

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 2

München, Februar 1967

22. Jahrgang

Aus der II. Frauenklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. Richard Fikentscher)

Schwangerenbetreuung durch die praktizierende Ärzteschaft unter besonderer Berücksichtigung der Neufassung der RVO*)

Von H. Welsch

Die Müttersterblichkeit während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist im letzten Jahrhundert in vielen Ländern durch die Fortschritte der Medizin stark zurückgegangen. In Bayern sank im Verlauf der Jahre 1871—1964 die Gesamtzahl der durch Gestationsprozesse verursachten Todesfälle von 1236 auf 118 (Übersicht 1). Während 1871 auf 100 000 Lebendgeborene 697 mütterliche Todesfälle zu beklagen waren, starben 1964 nur noch 64 Mütter/100 000 Lebendgeburtene (ZIMMERMANN, 1965). Leider hat sich die rückläufige Tendenz bei der Müttersterblichkeit in Bayern 1965 nicht weiter fortgesetzt und es ist wieder zu einem leichten Anstieg auf 73/100 000 gekommen (37). Über-

sicht 2 zeigt eine Aufgliederung der Müttersterbefälle in Bayern aus den Jahren 1954 und 1959—1965 nach Todesursachen.

Bei der Bekämpfung der Müttersterblichkeit konnten aber bisher nicht in allen Ländern die gleichen Erfolge erzielt werden (SCHWALM, 1956; EMMRICH, 1957; HOSEMANN, 1959; SCHMIDT-ELMENDORFF, 1962; GOECKE, 1964; HÜTER, 1964; DÖRING, 1965; LEUTNER, 1965 u. a.).

1961 betrug die Müttersterblichkeit, wiederum bezogen auf 100 000 Lebendgeborene, in Schweden 20,8, in den USA 36,9 und in der Bundesrepublik Deutschland 97,7. Holland hatte 1962 eine Müttersterblichkeit von 33/100 000 (JANSSENS, 1965). Bei den Familienangehörigen der US-Streitkräfte in Europa kamen im selben Jahr 25 mütterliche Todesfälle auf 100 000 Lebendgeburtene (SORGER, 1965). Inzwischen ging auch in der Bundesrepublik Deutschland die Müttersterblichkeit 1964 auf 68,5/100 000 zurück (MIKAT, 1966). Für 1965 liegen noch keine amtlichen Zahlen des Statistischen Bundesamtes vor. Die bisher in Deutschland erzielten Fortschritte reichen aber noch nicht an die Vergleichszahlen anderer europäischer und außereuropäischer Länder (USA, Australien, Kanada) heran und es müssen alle Anstrengungen unternommen werden, um diesen Rückstand rasch aufzuholen.

Übersicht 1

Die Müttersterblichkeit in Bayern seit 1871

Jahr	Sterbefälle durch Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	
	Zahl	auf 100 000 Lebendgeborene
1871	1236	697
1900	786	347
1925	610	365
1946	492	315
1950	375	247
1955	250	172
1956	234	153
1957	207	130
1958	207	128
1959	176	105
1960	194	113
1961	170	94
1962	146	81
1963	143	77
1964	118	64
1965**)	131	73

**) Für 1965 ergänzt durch den Statistischen Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes A IV 3 — 3/65

Nach ZIMMERMANN, E.: Die Müttersterblichkeit im Jahre 1964; Bayern in Zahlen. 19 (1965), 232

*) Nach einem Vortrag vor dem Ärztlichen Kreisverband Weilhelm am 10. 6. 1966

Notwendigkeit einer regelmäßigen Schwangerenbetreuung

Die laufende ärztliche Kontrolle und Überwachung aller werdenden Mütter ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Verminderung der Müttersterblichkeit. Als erster hat in Deutschland 1917 LÖNNE eine regelmäßige Schwangerenbetreuung gefordert. Seit 1938 hat G. DÖDERLEIN immer wieder darauf hingewiesen, daß nur durch eine ausreichende und verantwortungsbewußt durchgeführte ärztliche Schwangerenvorsorge mütterliche Sterblichkeit und perinatale Kindersterblichkeit wirksam gesenkt werden können. Ein großer Teil der Komplikationen, die zum Tod von Mutter und Kind führen können, läßt sich durch laufende Kontrolluntersuchungen während der Gravidität rechtzeitig erkennen und einer erfolgreichen Behandlung zuführen (Schrifttum bei BICKENBACH und MARTIUS, 1965; SOMMER, 1965).

Mit dieser regelmäßigen ärztlichen Betreuung aller werdenden Mütter lag es in der Bundesrepublik Deutschland bisher sehr im argen. Noch 1965 hat DÖRING festgestellt, daß bedauerlicherweise die ärzt-

liche Überwachung gesunder Schwangerer in keinem Kulturstaat der Welt so schlecht läuft wie bei uns. Eine der Hauptursachen für diesen Mißstand war die fehlende Honorierung von Präventivuntersuchungen wäh-

Übersicht 2

Die Müttersterblichkeit in Bayern 1954 und seit 1959 nach Todesursachen

Todesursache (Nr. des deutschen Todesursachenverzeichnisses) ¹⁾	1954		1959		1960		1961		1962		1963		1964		1965 *)	
	Zahl	auf 100 000 Lebendgeborene	Zahl	auf 100 000 Lebendgeborene												
Infektionen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett (751, 771, 777)	38	24,9	26	15,5	29	16,9	29	16,1	29	16,1	17	9,2	28	15,1	37	20,5
darunter Thrombose und Embolie im Wochenbett (777)	12	8,3	16	9,5	16	9,3	19	10,6	18	10,0	12	6,5	20	10,8	29	16,0
Toxikosen in der Schwangerschaft und im Wochenbett (752, 753, 763, 772, 773)	45	31,1	34	20,2	34	19,8	27	15,0	16	8,9	19	10,3	22	11,9	20	11,1
Blutungen in der Schwangerschaft und bei Entbindung (754, 774, 775)	49	33,8	20	11,9	24	14,0	38	21,1	33	18,3	25	13,5	15	8,1	15	8,3
Fehlgeburt ohne Sepsis und Toxikose (781)	15	10,4	14	8,3	10	5,8	9	5,0	5	2,8	6	3,3	5	2,7	9	5,0
Fehlgeburt mit Sepsis (762)	11	7,6	7	4,2	9	5,2	3	1,7	10	5,5	8	4,3	1	0,5	7	3,9
Sonstige Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett (755, 759, 776, 778, 779)	102	70,4	75	44,6	88	51,3	64	35,5	53	29,4	68	36,8	47	25,4	43	23,8
Insgesamt	258	178,2	176	104,7	194	113,0	170	94,4	146	81,0	143	77,4	118	63,7	131	72,5

¹⁾ Die sechs Todesursachengruppen entsprechen den Positionen A 115, A 116, A 117, A 118, A 119 und A 120 der Internationalen Mittleren Systematik (Liste A)

^{*)} Für 1965 ergänzt durch Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamtes, München

rend der Gravidität. Hier ist seit dem 1. 1. 1966 für die RVO- und Ersatzkassen ein grundsätzlicher Wandel eingetreten.

