LINDOPHARM

Lindopharm KG Hilden Rhld

Zuständigkeit für die Tuberkulosehilfe an Kriegsgeschädigte

Wenn die Tuberkulose als Folge einer Schädigung anerkannt ist oder rückwirkend anerkannt wird, richtet sich der Anspruch auf Tuberkulosehilfe gegen die Versorgungsverwaltung. Die Versorgungsverwaltung ist auch verpflichtet, Beschädigte mit anerkannter Tuberkulose und ihre Familienangehörigen zu beraten und in geeigneter Weise aufzuklären, wie die Heilung gefördert und gesichert, die Pflege durchgeführt und eine Ansteckung vermieden werden kann.

Wenn der Beschädigte, dessen Tuberkulose Folge einer Schädigung sein könnte oder bei dem sie als Schädigungsfolge anerkannt ist, selbst keinen Antrag auf Tuberkulosehilfe stellt, kann das Gesundheitsamt die der Tuberkulosehilfe entsprechenden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz beantragen.

Schwierigkeiten hinsichtlich der Zuständigkeit zur Gewährung der Tuberkulosehilfe konnten dann auftreten, wenn eine aktive behandlungsbedürftige Tuberkulose festgestellt wurde, ohne daß die genaue Zuständigkeit feststand. Für diese Zweifelsfälle bestimmt nunmehr das Rundschreiben des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 25. 11. 1965, daß künftig, wenn eine Person an aktiver behandiungsbedürftiger Tuberkulose erkrankt und nicht feststeht, welche Stelle zur Hilfegewährung verpflichtet ist, der Sozialhilfeträger die notwendige Tuberkulosehilfe durchzuführen habe, wenn zu befürchten ist, daß sie sonst nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt würde. Der Sozialhilfeträger unterrichtet die Stelle, die er für verpflichtet hält, unverzüglich über seine Maßnahmen. Ist die Tuberkulose als Folge einer Schädigung anerkannt oder wird sie rückwirkend anerkannt, richtet sich der Erstattungsanspruch gegen die Versorgungsverwaltung. Damit ist jetzt gewährleistet, daß die sofortige Behandlung einer aktiven Tuberkulose ohne vorhergehende zeitraubende Feststellung der Zuständigkeit vorgenommen werden kann. Bei Beschädigten, die zugleich Versicherte im Sinne des § 1244a RVO sind, wird in der Regel ein vorläufiges Eintreten des Sozialhilfeträgers vermieden werden können, weil der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die Erstattung der Kosten gegenüber dem Rentenversicherungsträger ausdrücklich zugelassen hat. Das gleiche gilt für die analogen Versicherungsverhältnisse des Angestelltenversicherungsgesetzes und des Reichsknappschaftsgesetzes. —alpe—

Millionen unterwegs zum Urlaubsziel

ADAC: Brennpunkte des Verkehrs umfahren — Routen mit Vernunft wählen

In den nächsten Wochen rollt das motorisierte Millionen-Heer der Ferienfahrer auf Straßen und Autobahnen zu den gewählten Urlaubszielen. Jeder zweite deutsche Bundesbürger wird in diesem Jahr in den Urlaub fahren, sagen die Meinungsforscher. Zur Zeit sind in der Bundesrepublik ca. 10,4 Millionen Pkw zugelassen. Zusammen mit den ausländischen Autotouristen werden in den nächsten Wochen zwischen 7 und 8 Millionen Autos, mit erholungsuchenden Urlaubern besetzt, auf der Fahrt durch die Bundesrepublik sein.

Für einen solchen Millionen-Auto-Reiseverkehr, zusammengedrängt auf eine knappe Zeit, ist weder das deutsche Straßennetz noch das der Nachbarländer ausgebaut. Stauungen im Verkehrsstrom werden sich daher kaum vermeiden lassen. Auf keinen Fali werden sie aber durch Baustellen verursacht werden. Die europäischen Verkehrsminister haben alles unternommen, um in den Ferienmonaten einen einigermaßen zügigen Reiseverkehr zu sichern. Als wichtigste Voraussetzung ist zugesagt, daß es in allen Reiseländern in dieser Zeit keine Straßen- und Autobahn-Baustellen geben soll. In der Bundesrepublik werden zwischen dem 25. Juni und dem 26. September die Autobahnen von Baustellen, die nicht vierspurig befahren werden können, frei sein. Auch auf wichtigen Bundesstraßen soll nach Möglichkeit in dieser Zeit an der Fahrbahndecke nicht gearbeitet werden. Ebenso sollen die internationalen Haupt-Verkehrsstraßen in diesem Zeitraum von Bauarbeiten weitgehendst freigehalten werden.

Durch den Weiterausbau des Autobahnnetzes konnte ein Engpaß, nämlich das Frankfurter Kreuz, weitgehendst durch die neue Autobahn-Eck-Verbindung Mönchhof—Darmstadt, entschärft werden. Ein weiterer Engpaß, und zwar das Nürnberger Kreuz, soll bis zum 26. Juni ausgebaut sein. Es wird hier vom Autobahn-Kreuz in Richtung Süden eine 2 Kilometer lange dritte Fahrspur gebaut, die das Einfädeln der Fahrzeuge aus Richtung Frankfurt/Main erheblich erleichtern soll. Zusätzlich wird noch zwischen dem Nürnberger Autobahnkreuz und der Anschlußstelle Nürnberg/Feucht eine Standspur gebaut, so daß liegengebliebene Fahrzeuge in diesem Abschnitt den Verkehr nicht mehr behindern.

NERVO·OPT®
beruhigt die Nerven und bringt erquickenden Schlaf
OP zu 200 ccm
OP zu 50 Drogees
DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

Nach Feststellung der ADAC-Verkehrs-Experten gibt es aber immer noch einige besonders neuralgische Punkte im deutschen Autobahnnetz, so zwischen dem Oberhausener Kreuz und dem Leverkusener Kreuz, zwischen Leverkusener Kreuz und Autobahn-Dreieck Köln-Heumar und zwischen dem Autobahn-Dreieck Köln-Heumar und der Anschlußstelle Neustadt/Wied, zwischen den Anschlußstellen Hamburg/Harburg und Maschen, sowie Bad Homburg und Frankfurter Kreuz. Gibt es hier Stauungen mit stundenlangen Wartezeiten, dann empfiehlt es sich, auf die parallellaufenden Bundesstraßen auszuweichen.

Oft entstehen Stauungen durch Auffahrunfälle. Daher ermahnt der Allgemeine Deutsche Automobil-Club (ADAC) e. V., alle Autofahrer nochmals, genügend Abstand zu halten, und vor allem die Sendung des Polizei-Warnfunks abzuhören, die vom Deutschlandfunk, von den regionalen Sendern und von Radio Luxemburg verbreitet werden. Es ist zweckmäßig, wenn jeder Autotourist sich vor Antritt der Reise das vom ADAC herausgegebene Merkblatt „Autoradio unterwegs" besorgt, das eine Übersicht über alle Sendungen, die Verkehrsdurchsagen bringen, enthält. Dieses Merkblatt ist bei jeder ADAC-Geschäftsstelle zu erhalten. Vor Antritt der Ferienfahrt empfiehlt der ADAC, die Karten sorgfältig zu studieren, Urlaubsrouten mit Überlegung zu wählen! Eine vernünftige Kombination bei der Anfahrt zum Zielort, und zwar Autobahnen und Bundesstraßen, kann sehr nützlich sein.