Es wird nun aber einer intensiven und dauernden Aufklärung unserer Bevölkerung über die Notwendigkeit einer regelmäßigen ärztlichen Schwangerenbetreuung bedürfen, um möglichst viele werdende Mütter zu veranlassen, von der jetzt bestehenden Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchungen Gebrauch zu machen.

Noch immer ist bei einem Teil der Frauen die Meinung vertreten, eine Schwangere brauche normalerweise nicht zum Arzt zu gehen, es genüge, sich einmal bei der Hebamme anzumelden und wenn etwas nicht in Ordnung sei, werde man es schon rechtzeitig merken.

Mit einer Intensivierung der Schwangerenbetreuung wird auch die in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern noch immer hohe perinatale Kindersterblichkeit weiter gesenkt werden können (1961: Schweden 3,06 ‰; USA 3,11 ‰; Bundesrepublik Deutschland 3,84 ‰). ZIMMER (1960), BUTLER und BONHAM (1963) u. a. konnten zeigen, daß ein direktes Abhängigkeitsverhältnis besteht zwischen perinataler Kindersterblichkeit einerseits und Häufigkeit der ärztlichen Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft andererseits. ZIMMER fand außerdem eine statistisch signifikante Beziehung zwischen Frühgeburtenquote und Intensität der Schwangerenbetreuung. DÖRING hat kürzlich (1966) erneut auf die Beeinflussbarkeit der Frühgeburtenhäufigkeit durch die ärztliche Schwangerenvorsorge hingewiesen. Wenn die erhöhte Gefährdung der Frühgeburten im Hinblick auf ihre spätere körperliche und geistige Entwicklung in Rechnung gestellt wird, liegt hier ein weiteres Argument für eine laufende ärztliche Überwachung möglichst aller werdenden Mütter während der ganzen Gravidität.

Neuregelung des Mutterschutzes und der ärztlichen Schwangerenbetreuung in der Bundesrepublik Deutschland ab 1. 1. 1966

Unter dem Eindruck dieser Erkenntnisse und gestützt auf statistische Untersuchungen aus dem In- und Ausland hat der Deutsche Bundestag im Sommer 1965 das aus dem Jahre 1952 stammende Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter, das sogenannte Mutterschutzgesetz, erweitert und gleichzeitig eine jahrelang von ärztlicher Seite geforderte Änderung der Reichsversicherungsordnung (RVO) beschlossen. Während im Mutterschutzgesetz (SCHMIDT, 1966) Fragen des Arbeitsschutzes und der Ausgestaltung des Arbeitsplatzes geregelt sind (VONTZ, 1966 a), wird durch den neugeschaffenen Abschnitt der RVO die ärztliche Betreuung der werdenden Mutter sichergestellt. Die Neufassung von § 195 c RVO hat folgenden Wortlaut:

„Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. Zur ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft gehören insbesondere Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft, Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der laborärztlichen Untersuchung; das Nähere über die Gewähr für ausreichende und zweckmäßige ärztliche Betreuung sowie über die dazu erforderlichen Aufzeichnungen und Bescheinigungen während der Schwangerschaft und nach der Entbindung regelt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen im Rahmen seiner Richtlinien.“

Diese Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung wurden in der zweiten Hälfte des Jahres 1965 ausgearbeitet und sind am 1. 1. 1966 in Kraft getreten (23).

Das Haushaltssicherungsgesetz vom Dezember 1965 hat sich auch auf das Mutterschutzgesetz und die Neugestaltung der RVO dahin gehend ausgewirkt, daß nur ein Teil der ursprünglich vorgesehenen Verbesserungen bereits am 1. 1. 1966 wirksam wurden, während die restlichen Neuregelungen erst am 1. 1. 1967 in Kraft treten sollten (VONTZ, 1966 b). Zu den Verbesserungen, die bereits rechtswirksam geworden sind, gehören u. a. die Regelung der ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft und nach der Entbindung und die Verlängerung der Schonzeit nach der Geburt von bisher 6 auf grundsätzlich 8 Wochen. Bei Mehrlingsschwangerschaften und Frühgeburten beträgt die Schonzeit jetzt 12 Wochen, unabhängig davon, ob die Mutter stillt oder nicht. Erst am 1. 1. 1967 wirksam werden sollte beispielsweise der Rechtsanspruch jeder Schwangeren auf Krankenhausentbindung*). Die Bezahlung einer Spontangeburt in einem Krankenhaus ist augenblicklich noch eine Ermessensangelegenheit der Krankenkassen, falls keine medizinische Indikation zur stationären Entbindung gegeben war.

Praktische Durchführung der Schwangerenbetreuung

Für die werdende Mutter besteht freie Arztwahl. Die Vorsorgeuntersuchungen können von allen zur Kassenspraxis zugelassenen Praktischen Ärzten, Gynäkologen und Ambulatorien der Frauenkliniken vorgenommen werden. Staatliche Untersuchungsstellen sind bisher nicht geplant und werden, falls die Schwangerenbetreuung durch die praktizierende Ärzteschaft in Zukunft sichergestellt ist, auch nicht eingerichtet werden.

Jeder Arzt kann, mit Ausnahme der blutgruppen-serologischen Untersuchungen, die Schwangerenvorsorge in seiner Sprechstunde ohne besondere apparative Einrichtungen durchführen. Notwendig ist allerdings ein gewisser Zeitaufwand, insbesondere bei der ersten Untersuchung nach Feststellung der Gravidität. Die weiteren Kontrollen nehmen nur noch wenig Zeit in Anspruch.

Bereits 1964 hat der Bayerische Ärztetag, noch vor der bundeseinheitlichen Neuregelung, beschlossen, verstärkte und systematische Maßnahmen zur Betreuung der werdenden Mütter einzuführen (REICHSTEIN, 1965). Von BICKENBACH und Mitarbeitern wurde damals ein Sprechstundenblatt für Schwangere entworfen, das seit 1965 den bayerischen Ärzten kostenlos zur Verfügung gestellt wird. Inzwischen hat der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen dieses Sprechstundenblatt mit nur geringen Änderungen übernommen und es soll nun einheitlich in der gesamten Bundesrepublik verwandt werden.

Es ist nicht zweckmäßig, die bei der Schwangerenbetreuung erhobenen Befunde in die laufende normale Karteikarte einer Patientin einzutragen. Bereits 1941

*) Durch das sogenannte Finanzplanungsgesetz vom Dezember 1966 sind leider diese für 1. 1. 1967 vorgesehenen Vergünstigungen nochmals um 2 Jahre hinausgeschoben worden und sollen nun erst am 1. 1. 1969 in Kraft treten (Dtsch. Ärzteblatt 63 [1966], 3000).

hat DÖDERLEIN eine eigene Schwangerenkarteikarte angegeben. Besondere Schwangerenblätter werden auch in anderen Ländern verwandt (SORGER, 1965). Ein eigenes Schwangerenblatt stellt im Vergleich zu dem erzielten Vorteil und Nutzen eine nur geringe Mehrarbeit dar. Es wäre falsch, die Führung eines solchen Blattes als überflüssige oder gar bürokratische Maßnahme abzutun.

Ein echter Vorteil besteht u. a. darin, daß dem die Geburt leitenden Arzt die gesamten Schwangerschaftsbefunde ohne Mehrarbeit für den erstuntersuchenden Kollegen zur Verfügung gestellt werden können. Diese Mitteilung der Schwangerschaftsbefunde ist von großer Wichtigkeit. Nach BUTLER und BONHAM (1963) ist die perinatale Kindersterblichkeit immer dann besonders hoch, wenn die ärztliche Kontrolle in der Gravidität und die Entbindung an verschiedenen Stellen ohne Austausch der Untersuchungsbefunde erfolgen. Dieser unbedingt notwendige Austausch der Befunde zwischen Hausarzt und Krankenhaus wird sich aber nur dann einspielen, wenn das Schwangerenblatt nach Abschluß des stationären Aufenthaltes dem einweisenden Arzt auch tatsächlich wieder zurückgeschickt wird.

Das Sprechstundenblatt für Schwangere war in den letzten Monaten einer recht umfangreichen Kritik ausgesetzt. Von STOLL (1966) wurde die Wiedereinführung des bis Ende 1965 in einzelnen Bundesländern verwandten Mutterpasses gefordert, weil damit eine bessere Information des Geburtshelfers über ärztliche Untersuchungsbefunde aus der Schwangerschaft zu erreichen sei.

Auf dem letzten Bayerischen Ärztetag im Oktober 1966 hat der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer in seinem Tätigkeitsbericht auch dieses Thema angesprochen. SEWERING wies darauf hin, daß sich in Zukunft aus den Erfahrungen der Praxis zweifellos noch Verbesserungen in der Gestaltung des Sprechstundenblattes ergeben werden. Konstruktive Vorschläge hierfür seien aber bisher noch nicht eingegangen. Es wäre aber sehr bedenklich, wenn die Kritik an der „Umständigkeit des Sprechstundenblattes“ in Wirklichkeit eine Kritik am Umfang der geforderten und im Rahmen einer modernen Schwangerenvorsorge nun einmal notwendigen Untersuchungen sei. Wenn hier eine Vereinfachung der Schwangerenbetreuung für die Praxis angestrebt werde, würde dies zu einem gefährlichen Gefälle zwischen den Vorsorgeuntersuchungen in der freien Praxis und der Schwangerenvorsorge in den Beratungsstellen der Kliniken führen. Die unabwendbare Folge eines derartigen Niveauunterschiedes aber wäre, daß diese Präventivuntersuchungen dem frei praktizierenden Arzt entgleiten bzw. ihm eines Tages sogar aus der Hand genommen werden könnten.

A. Feststellung einer Schwangerschaft

Die erstmalige gynäkologische Untersuchung einer RVO- oder Ersatzkassenpatientin zur Feststellung einer eventuellen Gravidität wird, wie bisher, über Krankenschein zum Quartalsende abgerechnet. Mit der vom Arzt ausgestellten Schwangerschaftsbescheinigung (Muster 12 für RVO-Kassen; Vordruck 7 für Ersatzkassen) beantragt die Frau bei ihrer Krankenkasse einen Mutterschaftsvorsorgeschein. Erst nach Vorlage dieses Scheines (Abrechnung nicht zum Quartals-

ende, sondern erst nach Abschluß der Gravidität) sollen vom Arzt die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen ausgeführt werden.

B. Erste Untersuchung nach Feststellung einer Schwangerschaft

Bei der ersten Vorsorgeuntersuchung nach Feststellung der Gravidität soll das Sprechstundenblatt für Schwangere angelegt werden. Zweifellos ist dieses Blatt ziemlich ausführlich gestaltet, aber es bietet andererseits dem Arzt, der damit arbeitet, auch die Gewähr, daß bei der Betreuung der werdenden Mutter nichts Wesentliches übersehen wird.

Die im Rahmen der ärztlichen Vorsorge während der Gravidität und nach der Entbindung notwendigen Maßnahmen sollen nun anhand des Sprechstundenblattes für Schwangere im einzelnen besprochen werden:

Seite 1 des Sprechstundenblattes enthält Raum für die Personalien der Patientin, ferner für den Namen der Hebamme und der eventuellen Entbindungsanstalt. Das Kästchen rechts oben ist für den Stempel des untersuchenden Arztes bestimmt, damit nach einer stationären Entbindung die Rücksendung des Sprechstundenblattes an den einweisenden Arzt gewährleistet ist.

Sehr zweckmäßig ist die auf Seite 1 angegebene Rubrik „Bei dieser Patientin besonders zu beachten“. Hier läßt sich übersichtlich vermerken, was aus Anamnese und im Verlauf der Gravidität an Besonderheiten eruiert wurde und im weiteren Verlauf der Schwangerschaft und bei der Geburt ganz besonderer Aufmerksamkeit bedarf.

Weiter kann auf Seite 1 der Beruf der werdenden Mutter und Art und Umfang ihrer Tätigkeit vermerkt werden. Dies zu wissen, ist für den Arzt nicht ganz unwesentlich. Einmal wird sich dabei die eine oder andere Tätigkeit finden, die nach dem Mutterschutzgesetz verboten ist. Zum anderen ist es ratsam, sich bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit einer Schwangeren auch nach dem von ihr ausgeübten Beruf zu richten.

1. Anamnese

Im Rahmen der Schwangerenbetreuung kommt der Vorgeschichte besondere Bedeutung zu. Deshalb ist der untere Teil von Seite 1 sowie Seite 2 und 3 des Sprechstundenblattes der Fixierung der Anamnese vorbehalten, und zwar der Familien- und der Eigenanamnese, sowie einer eventuellen früheren und der jetzigen Schwangerschaftsanamnese.

Die Wichtigkeit einer gründlichen Anamneseerhebung soll an einigen Punkten, zunächst bei der Familienanamnese, aufgezeigt werden.

Bei Diabetes mellitus in der Familie der Frau ist die Schwangere, insbesondere wenn sie schon Kinder mit einem Geburtsgewicht von über 4000 g geboren hat, besonders sorgfältig auf eventuelle vorhandene Glukosurie zu kontrollieren und bei nachweisbarer Zuckerausscheidung im Urin ein Kohlehydratstoffwechsel- Provokationstest zu veranlassen, da eine prädiabetische Stoffwechsellaage durch eine Gravidität in einen latenten oder manifesten Diabetes mellitus übergehen kann (PENNING und DITTMAR, 1966).