Die folgenden, vom ADAC empfohlenen Ausweichrouten geben die Möglichkeit, einige der Brennpunkte des Verkehrs zu umfahren. Die angegebenen Bundesstraßen wurden vom Bundesverkehrsministerium geprüft; es wurde versichert, daß diese Ausweichstrecken voraussichtlich frei von Baustellen sein werden.

A: Frankfurt—München

Sollte das Nürnberger Kreuz trotz des Ausbaues den Verkehr nicht reibungslos bewältigen können, wird folgende Ausweichroute empfohlen:

Autobahn-Ausfahrt Würzburg/Randersacker — B 13: Ansbach—Weißenburg/Bay.—Ingolstadt (Anschlußstelle Manching).

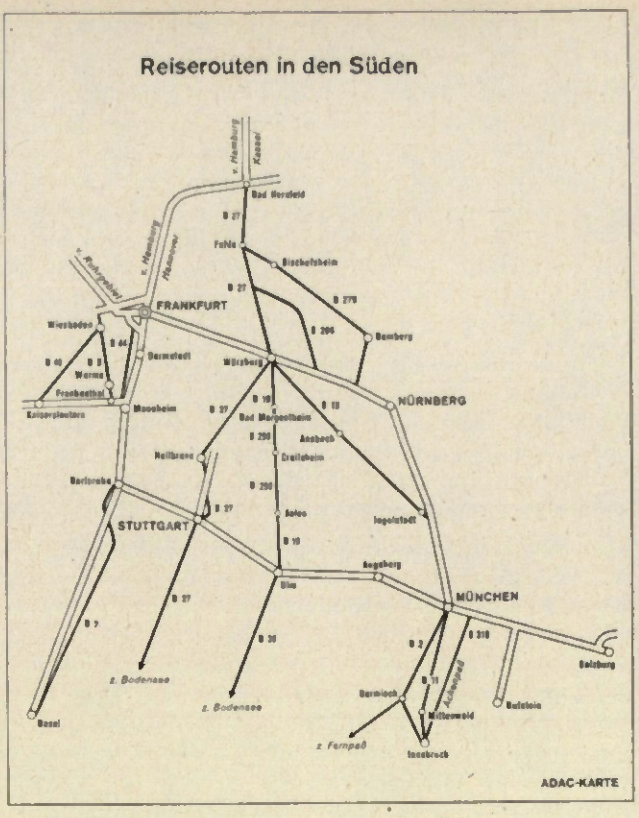
Wer nicht München zum Ziele hat, sollte das Stadtzentrum möglichst meiden, da der U-Bahnbau erhebliche Behinderungen für den städtischen Verkehr gebracht hat. Wir empfehlen, wer auf der Autobahn aus Richtung Nürnberg anfährt, soll die Autobahn bei der Ausfahrt München/Nord verlassen und über die Verbindungsstraßen zur Autobahn Salzburg fahren. Diese Verbindungsstraße, die sich aus Teilen des Äußeren und Mittleren Ringes zusammensetzt, ist fast durchwegs vierspurig ausgebaut und gut beschildert. München wird nur am Rande berührt und, wenn nicht gerade Stoßverkehr (7.00 bis 8.30 Uhr und 16.00 bis 18.30 Uhr) herrscht, ist ein zügiges Vorwärtskommen möglich.

B: Frankfurt—Basel

Die neue Autobahn Mönchhof—Darmstadt bringt eine starke Entlastung des Frankfurter Kreuzes. Wenn man jedoch den überlasteten Autobahn-Abschnitt Frankfurt—Mannheim umgehen will, gibt es folgende Ausweichmöglichkeiten:

1. Autobahn Mönchhof—Darmstadt, Anschlußstelle Büttelborn, B 26; B 44: Gersheim, Autobahn-Anschlußstelle Mannheim/Nord; Autobahndreieck Viernheim, Autobahn Mannheim—Basel.

2. Autobahnkreuz Wiesbaden/Mainz—Erbenheimer Kreisel; B 455: Mainz-Kastel—Rheinbrücke; B 9 (modern ausgebaut, wenige Ortsdurchfahrten): Worms, Autobahn-Anschlußstelle Frankenthal/Worms, Autobahndreieck Viernheim, Autobahn Mannheim—Basel.



C. Frankfurt—Bodensee

1. Autobahn Frankfurt—Karlsruhe (vgl. auch B 1 und 2), Stuttgart; B 27 (bis Balingen gut ausgebaut): Rottweil—Donaueschingen bzw. Tuttlingen—Schaffhausen bzw. Bodensee.

2. Autobahn Frankfurt—Karlsruhe—Ulm; dann B 30 (überwiegend als Schnellverkehrsstraße ausgebaut): Biberach—Ravensburg—Lindau.

3. Frankfurt—Autobahn Würzburg (Anschlußstelle Würzburg/Süd); B 19: Bad Mergentheim; B 290: Aalen; B 19: Ulm; B 30: Ravensburg—Friedrichshafen—Meersburg—Konstanz oder Ravensburg B 467; B 30: Lindau—Bregenz.

D: Hamburg—München

1. Autobahn Hamburg—Kassel—Bad Hersfeld; B 27: Fulda—Würzburg, weiter wie A.

2. Autobahn Hamburg—Kassel—Bad Hersfeld; B 27: Fulda; B 279 (zwischen Bad Neustadt und Königshofen auf 3 km sehr schlechter Fahrbahnzustand): Königshofen—Bamberg—Höchstadt—Autobahn.

3. Autobahn Hamburg—Kassel—Bad Hersfeld; B 27: Bad Brückenau; B 286: Schweinfurt—Autobahn-Anschlußstelle Schweinfurt/Süd, Autobahn Nürnberg—München.

E: Frankfurt—Saarbrücken

Autobahn Frankfurt in Richtung Köln, Anschlußstelle Raunheim; B 43: Süd-Main-Schnellweg—Weisenauer Brücke (Rheinbrücke); B 40: Kaiserslautern—Autobahn Saarbrücken.

Beiersdorf

Bei Sportverletzungen

an Muskeln,
Bändern und
Gelenken

zur Stützung,
Ruhigstellung,
Schmerzlinderung

bewegungsfügige
Kompressionsverbände
mit

ELASTOPLAST®

P. Beiersdorf & Co. A.-G.
Hamburg

EI 147

BUCHBESPRECHUNGEN

Prof. Dr. med. H. RINK, Direktor der Rheinischen Landesklinik „Marienheide", unter Mitarbeit von Dr. med. H. BODENSTAB, Dr. med. H. A. GERLACH, Dr. med. E. KNOCHE: **„Der Lungenkrebs, Klinik — Praxis — Problematik"**. 387 Seiten, 188 Abbildungen in 292 Einzeldarstellungen (davon 18 farbige), 26 Tabellen, Ganzleinen, 98 DM. F. K. SCHATTAUER-Verlag, Stuttgart.

In seinem Buch „Der Lungenkrebs" gibt der Verfasser eine umfassende Übersicht über alle Probleme des Bronchialkarzinoms. Unter Berücksichtigung des Schrifttums und unter Heranziehung der Statistik weist er auf, daß diese Krankheit noch immer im Ansteigen begriffen ist, also sicher in den kommenden Jahren und Jahrzehnten ein Hauptproblem des diagnostischen und therapeutischen Bemühens der Ärzteschaft bleiben wird. Durch diese Tatsache ist aber auch die ausführliche Darstellung im Buche RINKs berechtigt.