Bei Lues in der Familienanamnese ist schon bei der ersten Vorsorgeuntersuchung Blut für mehrere Lues-

reaktionen abzunehmen. Die Durchführung einer Luesreaktion allein wäre in diesem Fall ungenügend.

Bei Tuberkulose in der Familiengemeinschaft muß rechtzeitig die Frage einer eventuellen BCG-Impfung des Neugeborenen und der dabei notwendigen Isolierungsmaßnahmen mit der Schwangeren durchbesprochen werden.

Bei der Erhebung der Eigenanamnese ist mit besonderem Nachdruck nach sogenannten „präexistenten Krankheiten“ (PSCHYREMBEL) zu fahnden. Es handelt sich dabei um eine Reihe von Krankheiten, auf die sich in den letzten Monaten der Gravidität eine Spätgestose bevorzugt „aufpfropfen“ kann. Werdende Mütter mit derartigen Erkrankungen sind besonders streng zu überwachen. Zu den präexistenten Krankheiten zählen:

1. Essentielle Hypertonie
2. Renale Erkrankungen (Nephritiden der verschiedenen Genesen und Pyelonephritiden. Dabei ist zu beachten, daß eine alleinige Pyelitis nicht vorkommt, sondern bei jeder Nierenbeckenentzündung auch immer das Nierenparenchym im Sinne einer Pyelonephritis mitbeteiligt ist)
3. Lebererkrankungen (Hepatitis und deren Folgezustände)
4. Diabetes mellitus

Ein manifester Diabetes mellitus bei einer werdenden Mutter muß nach Eintritt einer Schwangerschaft sobald als möglich stationär neu eingestellt werden. Intermittierende Hypoglykämien in der ersten Zeit der Gravidität können Mißbildungen beim Embryo verursachen. Die Betreuung einer diabetischen Schwangeren sollte in enger Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Internist und Geburtshelfer erfolgen. Bei Emesis und Hyperemesis gravidarum einer Diabetikerin empfiehlt sich die Umstellung von Depot-Insulin auf kleine intermittierende Dosen von Altinsulin. Die Entbindung einer zuckerkranken Schwangeren soll wegen der besonderen Gefährdung für das Neugeborene in einer Klinik erfolgen, die ihrerseits eng mit einer nahegelegenen Kinderklinik zusammenarbeitet. PENNING und DITTMAR haben an unserer Klinik ein Zentrum für schwangere Diabetikerinnen aufgebaut. Wir führen bei diesen Frauen nach Möglichkeit in der 32., spätestens in der 34. Schwangerschaftswoche eine pränatale Hospitalisierung durch. Nur durch eine vorzeitige Entbindung, in der Regel 3—4 Wochen vor dem Termin, konnte an Spezialkliniken die früher mit über 50% extrem hohe perinatale Kindersterblichkeit auf 10% gesenkt werden.

Bei der Erhebung der Vorgeschichte müssen, u. a. auch Herzfehler (angeborene oder erworbene, z. B. nach wiederholten Anginen, Scharlach, Gelenkrheuma) und andere Herzerkrankungen berücksichtigt werden. Ergibt sich aus der Anamnese eine Blutungsneigung, sind die Gerinnungsverhältnisse zu überprüfen. Nach vorausgegangenen Thrombosen, Thrombophlebitiden oder Embolien ist der Schwangeren rechtzeitig zur Krankenhausentbindung zu raten, damit postpartal eine gezielte Thromboseprophylaxe durchgeführt werden kann. Von 131 Frauen, die 1965 während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Bayern verstarben, erlag jede 5. Frau einer Embole.

Bei Tuberkulose in der Vorgeschichte soll mit dem Lungenfacharzt oder der Tuberkulosefürsorgestelle Verbindung aufgenommen werden, damit die Frage von Kontrolluntersuchungen bei der Schwangeren, einer eventuellen tuberkulostatischen Therapie oder eines Entbindungsheilverfahrens sowie einer BCG-Schutzimpfung des Neugeborenen geklärt werden kann.

Wichtig in der Anamnese sind vorausgegangene Laparotomien, insbesondere wenn an Uterus und Adnexen operiert worden war, ferner plastische Operationen an Scheide und Damm. Nach Schnittentbindungen und Myomenukleationen muß die Schwangere wegen der Gefahr einer Uterusruptur immer in einem operativ eingerichteten Krankenhaus entbunden werden, in dem jederzeit relaparotomiert werden kann.

Da eine Myombildung, vor allem bei zervikaler Entwicklung, eine Geburt per vias naturalis unmöglich macht, nach vaginalen Entbindungen aber auch die Ursache schwerer Nachgeburts- und Nachblutungen sein kann, sind Frauen mit einer Myomatose der Gebärmutter ebenfalls nur stationär zu entbinden.

Bei der Geburtenanamnese interessieren Erkrankungen während früherer Schwangerschaften und der Verlauf vorausgegangener Entbindungen bzw. Früh- oder Fehlgeburten (Spontangeburt? Dammriß oder Episiotomie? operative Entbindung? Übertragung? Geburtseinleitung? primäre oder sekundäre Wehenschwäche? Febris sub partu? manuelle Plazentalösung oder Nachtastung? Kürettage? Nachgeburts- oder atonische Nachblutung? Bluttransfusion?). Auch der Wochenbettverlauf sollte erfragt werden (Fieber? Lochialstauung? Blutungen? Mastitis? Venenentzündungen bzw. Thrombosen?). Wichtig sind ferner die Geburtsgewichte der Neugeborenen und die postpartale Entwicklung der Kinder (verfrühter, verlängerter oder verstärkter Icterus neonatorum? Austauschtransfusion? Zerebralschädigung?). Nach Komplikationen bei früheren Gestationsprozessen ist die Schwangere stets der stationären Entbindung zuzuführen.

Bei vorausgegangenen Totgeburten oder wiederholten Früh- bzw. Fehlgeburten ist die Patientin einem Gynäkologen zur weiteren diagnostischen Abklärung zu überweisen (Einzelheiten zur Ätiologie dieser Komplikationen siehe bei H. MARTIUS, 1964; DÖRING, 1966). Fehl- und Frühgeburten im 2. und 3. Trimenon können u. a. durch eine Zervixinsuffizienz bedingt sein. In diesen Fällen kann eine Zervixumschlingung nach SHIRODKAR ein Austragen der Schwangerschaft ermöglichen.

Seite 3 des Sprechstundenblattes enthält die Anamnese der jetzigen Schwangerschaft. Hier gilt es zunächst, die Menstruationsvorgeschichte exakt zu erheben und bei der Ausrechnung des voraussichtlichen Entbindungstermins auch die individuelle Zykluslänge der Patientin mit zu berücksichtigen (KNAUS). Manche unnötige Geburtseinleitung wegen angeblicher Übertragung läßt sich allein dadurch vermeiden.

Ferner interessieren Erkrankungen während dieser Gravidität (Blutungen? Ödeme? Nieren- und Harnwegserkrankungen? Varizen? Infektionskrankheiten?). Bei jeder Schwangerenkontrolle ist nach Blutungen intra graviditatem und Schmerzen (Cave Wehen), Ödem-

bildung, Miktion und Stuhlgang sowie nach eventuellen Schwangerschaftsbeschwerden zu fragen.

Bei Infektionskrankheiten in der Umgebung ist der werdenden Mutter eine möglichst weitgehende Expositionsprophylaxe dringend anzuraten. Bei Kontakt mit Viruskrankheiten (Röteln, Mumps, Hepatitis epidemica, Masern, Windpocken, Virusgrippe, Polio-myelitis) kann im ersten Schwangerschaftsdrittel eine Prophylaxe mit Gamma-Globulin den Ausbruch der Erkrankung bei der Mutter und das Auftreten von Mißbildungen beim Feten verhindern, wenn die Injektion innerhalb der ersten 5 Tage nach erfolgter Exposition durchgeführt wird.

Es lohnt sich, über den Medikamentenverbrauch während der Gravidität genaue Aufzeichnungen zu machen, damit bei Fehl- und Mißbildungen der Frucht später bei einer möglichst großen Zahl von Fällen Rückschlüsse auf eventuelle teratogene Wirkungen von Arzneimitteln gezogen werden können. Grundsätzlich sollten während einer Schwangerschaft, insbesondere in den ersten drei Monaten, so wenig wie möglich Medikamente, und wenn, dann nur streng indiziert, verabreicht werden. Die Kontraindikationen bestimmter Arzneimittel während der Gravidität sind genau zu beachten (z. B. Anabolika, Androgene, orale Antidiabetika, Chinin, Dikumarine, Schilddrüsenblocker, Zytostatika usw.).

2. Untersuchung

a) Gynäkologische Untersuchung:

Sie wird bis zum 5. Schwangerschaftsmonat auf dem Untersuchungsstuhl, später auf dem Untersuchungssofa vorgenommen. Die vaginale Untersuchung besteht aus:

1. Betrachtung von Introitus, Vulva und Damm
2. Spekulumuntersuchung (sie muß mindestens einmal während jeder Gravidität zum Ausschluß eines Zervixkarzinoms vorgenommen werden)
3. Touchieren
4. Bimanuelle Untersuchung
5. Beckenaustastung
6. Im Anschluß an die vaginale Exploration folgt die Abformung des Schambogenwinkels

Dem Gynäkologen steht zur Abklärung des Portiobefundes noch die Kolposkopie zur Verfügung. Der Idealfall einer einmaligen zytologischen Kontrolle jeder Schwangeren scheidet heute leider noch an der zu geringen Zahl zytologischer Laboratorien.

Der Wert der äußeren Beckenmessung wird von den einzelnen Autoren verschieden beurteilt: Letzten Endes kommt es, von extremen Ausnahmen abgesehen, nicht auf absolute Zahlen an, sondern auf das Verhältnis von kindlichem Kopf zum mütterlichen Becken bei der unter der Geburt vorhandenen individuellen Stellung und Haltung des Kindes. In der Regel werden einmal in der Gravidität *Distantia spinarum*, *Distantia cristarum*, *Distantia trochantericum* und *Conjugata externa* gemessen. Diese Beckenmaße waren auch in der ersten Auflage des Sprechstundenblattes vermerkt. Jetzt ist nur noch *Conjugata externa* und *Conjugata vera* angegeben. Die Bestimmung bzw.

Ausrechnung der *Conjugata vera* ist aber unnötig. Wird bei einer vaginalen Untersuchung mit dem Mittel- oder Zeigefinger das Promontorium erreicht, dann ist wegen Verdacht auf Mißverhältnis Einweisung zur stationären Entbindung notwendig. Bei Rachitis in der Anamnese mit der Angabe des späten Laufens ist besonders auf ein plattrachtisches Becken zu achten. Bei der Beurteilung des knöchernen Beckens sollte die Betrachtung der MICHAELISSchen Raute nicht vergessen werden.

b) Allgemeinuntersuchung:

Wichtigste Maßnahme der Allgemeinuntersuchung einer Schwangeren ist die Blutdruckmessung. Die erste Kontrolle in der Frühschwangerschaft ergibt einen Vergleichswert für später und deckt eventuell vorhandene präexistente Krankheiten auf. Das Ansteigen des Blutdrucks ist meist das erste Zeichen einer sich anbahnenden Spätgestose. Als oberer normaler Grenzwert wird heute 135/85 angesehen. Besondere Bedeutung kommt dabei der Höhe des diastolischen Wertes zu. BUTLER und BONHAM konnten eine signifikante Abhängigkeit zwischen der Höhe des diastolischen Druckes und der perinatalen Kindersterblichkeit nachweisen (1963). Der erfahrene Praktiker weiß, daß eine Blutdruckkontrolle immer erst nach der gynäkologischen Untersuchung vorgenommen werden soll, da sonst durch psychische Erregung häufig zu hohe Werte erhalten werden.

Bei jeder Vorsorgeuntersuchung einer Schwangeren ist auch das Körpergewicht zu kontrollieren. Die erste Überprüfung ergibt wieder einen Ausgangswert. Die gesamte Gewichtszunahme während einer Schwangerschaft soll 9—11 kg nicht übersteigen. In der zweiten Hälfte der Gravidität gilt als obere Grenze der wöchentlichen Zunahme 400 g, maximal 500 g. Höhere Werte finden sich in erster Linie bei latenter bzw. manifester Ödembildung und bei Ausbildung eines Hydramnions.

Bei der Urinuntersuchung genügt die Kontrolle von Albumen und Saccharum. Dies kann heute mit den im Handel befindlichen Teststreifen einfach und schnell in wenigen Sekunden durchgeführt werden. Bei positivem Glukosenachweis, der sich bei ca. 5% aller Schwangeren findet (DITTMAR und PENNING, 1965), ist eine Zuckerbelastungsprobe angezeigt. Bei positivem Nachweis von Albumen im Urin gilt in der zweiten Schwangerschaftshälfte 1% als oberer zu tolerierender Grenzwert. Allerdings ist bei allen Fällen von Albuminurie eine Urinsedimentuntersuchung zum Ausschluß einer Harnwegsinfektion vorzunehmen. Sedimentkontrollen sind außerdem bei Verdacht oder manifestem Hydrops gravidarum, Nephropathia gravidarum bzw. Präeklampsie/Eklampsie sowie bei den klinischen Symptomen einer Zystitis bzw. Pyelonephritis erforderlich. Falls irgend möglich, sollte bei Schwangeren auf das Katheterisieren zur Vermeidung einer iatrogenen Harnwegsinfektion verzichtet werden (KREMLING, 1966). Die Urinuntersuchung auf Gallenfarbstoffe ist keine Routinemaßnahme; sie ist nur im Einzelfall bei besonderer Fragestellung vorzunehmen.