Nach einer Einleitung mit Erörterung allgemeiner Aspekte, pathologisch-anatomischer Überlegungen, Besprechung von Entwicklungsfaktoren und statistischen Ergebnissen wendet sich der Verfasser der Klinik zu. In Anbetracht der Wichtigkeit der Früherkennung und Früherfassung des Lungenkrebses werden die Symptome des Leidens außerordentlich ausführlich und an Hand glänzender Beispiele besprochen, wobei jeder Form des Lungenkrebses die typischen Erscheinungen zugeordnet werden. Als eine sehr zuverlässige und zukunftsreiche Methode zur Erhärtung der Diagnose werden die Zytodiagnostik und die Möglichkeiten der Biopsie erörtert. Nach einer Besprechung der Differentialdiagnostik widmet Rink dem Problem des Zusammenhangs zwischen Trauma und Karzinom und Beruf und Karzinom ein kurzes Kapitel. Den Abschluß bildet die Besprechung der Therapie.

Den internistisch tätigen Kollegen, den Röntgenologen und Lungenfachärzten und dem Krankenhausarzt wird das Buch viele wertvolle Anregungen geben. Da aber in der Früherkennung und Früherfassung des Lungenkrebses den Praktischen Ärzten eine entscheidende Stellung zukommt, ist es auch allen Praktischen Ärzten wärmstens zu empfehlen. Dr. St.

LINDENBERG, Wladimir: **„Ärzte im Kampf gegen Krankheit und Dummheit"**. 170 Seiten mit 38 Abb. auf 28 Tafeln. Leinen 13 DM. Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel.

Nach einem einleitenden Abschnitt über die Wesensart des mittelalterlichen Menschen werden biographisch dargestellt und in ihrer Bedeutung gewürdigt: Roger Bacon, Paracelsus, Johannes Weyer (Bekämpfung des mittelalterlichen Hexenwahns), Miguel Serveto de Reves (Entdecker des kleinen und großen Blutkreislaufs, Gegner Calvins, wurde als Ketzer verbrannt), Vesalius, Ambroise Paré („Vater der Chirurgie"), Edward Jenner, Semmelweis; Henry Hill Hickmann, Horace Wells, Ch. Jackson und W. Th. Green Morton als Begründer der Narkose und Anästhesie. Bei jedem Entdecker wird in besonders eindrucksvoller Weise der geschichtliche Hintergrund geschildert. Einige Biographien sind an Dramatik des Ablaufs kaum zu überbieten. Auch unter dem Aspekt der Lehre vom Genie, seiner geistigen und seelischen Besonderheit, sind die Biographien sehr lesenwert. V. Zlehen, Haar

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

16. Paracelsustag am 24. und 25. September 1966 in Salzburg

aus Anlaß der 425. Wiederkehr des Todestages des Paracelsus

Samstag, 24. September 1966

9.30 Uhr

Begrüßung durch den Präsidenten Min.-Rat Univ.-Prof. Dr. Otto Zekert

Univ.-Prof. Dr. Kurt Goldammer, Marburg/Lahn: „In memoriam Paul Diepgen"

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Schneider, Braunschweig: „Über eine bisher unbekannte Parcelsisten-Handschrift"

MUDr. Vladimir Zapletal, Brünn: „Paracelsus-Tradition in Mähren"

Dr. Dr. Emil F. Scheller, München: „Ein Paracelsusrezept für die Geriatrie"

Univ.-Prof. Dr. Lavoslav Gleslnger, Agram: „Der Humanist Andreas Dudith im Kreise seiner Anti-paracelsisten"

Facharzt Dr. Alfred Vogt, Frankfurt/Main: „Die Lichtlehre bei Paracelsus und Miguel Serveto"

Rosemarie Schuder-Hirsch, Berlin: „Die Zeit des Paracelsus in der Geschichtsforschung und im geschichtlichen Roman"

Archivrat Dr. Felix Czeike, Wien: „Die Bedeutung der österreichischen Archive und ihre Aufgaben"

Samstag, 24. September 1966

15.30 Uhr

Empfang durch Stadt und Land Salzburg in den Prunkräumen der Residenz (Anmeldung erbeten)

Feierstunde am Paracelsusgrab Sebastiansfriedhof, Linzer Gasse
Gedenkworte: Univ.-Prof. Dr. Otto Zekert, Wien

Gemeinsames Abendessen im Hotel „Österreichischer Hof" (Anmeldung und Einzahlung von ÖS 65,— auf Konto 155 bei der Salzburger Sparkasse bis 12. September erbeten)

Sonntag, 25. September 1966

10.00 Uhr

Univ.-Prof. Dr. Robert Blaser, Basel: „Ein seltenes Beispiel der Paracelsustreue in Basel. Die ‚Theses de anodinis medicamentis' (1578) des Engländerns Thomas Moffet" (Lichtbilder)

Apotheker Mr. Otto Nowotny, Wien: „Über das aurum potabile (Das trinkbare Gold)" (Lichtbilder)

Dipl.-Ing. Wilhelm Huth, Maria-Enzersdorf: „Blaues Glas im Mittelalter" (Lichtbilder)

Gemeinsamer Autobusausflug (Anmeldung erbeten)

Salzburger Schloßkonzert: „Mozart — Schumann — Dvorak". Es spielen: Salzburger Mozartspieler. Ort: Schloß Mirabell, Marmorsaal. (Karten à ÖS 60,— und ÖS 80,— beim Konzertbüro Hummer, Salzburg, Markartplatz 9, erhältlich!)

Alle Vorträge finden im Kaisersaal der Residenz statt und sind frei zugänglich.

Anmeldung: Sekretariat der Internationalen Paracelsus-Gesellschaft, Salzburg/Österreich, Rathaus, I. Stock.

Salistoperm
Das percutane Heilanaestheticum
Vegestigman
Das percutane Herz- und Gefäßregulans
PERMICUTAN-KG DR. EULER • MÜNCHEN 13

38. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 23. bis 25. September 1966

Thema: „Epidemien heute", Kongreßleiter: Professor Dr. A. Sehretzenmayr, Augsburg

Freitag, 23. September 1966

16.00 Uhr:
„Klinische Visiten und Demonstrationen im Westkrankenhaus"

20.00 Uhr:
Filmabend im Kongreßgebäude (National Registrier Kassen)

Samstag, 24. September 1966

8.30—10.15 Uhr:
Prof. Dr. F. O. Höring, Berlin
„Werden und Vergehen von Seuchen aus der Sicht der Praxis" (einschl. Virusdiagnostik in der Praxis)

Prof. Dr. O. Vivell, Karlsruhe
„Virus in search of disease"

Prof. Dr. P. Tolentino, Genua
„Hepatitis epid. und infektiöse Mononucleose, die häufigsten Viruserkrankungen junger Menschen"

10.45—12.30 Uhr:
Prof. Dr. O. Vivell, Karlsruhe
„Die exanthematischen Viruskrankheiten, Propbyiaxe und Therapie"

Prof. Dr. A. M. Walter, Wuppertal-Elberfeld
„Antibakterielle und antivirale Tberapie in der Praxis"

Priv.-Doz. Dr. K. H. Spitzy, Wien
„Die Staphylokokkenseuche, eine weltweite Pandemie"

Priv. Doz. Dr. H. Stickl, München
„Impfkalender und Impfprobleme des Praktischen Arztes"