Bei der Hämoglobinbestimmung gilt während der Gravidität 75% Hb = 12 g% heute als unterer Grenzwert der Norm (GÖLTNER, 1966). Unterschreitet der Hb-Wert 65%, führen wir zusätzlich eine Zählung

Sauerstoff
und Glykosid
für das
insuffiziente Herz

Intensain®-Lanicor®

intensive selektive Mehrversorgung
des Herzens mit Blut und Sauerstoff
+ Digoxinwirkung

Intensain-Lanicor $\frac{1}{8}$

O.P. mit 20 Kapseln DM 4,30 m. U.

O.P. mit 50 Kapseln DM 9,60 m. U.

Intensain-Lanicor $\frac{1}{4}$

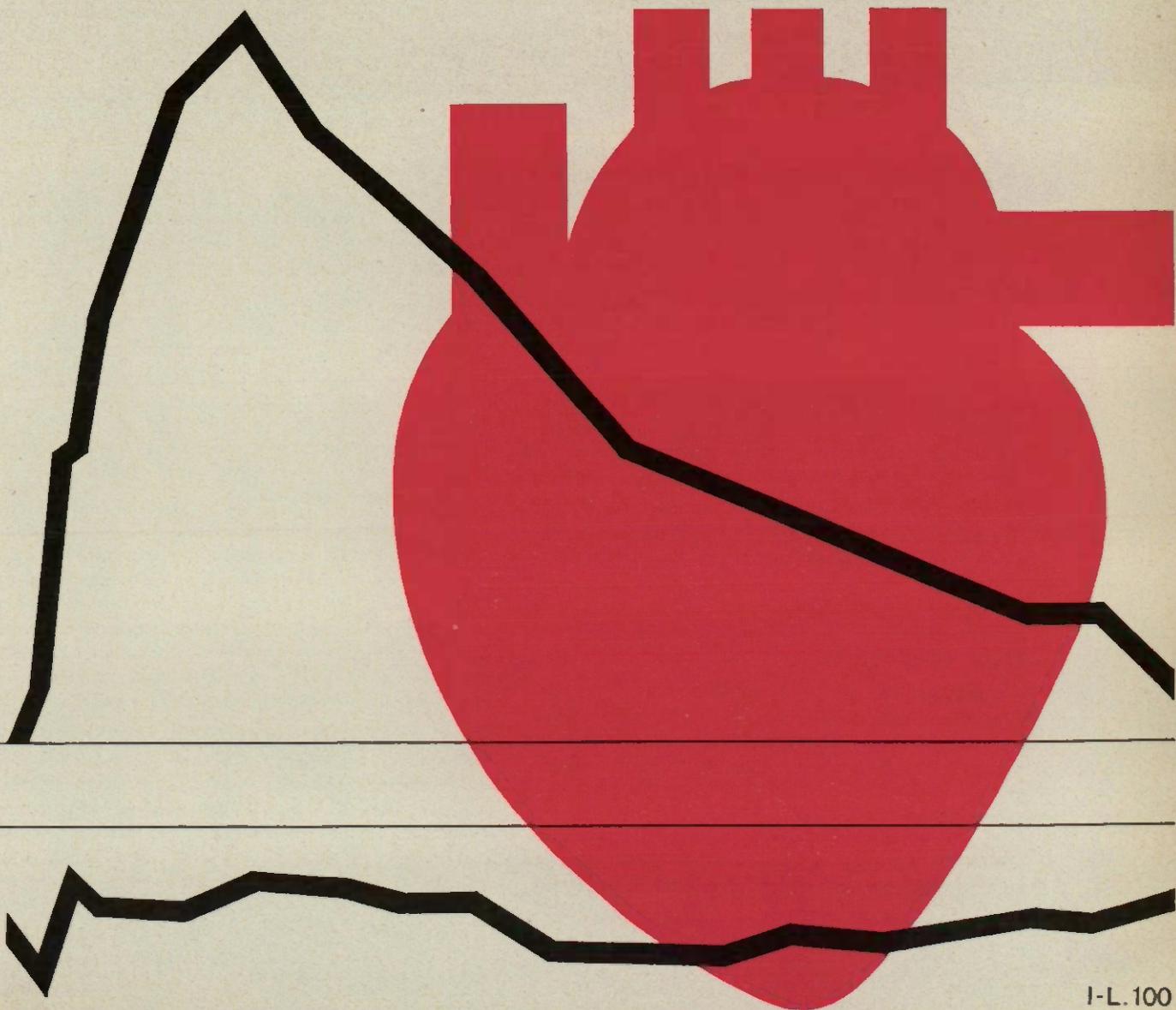
O.P. mit 20 Kapseln DM 4,65 m. U.

O.P. mit 50 Kapseln DM 10,45 m. U.

mannheim
boehringer cassella
riedel

Koronardurchblutung

Blutdruck



der Erythrozyten mit Bestimmung des Färbeindex durch. Die Wichtigkeit der Hämoglobinkontrolle, die bei normalem Ausgangswert erst ab 6. Monat in vierwöchigem Abstand wiederholt zu werden braucht, wird ebenfalls durch die schon wiederholt erwähnte Statistik von BUTLER und BONHAM (1963) unterstrichen. Diese Autoren konnten in ihrem Material eine deutliche Abhängigkeit zwischen dem Grad der mütterlichen Anämie und der perinatalen Kindersterblichkeit feststellen.