13.45 Uhr:
Podiumgespräch: **Spritzen, Instrumente, Bluttransfusionen als Infektionsüberträger**

15.30 Uhr:
Klinische Visiten und Demonstrationen in den Augsburger Krankenhäusern

Sonntag, 25. September 1966

9.00—11.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Hartmann, Hannover
„Epidemiologie der Hypertonie"

Prof. Dr. B. Steinmann, Bern
„Epidemiologie der Apoplexie"

Priv.-Doz. Dr. S. Heyden, Zürich
„Infarktprofil"

Dr. W. W. Holland, London
„Cor pulmonale chronicum"

11.30—12.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. S. Heyden, Zürich
„Epidemiologie der Krebserkrankungen"

Prof. Dr. E. Wiesenhütter, Würzburg
„Die ‚Seuche' der psychosomatischen Erkrankungen"

14.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Siegenthaler, Zürich
„Epidemiologie des Rheumatismus"

Doz. Dr. H. J. Holtmeier, Freiburg i. Breisgau
„Volksseuche Fettsucht"

Dr. G. R. Constam, Zürich
„Volksseuche Diabetes"

Parallelveranstaltung:

Symposion der klinischen Immunologie
Thema I: Bluttransfusion und Hepatitis
Thema II: Rechtliche Fragen zur Bluttransfusion

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an das Sekretariat des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin", 89 Augsburg, Schaezlerstr. 19.

III. Münchner Kurs für Arbeitsmedizin

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin"

veranstaltet vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer vom 26. 9. bis 21. 10. 1966 im Hause des Arbeitsschutzes, München 22, Pfarrstr. 3

Montag, 26. September 1966

9.00 Uhr c. t.
Eröffnung, Begrüßung
Senator Direktor Schramm, stellvertretender Vorsitzender der Vereinigung der Arbeitgeberverbände in Bayern
„Arbeitsmedizin im Betrieb"
Senator Linsert, Vorsitzender des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Landesbezirk Bayern
„Arbeitsmedizin aus der Sicht der Gewerkschaft"
Abfahrt 14.00 Uhr Metzeler AG, München, Westendstraße 131/33

Dienstag, 27. September 1966

9.00—9.45 Uhr
Dr. med. habil. Koeppen, Leitender Arzt der Inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses Wolfsburg
„Die elektrischen Unfälle"

10.00—10.45 Uhr
Dr. med. Bloedner, Leitender Medizinaldirektor der Heilstätte Schwabthal/LVA Berlin
„Die berufliche Tätigkeit nach Lungenresektionen"

11.00—11.45 Uhr
Rechtsanwalt Dr. jur. Boesche, Rechtsabteilung der Bundesärztekammer
„Die Probleme der ärztlichen Schweigepflicht beim Werksarzt"
Abfahrt 12.00 Uhr Auto-Union GmbH, Ingolstadt (Imbiß in Ingolstadt)

Mittwoch, 28. September 1966

8.00 Uhr Abfahrt Industriewerke F. P. Hamberger GmbH, Ziegelberg bei Rosenheim

14.00 Uhr Beginn Klepper-Werke, Rosenheim, Klepperstraße 18

Donnerstag, 29. September 1966

9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. Dr. Eyer, Direktor des Max-von-Pettenkofer-Instituts für Hygiene und Mikrobiologie der Universität München
„Immunprophyiaktische Maßnahmen in der Arbeitsmedizin"

10.00—10.45 Uhr
Prof. Dr. Schmidtke, Leiter des Instituts für Arbeitspsychologie und Arbeitspädagogik der Technischen Hochschule München
„Physische Ermüdung"

11.00—11.45 Uhr
MOR Dr. Schwarzkopf, Leitender Arzt des Landesarbeitsamtes Südbayern, München
„Ärztliche Untersuchung ausländischer Arbeitnehmer bei den deutschen Kommissionen im Ausland"
Abfahrt 14.00 Uhr Reinhold & Mahla GmbH, Kork-, Stein- und Isoliermittelfabrik, Wärme-, Kälte-, Schallschutz, Puchheim

Freitag, 30. September 1966

9.00—9.45 Uhr
ORGR Dipl.-Ing. Koller, Gewerbeaufsichtsamt München-Land, Prinzregentenstraße 48
„Erfahrungen und Beobachtungen bei der Durchführung des Mutterschutzgesetzes und des Jugendarbeitsschutzgesetzes"

10.00—10.45 Uhr
Dr. med. Dr. rer. nat. Schwarz, Gesundheitsabteilung Märkische Steinkohlengewerkschaft Heessen
„Beschäftigung in bohen Temperaturen"

11.00—11.45 Uhr
Dr. Schmidt, Farbenfabriken Bayer AG, Werk Wuppertal-Elberfeld
„Neuzeitliche Insektizide und ihre biologischen Wirkungen"

Montag, 3. Oktober 1966

9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. Schmidtke, München
„Psychische Ermüdung"

10.00—10.45 Uhr
ORMR Dr. Hauf, Der Staatliche Gewerbearzt beim Gewerbeaufsichtsamt Freiburg (Baden)
„Erste Hilfe im Betrieb"

11.00—11.45 Uhr
Dr. Fuchs, Werksärztlicher Dienst der Krauss-Maffei-AG, München-Allach
„Arbeitsmedizin und tägliche Praxis"
Abfahrt 12.00 Uhr Agfa-Gevaert-AG, Camerawerk München, Tegernseer Landstraße 161 (Imbiß im Betrieb)

Dienstag, 4. Oktober 1966

9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. Schmidtke, München
„Psychohygiene im Betrieb"

10.00—10.45 Uhr
Prof. Dr. Lückert, Pädagogische Hochschule München-Pasing
„Emotion als zentraler Faktor bei Entstebung psychosomatischer Störungen"

11.00—11.45 Uhr
Dr. Berensmann, Vorsitzender des Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Arbeitsmedizin" der Bundesärztekammer
„Arbeitsmedizinische Bestrebungen der Bundesärztekammer"
Abfahrt 14.00 Uhr Himolla, Polstermöbelwerk Carl Hierl GmbH, Taufkirchen/Vils

Mittwoch, 5. Oktober 1966

8.00 Uhr Abfahrt Farbwerke Hoechst AG, Werk Gersthofen

15.00 Uhr Beginn Farbwerke Hoechst AG, Werk Bobingen

Klinische Fortbildung in Bayern 1966

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

24. bis 29. Oktober 1966
München, I. Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Schwlegk

31. Oktober bis 5. November 1966
München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Chefarzt: Prof. Dr. Blömer

17. bis 22. Oktober 1966
München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Chefarzt: Prof. Dr. H. Ley

7. bis 12. November 1966
Würzburg. Med. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Wollhelm

2. KINDERKRANKHEITEN

24. bis 28. Oktober 1966
München, Städt. Krankenhaus Mü.-Schwabing
1. und 2. Kinderabteilung in Verbindung mit der kinderchirurgischen Abteilung
Chefärzte: Prof. Dr. Hilber, Dr. Schweier, Dr. Singer

3. CHIRURGIE

24. bis 28. Oktober 1966
München, Chirurg. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Zenker

24. bis 28. Oktober 1966
München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar
Direktor: Prof. Dr. Maurer

3. bis 6. Oktober 1966
Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik
Direktor: Prof. Dr. Hegemann

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

17. bis 21. Oktober 1966
München, I. Univ.-Frauenklinik
Direktor: Prof. Dr. Bickenbach

24. bis 29. Oktober 1966
Würzburg, Univ.-Frauenklinik
Direktor: Prof. Dr. Schwalm
(Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich)

5. PHONOKARDIOGRAPHIE

21. und 22. Oktober 1966
München, Stiftsklinik Augustinum
Chefarzt: Prof. Dr. Michel
Beginn: 9.00 Uhr

Alle Kolleginnen und Kollegen, welche an einem der vorstehend angekündigten Kurse teilnehmen wollen, werden gebeten, sich wegen Auskunft nur an die Bayerische Landesärztekammer zu wenden und auch nur dort anzumelden.

Pflaumer-Tee

Species urologicae nach dem Urologen **Professor Dr. med. Pflaumer**

Pflaumer-Tee ist ein Mittel bei Erkrankungen der ableitenden Harnwege. Reines Pflanzenprodukt. Für die Durchspülung der ableitenden Harnwege zur Vorbeugung wie auch zur Nachbehandlung nach vorausgegangener Erkrankung besonders geeignet.

bei Erkrankung der ableitenden Harnwege

Zusammensetzung: Rad. Levist. 5%, Rad. Onon. 4%, Rad. Petros. 6%, Fol. Orthos. etam. 7%, Fol. Bucco 5%, Fol. Uvae ursi 16%, Fol. Betulae 10%, Herba Equis. 6%, Herba Hern. 9%, Flor. Eric. 3%, Fruct. Junip. 9%, Fruct. Phas. s. s. 6%, Fol. Mate 6%, Rad. Liquir. 3%, Fol. Menth. pip. 3%.

Pflaumer-Tee ist unter der Nr. P 70 in das Spezialitätenregister des BGA eingetragen und in gas. gesch. Originalpackung von 100 g durch alle Apotheken zu beziehen. (DM 2,90). Auf Wunsch Probepackung und Literatur.

BAUMOLAN
APOTH. OTTO LANG

8520 Erlangen · Postfach 46

ABWEHR KRAFT

schlagartig steigern durch Vitamin C

CEBION

E. Merck DARMSTADT

Gegen Fingerlutschen und Nägelbeißen

Daumex

Lokales Entwöhnungsmittel für hartnäckige Daumenlutscher – filmbildende Spezial-lösung zum Auftragen auf Finger und Nägel

Zahnärzte und Kinderärzte

sind gleichermaßen an einem Lutsch-Entwöhnungsmittel interessiert, um die Folgeerscheinungen am kindlichen Gebiß rechtzeitig zu verhüten. Wenn Erziehungsmaßnahmen allein nicht nützen, bietet Daumex eine bewährte Hilfe. Durch den Geschmack seiner Bitterstoffe und anderer Zusätze wird dem Kind ab 1 Jahr das Daumenlutschen bald verleidet. Mit Daumex arbeiten die kieferorthopädischen Abt. der Universitätszahnkliniken, zahlreiche Kinderkliniken und Kinderheime. Vgl. Dr. Dr. KNOCHE „Die Lutschanomalien der Zahnstellung und ihre Verhütung" in Z. R. 1965 Nr. 3, Dr. FLEISCHER-PETERS (kfo. Abt. der Universitätszahnklinik Erlangen), Z. P. v. 1. 8. 1965, Prof. Dr. med. HIRSCH, Facharzt für Kinderkrankheiten, Berlin, K. G. v. 1. 11. 1965 u. v. a.

Ärzteproben und Literatur auf Wunsch

Ein Erzeugnis der DENTINOX-Gesellschaft für pharmazeutische Präparate · 1 Berlin 41

Donnerstag, 6. Oktober 1966

9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. Weichardt, Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin der Universität Tübingen
„Erkrankungen durch Chrom"

10.00—10.45 Uhr
Prof. Dr. Martius, I. Frauenklinik der Universität München
„Schwangerenvorsorge bei Berufstätigen"

11.00—11.45 Uhr
Med.-Dir. Dr. Beckmann, Chefarzt der Kuranstalt Ohlstadt — Internistische Rehabilitation — LVA Unterfranken
„Wiederherstellung von Kreislaufgeschädigten"
Abfahrt 14.00 Uhr Conradty, Fabrik elektrischer und galvanischer Kohlen, Kolbermoor, Fabrikstraße 1

Freitag, 7. Oktober 1966

9.00—9.45 Uhr
RGMD Dr. Buckup, Der Staatliche Gewerbearzt für Westfalen, Bochum
„Erkrankungen durch Nitro- und Aminoverbindungen des Benzols oder seiner Homologen oder deren Abkömmlinge"

10.00—10.45 Uhr
Dr. Petry, Werksarzt der Städtischen Werke Nürnberg
„Arbeitsmedizinische Aspekte der Verkehrsmedizin"

11.00—11.45 Uhr
Dr. Solbach, Leitender Werksarzt der Ford-Werke AG, Köln
„Aus der Praxis der werksärztlichen Tätigkeit"

Montag, 10. Oktober 1966

9.00—9.45 Uhr
Dr. Probst, Oberarzt des berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Murnau
„Rehabilitation durch wiederherstellungschirurgische Maßnahmen"

10.00—10.45 Uhr
Dr. Schiller, Leiter der ärztlichen Abteilung Daimler-Benz AG, Stuttgart
„Katastrophenschutz in der Industrie"

11.00—11.45 Uhr
RGD Dipl.-Ing. Kreher, Leiter des Gewerbeaufsichtsamtes Augsburg
„Technischer Arbeitsschutz: Atemschutzgeräte"
Abfahrt 14.00 Uhr Fa. Franz Schörg & Sohn, Verzinkerei, München, Georg-Hallmaier-Straße 1

Dienstag, 11. Oktober 1966

9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. Oettel, Leiter des gewerbehygienisch-pharmakologischen Instituts der BASF, Ludwigshafen
„Schwellenkonzentrationswerte gesundheitsschädlicher Gase, Dämpfe und Schwebestoffe und ihre sinnvolle Anwendung in der Praxis"

10.00—10.45 Uhr
„Schwellenkonzentrationswerte gesundheitsschädlicher Gase, Dämpfe und Schwebestoffe und ihre sinnvolle Anwendung in der Praxis"

11.00—11.45 Uhr
Prof. Dr. Hellbrügge, Leiter der Forschungsstelle für prophylaktische Pädiatrie und Jugendmedizin an der Universität München
„Die ärztliche Betreuung der Jugendlichen"
Abfahrt 13.00 Uhr Bayerische Pflugfabrik-GmbH, Landsberg/Lech, Von-Kühlmann-Straße 17

Mittwoch, 12. Oktober 1966

Abfahrt 8.00 Uhr Deutscher Spinnerei-Maschinenbau, Ingolstadt, Friedrich-Ebert-Straße 84

14.00 Uhr
Beginn Süddeutsche Zucker-AG, Werk Rain am Lech

Donnerstag, 13. Oktober 1966

9.00—9.45 Uhr
OMR Dr. Zorn, Betriebsarzt Technische Werke der Stadt Stuttgart AG, Stuttgart
„Die Gesundheitsschädlichkeit polyzyklischer aromatischer Kohlenwasserstoffverbindungen"

10.00—10.45 Uhr
Prof. Dr. Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg
„Lungenfunktion und Pneumokoniosen"

11.00—11.45 Uhr
Dazu Film **„Lungenfunktion, Physiologie und Untersuchungsmethoden"** (C. H. Boehringer & Sohn, Ingelheim/Rhein)
Abfahrt 14.00 Uhr Pfanni-Werk Otto Eckart KG, München, Glonner Straße 6