Über die im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt notwendigen blutgruppenserologischen Untersuchungen haben wir an anderer Stelle ausführlich berichtet (WELSCH, 1966 a). Folgende Untersuchungen sollen während einer Gravidität veranlaßt werden:

1. Bei jeder Schwangeren Bestimmung von ABO-Blutgruppe und Rh-Faktor, möglichst in der ersten Hälfte der Gravidität.
2. Bei negativem Rh-Faktor der Frau Bestimmung des Rh-Faktors beim Ehemann/Kindsvater. Bei Blutgruppe 0 der werdenden Mutter ist die ABO-Blutgruppenbestimmung beim Mann nur bei vorgesehener Hausentbindung nötig.
3. Bei allen Rh-negativen Schwangeren mit positivem oder unbekanntem Rh-Faktor des Mannes sind wiederholte Antikörpersuchtests im Abstand von 6—8 Wochen, letztmals in der 36.—38. Woche erforderlich.
4. Bei anamnestischen Verdachtsmomenten für eine möglicherweise eingetretene Sensibilisierung in einem der verschiedenen Blutgruppensysteme (z. B. Neugeborene mit Austauschtransfusion; Icterus praecox, gravis oder tardus bei früher geborenen, eventuell zerebral geschädigten Kindern; Totgeburten bzw. ungeklärte Todesursachen von Neugeborenen; vorausgegangene Bluttransfusionen oder Fremdblutinjektionen; wiederholte Früh- oder Fehlgeburten) ist unabhängig von Blutgruppe und Rh-Faktor der Schwangeren ein Antikörpersuchtest dringend erforderlich. Bei Verträglichkeit im ABO-Blutgruppensystem soll das Serum der Frau auch gegen die Erythrozyten des Mannes getestet werden.
5. Ein einmaliger Antikörpersuchtest ist bei allen werdenden Müttern in der 32.—36. Schwangerschaftswoche empfehlenswert. (Diese Untersuchung wird aber derzeit von den RVO/Ersatzkassen nicht bezahlt).
6. Ein Hämolysetest ist nur bei den Schwangeren der Blutgruppe 0 erforderlich, die zu Hause entbinden wollen und deren Mann nicht ebenfalls Blutgruppe 0 besitzt. Bei primär geplanter stationärer Entbindung sind weder Hämolysetests bei der Frau noch ABO-Blutgruppenbestimmungen beim Mann notwendig.

Bei nachgewiesener Rhesus-Sensibilisierung einer Schwangeren darf die Geburt nicht im nächstgelegenen Krankenhaus erfolgen. Diese Frauen müssen in eine Klinik eingewiesen werden, in der entweder jederzeit eine Austauschtransfusion beim Neugeborenen vorgenommen werden kann oder in deren enger (!) Nachbarschaft sich eine entsprechend eingerichtete Kinderklinik befindet. Rhesus-sensibilisierte Schwangere sind am besten sofort nach Befunderhebung,

spätestens 8 Wochen vor dem Geburtstermin der Entbindungsklinik zur ambulanten Untersuchung zu überweisen. In diesen Fällen soll die Schwangerenbetreuung vom Hausarzt und der Klinik gemeinsam vorgenommen werden. Je nach Anamnese und Befunden wird von der Klinik individuell ein Termin für die stationäre Aufnahme der Patientin zur vorzeitigen Geburtseinleitung festgelegt.

Bei Verdacht auf ABO-Unverträglichkeit kann die Entbindung in jedem Krankenhaus erfolgen, in dem die Möglichkeit zur Blutgruppenbestimmung und regelmäßigen Billirubinkontrolle beim Neugeborenen gegeben ist (WELSCH, 1966 b).

Bei jeder werdenden Mutter soll grundsätzlich in der ersten Hälfte der Gravidität eine Luessuchreaktion durchgeführt werden. Bei Lues in der Anamnese der Schwangeren (in diesem Fall unbedingt mehrere Luesreaktionen einschließlich Wa.R!) wird die Frage eventueller Sicherheitskuren bei negativen serologischen Befunden am besten zusammen mit einem Dermatologen entschieden. Seropositive Befunde können, graviditätsbedingt, unspezifisch sein. Eine sichere Diagnosestellung ist mit dem Nelson-Test möglich. Da die ganze Luestherapie zur Zeit erheblich in Fluß ist, scheint es ratsam, bei manifester Lues während einer Gravidität die Therapie ebenfalls in Zusammenarbeit mit einem Fachkollegen zu vereinbaren.

Bei Gonorrhoe in der Anamnese bzw. bei klinischem Verdacht ist eine Abstrichkontrolle von Zervix und Urethra notwendig. Falls dazu keine Möglichkeit vorhanden ist, muß die Schwangere einem Facharzt überwiesen werden.

Blutuntersuchungen auf Toxoplasmose sind nur bei anamnestischen (früher geborene, erkrankte Kinder; Mißbildungen; Totgeburten; wiederholte Fehl- bzw. Frühgeburten) und/oder klinischen Verdachtsmomenten (Lymphdrüenschwellungen unklarer Genese; Kontakt der Schwangeren mit toxoplasmosekranken Tieren) notwendig.

Das gleiche gilt für die Listeriose, die bevorzugt Schwangere befällt und bei ihnen symptomlos oder uncharakteristisch als fieberhafter grippaler Infekt, fieberhafte Angina oder rezidivierende Pyelitis mit Schüttelfrösten, Durchfällen und meningealen Reizerscheinungen verlaufen kann und zu Aborten, Frühgeburten, intrauterinem Fruchttod oder bei den infizierten Neugeborenen häufig zum Exitus letalis in den ersten Lebenstagen führt.

Bei der Allgemeinuntersuchung der werdenden Mutter soll einmal während der Gravidität auch eine Perkussion und Auskultation von Herz und Lungen vorgenommen werden. Ergeben sich aus Anamnese und/oder Untersuchungsbefunden ein Hinweis oder Verdacht auf ernstere interne Krankheitsprozesse, dann sollte die Patientin ebenfalls einem Fachkollegen vorgestellt werden.

Im oberen Teil von Seite 4 des Sprechstundenblattes sind all die Punkte vermerkt, über die heute eine Schwangere, zumindest in gewissem Umfang, Bescheid wissen sollte: Ernährung, Körperpflege, Schwangerengymnastik, Haus- und Berufsarbeit usw.

Für diese allgemeine Beratung der werdenden Mutter haben sich die beiden Broschüren

„Ärztlicher Ratgeber für die werdende Mutter“ (Wort- und-Bild-Verlag, 8000 München 15, Goethestraße 17) und „Ernährung der werdenden Mutter“ von HÜTER/BUCHENAU (Bundesausschuß für volkswirtschaftliche Aufklärung, 5000 Köln 14, Postfach 229) sehr bewährt. Beide Publikationen können von den genannten Stellen kostenlos zur Weitergabe an die Patienten bezogen werden. Diese beiden Broschüren sind nicht nur eine große Zeitersparnis für den vielbeschäftigten Arzt; mit ihrer Hilfe wird auch eine wirklich gründliche und umfassende Aufklärung und Beratung der werdenden Mutter überhaupt erst möglich. Würde man einer Patientin zu viele Ratschläge nur mündlich ertellen und ihr nichts Gedrucktes mitgeben, dann wäre das meiste schon wieder vergessen, noch bevor die Frau zu Hause angekommen ist.

C. Wiederholungsuntersuchungen im Verlauf der Schwangerschaft

Während der ersten 7 Monate sind bei komplikationslosem Schwangerschaftsverlauf Kontrolluntersuchungen im Abstand von 4 Wochen optimal. In den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen wird als Intervall zwischen zwei Konsultationen ein Zeitraum „von etwa 6 Wochen“ genannt. Es sind sich aber die Experten aller Länder darüber einig, daß im Rahmen einer modernen Schwangerenvorsorge Untersuchungen grundsätzlich alle 4 Wochen vorzunehmen sind. In den beiden letzten Graviditätsmonaten ist die Patientin in 14tägigem Abstand zu kontrollieren.