Freitag, 14. Oktober 1966

9.00—9.45 Uhr
Dr. von Geiso, Werksarzt der Zechengruppe Katharina/Elisabeth der Essener Steinkohlenbergwerke
„Wurmkrankheit und Augenzittern der Bergleute"

10.00—10.45 Uhr
Dr. Vamek, Bayerische Landesimpfanstalt München
„Tropenkrankheiten, Fleckfieber, Skorbut"

11.00—11.45 Uhr
RMD Dr. Schneider, Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin, München
„Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lunge durch Thomasmehl"
„Erkrankungen der Lunge durch Asbeststaub"

Montag, 17. Oktober 1966

9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. Symanski, Institut für Arbeitsmedizin der Universität des Saarlandes, Saarbrücken
„Erkrankungen durch Kadmium, Mangan, Thallium und Vanadium"

10.00—10.45 Uhr
„Erkrankungen durch Kadmium, Mangan, Thallium und Vanadium"

11.00—11.45 Uhr
Prof. Dr. Lückert, München
„Intelligenz und Intelligenzstörungen"
Abfahrt 13.00 Uhr Bayerische Wolldeckenfabrik Bruckmühl AG, Bruckmühl, Gottlob-Weiler-Platz 1

Dienstag, 18. Oktober 1966

9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. Dr. Borelli, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München
„Diagnostik, Therapie und Prophylaxe in der Arbeitsdermatologie"

10.00—10.45 Uhr
OMR Dr. Lieser, Nervenkrankenhaus München-Haar
„Unerkannte Psychosen: Ein Beitrag zum Thema Krankenstand"

Cefadysbasin®
TROPFEN
TABLETTEN
AMPULLEN
CEFAK KEMPTEN
PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

11.00—11.45 Uhr
Prof. Dr. Otto, Pathologisches Institut der Universität Erlangen-Nürnberg
„Morphologie der Pneumokoniosen"
Abfahrt 13.00 Uhr Süddeutscher Verlag GmbH, München, Sendlinger Straße 80

Mittwoch, 19. Oktober 1966
Abfahrt 8.00 Uhr Klinik für Berufskrankheiten der Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie Bad Reichenhall
10.30 Uhr
Referat Chefarzt Dr. Kann
„Therapie der berufsbedingten broncho-pulmonalen Erkrankungen"
anschließend Besichtigung der Klinik
14.00 Uhr
Beginn Arwa-Feinstrumpf-Werke, Hans Thierfelder, Bischofswiesen bei Berchtesgaden

Donnerstag, 20. Oktober 1966
9.00—9.45 Uhr
Prof. Dr. Klosterkötter, Direktor des Instituts für Hygiene und Arbeitsmedizin, Klinikum Essen der Universität Münster
„Staubbekämpfung im Betrieb"
10.00—10.45 Uhr
Prof. Dr. Bochnik, Psychiatrische und Nervenklinik und Poliklinik der Universität Hamburg
„Polarität und Neutralität der Geschlechter in der heutigen Gesellschaft"
eine psychiatrische Betrachtung
11.00—11.45 Uhr
Priv.-Doz. Dr. Dr. Rutenfranz, Max-Planck-Institut für Arbeitsphysiologie, Dortmund
„Arbeiten mit gesteigertem Arbeitstempo"
Abfahrt 14.00 Uhr Park-Sanatorium Höhenried der LVA Oberbayern

Freitag, 21. Oktober 1966
9.00—9.45 Uhr
Priv.-Doz. Dr. Dr. Rutenfranz, Dortmund
„Arbeitsmedizinische Bedeutung von Arbeits- und Ruhepausen"
10.00—10.45 Uhr
„Nacht- und Schichtarbeit"
11.00—11.45 Uhr
Prof. Dr. Merté, Chefarzt der Augenabteilung am Städtischen Krankenhaus München rechts der Isar
„Schädigungen der Linse des Auges durch physikalische Einwirkungen"
„Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon"

Der Kurs berücksichtigt die Beschlüsse des 68. Deutschen Ärztetages und des 18. Bayerischen Ärztetages über die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin".

Kursgebühr wird nicht erhoben.

Vortragsveranstaltungen können auch einzeln besucht werden. Eine Bescheinigung über Teilnahme am Kurs wird jedoch nur bei Teilnahme am Gesamtprogramm ausgehändigt.

Für die Betriebsbesichtigungen können in der Regel nur Teilnehmer am Gesamtprogramm zugelassen werden.

Da im Herbst in München eine Reihe größerer Veranstaltungen stattfindet, empfiehlt sich frühzeitige Quartierbestellung beim Verkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8 München 2, Bahnhofplatz 2, Tel. 55 58 81, vorzunehmen.

Auskunft durch das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8 München 22, Pfarrstr. 3, Tel. 2 18 41.

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

„Fortbildung vor der Tür des Praktischen Arztes"

14. September 1966:
„Prophylaxe und Therapie der Erkältungskrankheiten"

8./9. Oktober 1966:
„Klinisches Wochenende" in Bad Reichenhall
Thema: „Herzinsuffizienz"

23. November 1966:
„Diagnostik und Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen"

Auskunft: Sekretariat Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Dr. med. H. Matusczyk, 821 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9

Nächster Kurs für Röntgenhelferinnen

Im Oktober 1966 findet der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen unter Vorsitz von Herrn Priv.-Doz. Dr. Keller statt.

Anmeldungen zu diesem Kurs umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.

Kurs für Laborhelferinnen

Es ist beabsichtigt, den zweiten von der Bayerischen Landesärztekammer veranstalteten Kurs für Laborhelferinnen am 7. November 1966 wieder an den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg durchzuführen.

Anmeldungen sind an die Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, zu richten.

Kurs für proktische Gostroenterologie

vom 11. bis 12. November 1966 in Erlangen

Der Kurs für praktische Gastroenterologie findet nicht, wie angekündigt, in der Zeit vom 4. bis 6. November

Die Diät 42/66

ist die Grundlage jeder Diabetes-Therapie

▸ Eine Diät, die trotz Beschränkung der Kohlenhydrate und Fette ausreichende Energien liefert
▸ eine Diät, abwechslungsreich wie eine Normalkost,
ist möglich dank Diabetiker-Zucker sionon® Zuckersüß

SIONON „zuckersüß" ist ein idealer Zuckeraustausch für Diabetiker: kein Kohlenhydrat, keine Anrechnung auf BE • wird vom Organismus insulin-unabhängig verwertet • nahezu gleicher Nährwert wie Zucker (390 Kal.) • hervorragender Glykogenbildner, selbst bei gestörter Leberfunktion • keine Erhöhung des Blutzuckers • keine Störung der Zuckerbestimmung • und für die Hausfrau von Bedeutung: in der Küche wie normaler Haushaltszucker für süße Speisen, Kompotte, Gebäcke, Marmeladen usw. zu verarbeiten • SIONON (Zuckeraustauschstoff Sorbit DAB 6) wird aus sonnengereiftem Mais gewonnen und hat sich seit über 35 Jahren als Diabetikerzucker bewährt.

DRUGOFA GMBH, 5 KÖLN-MÜLHEIM 1, POSTFACH 180

1966, sondern vom 11. bis 12. November 1966 an der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen statt.

Hauptthemen: Magensekretion — Lebertherapie — Erkrankungen des Dickdarms.

Anmeldungen sind an Oberarzt Dr. med. Ottenjann, 852 Erlangen, Medizinische Universitätsklinik, Krankenhausstraße 12, zu richten.

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.

August 1966

3.—10. 8. in **Hamburg**: **VII. Internationaler Ernährungskongreß.** Auskunft: Wissenschaftlicher Sekretär Prof. Dr. U. Ritter, 1. Medizinische Klinik, 2 Hamburg 20, Martinistraße 52.

8.—13. 8. in **Juist**: **Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC).** Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm, Ostenallee 83.

8.—13. 8. in **Kopenhagen**: **2. Europäischer Kongreß für Anästhesie.** Auskunft Dr. H. Poulsen, Dept. of Anesthesiology, Univ. Hospital, Aarhus, Denmark.

9.—12. 8. in **Stockholm**: **2e Congrès international de Médecine du Trafic.** Auskunft: Mme. Vitani, Association de Médecine légale, 12, avenue Rockefeller, Lyon 7e (Frankreich).

14.—19. 8. in **München**: **XX. Internationaler Ophthalmologenkongreß.** Auskunft: Prof. Dr. J. K. Müller, 53 Bonn—Venusberg, Universitäts-Augenklinik.

20.—25. 8. in **Kopenhagen**: **IX. Internationaler Kongreß für Thoraxerkrankungen.** Auskunft: Dr. Andrew L. Banyai, Schriftführer des Council on International Affairs, American College of Chest Physicians, 112, East Chestnut Street, Chicago, Illinois 60 611, USA.

21.—26. 8. in **Sydney**: **XI. Internationaler Kongreß für Hämatologie.** Auskunft: Prof. R. J. Walsh & Prof. W. R. Pitney, 1 York Street, Sydney, N. S. W. Australien.

22.—27. 8. in **Berlin**: **20. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Geschichte der Medizin. Präsident: Professor Dr. H. Goerke.** Auskunft: Kongreßsekretariat, 1 Berlin 45, Augustastraße 37.

22.—27. 8. in **Warschau**: **2e Congrès international des Sciences et Techniques de l'Alimentation.** Auskunft: Professor A. Borys, Instytut Przemvoiu Miesnego, Ul. Bakowiecka 36, Warschau.

22. 8.—2. 9. in **Neutrauchburg (Allg.)**: **Einführungslehrgänge in die Manualtherapie.** Auskunft: Sekretariat der MWE, 7972 Neutrauchburg (Allg.) über Isny.

22. 8.—3. 9. in **Meran**: **XIV. Internationaler Forthildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Die neuen Spezialfächer und ihre Einordnung in die praktische Medizin"). Auskunft: Kongreßhüro der Bnndesärztekammer, 5 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.**

25.—31. 8. in **Sydney**: **XI. Internationaler Kongreß für Bluttransfusion.** Auskunft: 11th International Congress of Blood Transfusion, 1 York Street, Sydney, Australia.

25. 8.—1. 9. in **Paris**: **2e Congrès international de Psychodrame.** Auskunft: Mme. Schützenherger, 14, avenue Paul-Appel, Paris.

27.—31. 8. in **Westerland (Sylt)**: **XIII. Internationaler Kongreß für Thalassotherapie.** Auskunft: Prof. Dr. U. Jessel, Institut für Bioklimatologie und Meereshelikunde, 228 Westerland (Sylt).

27. 8.—10. 9. in **Madonna di Campiglio**: **V. Bergsteigerlehrgang des Deutschen Sportärztehundes.** Auskunft: Obermedizinalrat Dr. Fr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstraße 16.

27.—28. 8. in **Bad Bergzahern**: **„Das elektrische Herzportrait" (Wochenend-EKG-Kurs).** Auskunft: Sekretariat der Herz-Spezialklinik 6748 Bad Bergzabern.

28. 8.—3. 9. in **Barcelona**: **International Congress of Psychodrama.** Auskunft: Dr. J. L. Moreno, P. O. Box 311, Beacon NY 12508 (USA).

28. 8.—3. 9. in **Karlsruhe**: **18. Deutsche Therapiewoche und 18. Deutsche Heilmittelausstellung.** Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, 75 Karlsruhe, Kaiserallee 30 (Wissenschaftliches Kongreßhüro).

28. 8.—9. 9. in **Kyoto (Japan)**: **VI. Internationaler Kongreß für Elektronenmikroskopie.** Auskunft: Institute for Chemical Research, Kyoto Univ., Kyoto, Japan.

29.—31. 8. in **Düsseldorf**: **Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenbeilkunde.** Auskunft: Präs. Prof. Dr. F. Panse, 4 Düsseldorf, Bergische Landstraße 2.

29. 8.—2. 9. in **Prag**: **Tschechoslowakischer Kongreß für innere Medizin, mit internationaler Beteiligung.** Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyne, Sokolska 31, Prag (CSSR).

30. 8.—2. 9. in **Braunschweig**: **49. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik.** Auskunft: Dr. Armin Hermann, 8 München 26, Museumsinsel 1, Deutsches Museum.

September 1966

4.—9. 9. in **Paris**: **10. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie.** Auskunft: Pavillon Oilier, Hôpital Cochin, 27 rue du Fbg, St. Jacques, Paris 14e, Frankreich.

4.—18. 9. in **Velden/Wörther See**: **Internationaler Herbstkongreß 1966 für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren.** Auskunft: Prof. Dr. Dr. K. Saller, Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 8 München 2, Richard-Wagner-Straße 10.

5.— 9. 9. in **Den Haag**: **Internationale Gesundheitskonferenz.** Auskunft: P. E. van Kats, Leiter des Kongreßbüros der Stadt Den Haag, 14 Burgemeester de Monchyplein, Den Haag, Niederlande.

5.—7. 9. in **Berlin**: **64. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde.** Auskunft: Prof. Dr. Loeschke, 1 Berlin 12, Kinderklinik der Freien Universität, Heubner Weg 6.

5.—9. 9. in **Wien**: **2. Internationaler Kongreß für Biophysik.** Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, Alserstraße 4, Wien IX.

Tropfen, Elixier
hormonfrei
feminon®
erleichtert
den Schritt
in die Menopause
Julius Redel · Cesra-Arzneimittelfabrik · Haueneberstein b/ Baden-Baden

Geh lieber sicher — geh in die Vereinigte!

Der Gruppenversicherungsvertrag, den die Boyerische Londesörztekammer mit Wirkung vam 1. September 1965 mit der Vereinigten Krankenversicherung A.G. und deren Tochtergesellschoft, der Solus Kronkenhouskosten-Versicherungs-A.G., obgeschlossen hot, bietet:

Krankentagegeld bis 200 DM

für den niedergelossenen Arzt

Krankentagegeld bis 100 DM

für den ongestellten Arzt

Krankenhaustagegeld bis 100 DM

zusötzlich für jeden Arzt

Krankenhauskostenversicherung

für Fomilienongehörige bis 100 DM töglich.

Die Ärzte im Bereich der Boyerischen Londesörztekommer hoben Anspruch auf Versicherungsschutz zu besanders günstigen Bedingungen: Keine Wartezeiten, Einschluß van Vorerkronkungen, Leistungen ouch bei Kuroufentholten und Erkrankungen im Auslond sowie bei Berufs- und Spartunfällen. Gegenüber der Einzelversicherung sind die

Prämien bis zu 25% niedriger.