Seite 6 und 7 des Sprechstundenblattes enthalten genügend Raum für die Befunde der einzelnen Wiederholungsuntersuchungen. Dabei erscheint es zweckmäßig, neben dem Untersuchungsdatum auch die jeweilige Schwangerschaftswoche (post menstruationem) zu vermerken. Mit Hilfe eines geburtshilflichen Rechenschiebers läßt sich der genaue Zeitpunkt der Gravidität rasch ermitteln.

In der zweiten Schwangerschaftshälfte ist neben den bereits genannten Punkten (Blutungen; Schmerzen; Wehen usw.) stets auch nach den subjektiven Beschwerden einer Spätgestose (Kopfschmerzen, Sehstörungen, Magenbeschwerden), nach gelegentlicher Ödembildung und Varizenbeschwerden zu fragen. Die Angaben der Patientin über das Datum der ersten Kindsbewegungen sind auf Seite 3 zu vermerken.

Beim geburtshilflichen Status werden ab 6. Monat der Leibesumfang gemessen und die kindlichen Herztöne auskultiert. Der Stand des Fundus uteri sowie Lage und Stellung des Kindes lassen sich mit den bekannten LEOPOLDschen Handgriffen feststellen. Ist die Schwangere beschwerdefrei, kann auf eine vaginale oder rektale Untersuchung verzichtet werden.

Zur Allgemeinuntersuchung gehört grundsätzlich die Kontrolle von Blutdruck und Körpergewicht sowie eine Urinuntersuchung auf Albumen und Saccharum. Ab 6. Monat sind alle 4 Wochen Hämoglobinkontrollen notwendig. Falls erforderlich (s. o.), ist Blut zur Durchführung von Antikörpersuchtests abzunehmen. Schließlich ist bei jeder Konsultation auf lokalisierte oder generalisierte Ödeme sowie auf Varizenbildung zu achten.

Gegen Ende der Schwangerschaft wird der Patientin das Sprechstundenblatt entweder in einem verschlos-

senen Umschlag mitgegeben oder in der Praxis zur Abholung bereitgelegt, damit sich der Geburtshelfer bei Krankenhausaufnahme über alle während der Gravidität erhobenen Befunde orientieren kann.

Abschließend sei zusammenfassend nochmals darauf hingewiesen, daß immer, wenn sich bei den Vorsorgeuntersuchungen aus Anamnese und/oder Schwangerschaftsbefunden Besonderheiten ergeben und mit einer Risikogeburt gerechnet werden muß, der werdenden Mutter die stationäre Entbindung dringend anzuraten ist.

D. Kontrolluntersuchungen im Wochenbett

Auf Seite 8 des Sprechstundenblattes findet sich seit der 2. Auflage Raum für Geburts- und Wochenbettbefunde. Die nicht sehr glückliche Anordnung dieser letzten Seite wird sich bei einer späteren Auflage sicher abändern lassen. Vor allem sollte das Wort „Wehenkur“ unbedingt gestrichen werden, erinnert es doch an die einstmals viel angewandte, in der modernen Geburtshilfe aber wegen zu großer Gefährdung des Kindes längst verlassene sogenannte STEINsche Wehenkur.

Vom Geburtshelfer und der Hebamme werden die Eintragungen über den Geburtsverlauf und die beim Neugeborenen erhobenen Befunde vorgenommen.

Innerhalb der ersten Woche nach der Entbindung soll der Geburtshelfer bei der Wöchnerin eine äußere Untersuchung durchführen, um pathologische Befunde möglichst frühzeitig zu erkennen. Neben Puls und Temperatur ist der Stand des Fundus uteri und die Farbe und Menge der Lochien zu kontrollieren. Weiter sollen die Brüste inspiziert, nach Zeichen einer Thrombose bzw. Thrombophlebitis gefahndet und auf die regelmäßige Entleerung von Harnblase und Mastdarm geachtet werden. Außerdem ist eine Hämoglobinbestimmung ratsam. Schließlich sollte die junge Mutter vom Arzt auch entsprechend beraten werden. Gute Dienste leistet dabei der „Ärztliche Ratgeber für die junge Mutter“ (Wort- und-Bild-Verlag, 8000 München 15, Goethestraße 17).

Nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen kann „falls erforderlich, eine weitere Untersuchung etwa 6 Wochen nach der Entbindung“ vorgenommen werden. Falls irgend möglich, sollte aber auf diese Abschlußuntersuchung am Ende des Wochenbettes nicht verzichtet werden. Bei der gynäkologischen Exploration wird nachgesehen, ob sich die schwangerschaftsbedingten Veränderungen am Genitale wieder weitgehend zurückgebildet haben. Ein besonderes Augenmerk ist dabei den Beckenbodenverhältnissen zuzuwenden. Bei Insuffizienzerscheinungen lassen sich durch eine intensive und langdauernde Beckenbodengymnastik Dauerschädigungen, die sonst später operativ korrigiert werden müßten, weitgehend vermeiden. Schließlich ist eine nochmalige Blutdruck- und Urinkontrolle (Albumen und Saccharum) ratsam. Eine individuell durchzuführende Beratung der Patientin bildet den Abschluß dieser Präventivmaßnahmen.

Die Durchführung einer derart intensiven ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung erfordert von uns Ärzten ein Umdenken und Umlernen gegenüber früher und stellt zusätzliche Anforderungen an Zeit und Arbeitskraft des einzelnen Kollegen. Wir müssen uns aber bemühen, das Problem der Schwangerenvorsorge endlich auch in der Bundes-



Bronchiflux Nattermann

Tubentee

macht schnell die Luftwege frei!

republik Deutschland zufriedenstellend zu lösen, damit auch bei uns mütterliche Sterblichkeit und perinatale Kindersterblichkeit noch weiter vermindert und damit der Vorsprung anderer Länder eingeholt wird.

In der regelmäßigen ärztlichen Schwangerenbetreuung liegt für den Hausarzt aber auch eine Aufgabe und Chance für die Zukunft, die von ihm unbedingt wahrgenommen werden sollte. Der Trend zur Krankenhausentbindung, durch den in den großen Städten die Hausgeburtshilfe bereits weitgehend verschwunden ist, wird anhalten und die Zahl der stationären Entbindungen auch auf dem Land noch weiter ansteigen lassen. Damit wird, von Notfällen abgesehen, die geburtshilfliche Therapie immer mehr in die Hände der an Krankenhäusern und Kliniken tätigen Geburtshelfer übergehen. Die Arbeit des Arztes in der Schwangerenbetreuung erfährt dadurch aber keine