Hinzu kammt bei schadenfreiem Verlauf während eines Kalenderjahres eine hahe Prömienrückgewöhr. Sie betrug in den vergangenen Johren für Togegeldversicherungen 25%. Allein 1965 zohlte die Vereinigte ouf diese Weise on ihre Versicherten insgesomt 25 Millianen DM zurück. Für die Versicherten nach dem Solustorif besteht – in Form eines Sterbegeldes – Anspruch ouf Gewinnbeteiligung.

Die Vereinigte unterhält mit zahlreichen ärztlichen Orgonisatianen und Stondesvertretungen Empfehlungs- und Gruppenversicherungsverträge. Sie ist mit mehr ols 1,2 Millianen Versicherten eines der größten Unternehmen ihrer Art. Bitte nutzen auch Sie – wie viele Ihrer Berufskallegen im ganzen Bundesgebiet – die Varteile, die Ihnen der Gruppenversicherungsvertrog bietet.

VEREINIGTE

VEREINIGTE KRANKENVERSICHERUNG A. G.

Generoldirektion · 8000 München 23 · Leopoldstroße 24

Vertrogsgesellschaft der Bayerischen Londesärztekommer

5.—11. 9. in Madrid: IV. Weltkongreß fßr Psychiatrie. Auskunft: Prof. Vallejo Najera, Congreso Mundial de Psiquiatria, Facuidad Medicina San Carlos, C/Atocha, 106, Madrid, Spanien.

5.—17. 9. in Pörtschach/Wörther See: 14. Internationales Fortbildungsseminar für die tägliche Praxis der Ärzte und Zahnärzte. Auskunit: Dr. med. G. Blume, 653 Bingen, Mainzer Straße 3.

6.—10. 9. in Prag: Bakterielle Darminfektionen, Symposion mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Geselschaft J. E. Purkyne, Sokolska 31, Prag (CSSR).

7.—10. 9. in Amsterdam: 9. Internationaler Kongreß für Innere Medizin. Auskunft: Dr. A. H. Wiebenga, c/o Holland Org. Centre, 16 Lange Voorhout, Den Haag, Niederlande.

8.—10. 9. in Leiden: IX. Konferenz der Internationaien Gesellschaft für Geographische Pathologie. Auskunft: IXth Conference of the I. S. G. P., c/o Hoiland Organizing Center, 16, Lange Voorhout, Den Haag, Niederlande.

10.—11. 9. in Freudenstadt: Tagung der Medizinisch-Biologischen Arbeits- und Fortbildungsgemeinschaft Deutscher Zahnärzte e. V. Auskunft: Dr. Paul Neuhäußer, 8032 Gräfeling, Akilindastraße 52a.

10.—17. 9. in Freudenstadt: Herbstkongreß des Zentralverbandes der Ärzte fßr Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. H. Haferkamp, 65 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.

11.—17. 9. in Wiesbaden: 10. Weltkongreß der Gesellschaft für die Rehabilitation Behinderter. Auskunft: Frau Dr. M. Mueller, Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter, 69 Heidelberg-Schlierbach, Zechnerweg 1a.

12.—14. 9. in Salzburg: 2. Internationale Konferenz der wissenschaftlichen Gesellschaften und gleichwertigen Organisationen fßr Allgemeinpraxis. Auskunft: Dr. Dr. med. Fr. Geiger, Ötz (Tirol/Österreich).

12.—17. 9. in Freudenstadt: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC). Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm, Ostenallee 83.

13.—16. 9. in Berlin: Internationales Symposion über Fragen der medizinischen und demografischen Statistik. Auskunft: OMR Dr. Muschter, X 102 Berlin, Parochialstraße 1—3.

14.—16. 9. in Mainz: Tagung der Deutschen Gesellschaft fßr Tuberkulose und Lungenkrankheiten. Auskunft: Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft, 5 Köln-Lindenthal, Herderstraße 6.

14.—17. 9. in München: Internationaler Kongreß für homöopathische Therapie. Auskunft: Dr. K. von Petzinger, 325 Hameln, Kaiserstraße 39.

14.—17. 9. in Freudenstadt: 31. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren, Internationales Kolioquium über Fragen der Grundlagen, Klinik und Praxis der Neuraltherapie. Auskunft: Dr. med. H. F. Voss, 792 Heidenheim, Friedrichstraße 10.

14.—17. 9. in Vicenza/Italien: Internationales Anästhesie-Symposion. Auskunft: Prof. Ruggero Rizzi, Ospedale civile, Vicenza.

15.—17. 9. in Leipzig: Tagung der Gesellschaft für Klinische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Gülzow, Medizinische Universitätsklinik, X 25 Rostock 1, Ernst-Heydemann-Straße.

15.—18. 9. in Salzburg: 8. Internationaler Kongreß fßr Allgemeinmedizin. Auskunft: Sekretariat der „Internationalen Gesellschaft für Allgemeinmedizin", 474 Oelde, Lange Straße 21a (Dr. med. K. Engelmeier).

17.—24. 9. in Freudenstadt: 31. Fortbildungstagung des Zentralverbandes der Ärzte fßr Naturheilverfahren e. V. Auskunft: Dr. med. H. Haferkamp, 65 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.

In diesem Heft inserieren folgende pharmazeutische Firmen:

Athenstaedt, Arzneimittel, Bremen
Baumolan, Erlangen
P. Beiersdorf & Co. AG., Hamburg
Bionorica KG., Nürnberg
C. F. Boehringer & Soehne GmbH., Mannheim
Cefak, Dr. Brand & Co. KG., Kempten
Dr. Braun & Herberg, Bad Schwartau
Delta-Chemie, Pauly & Co. KG., Hamburg
Dentinox-Gesellschaft für pharmazeutische Präparate, Berlin
Deutsche Beecham GmbH., Biberach a. d. Riß
Doiorgiet KG., Bad Godesberg
Drugofa GmbH., Köln-Mülheim
FHER-Arzneimittel-Geselischaft mbH., Mainz
Ludwig Heumann & Co., Nürnberg
Arzneimittelfabrik Hüls, Dr. Albin Hense, Hüls
Chemiewerk Homburg, Frankfurt/Main
Jacopharm, Hamburg-Schenefeld
Klinge, München 23
Lindopharm KG., Hilden/Rhid.
Luitpold-Werk, München
Heinrich Mack Nachf., Illertissen/Bay.
Medika, München
E. Merck AG., Darmstadt
L. Merckle GmbH., Blaubeuren
A. Nattermann & Co., Köln-Braunsfeld
Nordmark-Werke GmbH., Hamburg, Werk Uetersen
Parke, Davis & Company, München
Permieutan KG., Dr. Euler, München
Recorsan-Gesellschaften, Gräfelfing
Julius Redei, Cesra Arzneimittelfabrik, Haueneberstein b. Baden-Baden
Dr. Rudoif Reiss, Berlin
Dr. Scherti GmbH., München
W. Schwarzhaupt KG., Köln
Sharp & Dohme GmbH., München
Simons Chem. Fabrik, Gauting
Zyma-Biaes AG., München

Beiiagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigefügt:
Klinge, München 23
C. F. Boehringer & Soehne GmbH., Mannheim
A. Nattermann & Co., Köln-Braunsfeld
Deutsche Ärzteversicherung, Köln
Adig Investment, München

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Könlginstraße 85/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren. 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 u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23862, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteli verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, Mßnchen. Druck Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung dea Verlaga. Rßcksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnia zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wßnsche nicht beaonders zum Ausdruck gebracht werden.

RECORSAN® - LIQUID.
Crataegustherapie des Altersherzens
30 ml DM 2,35 o.U.
- Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg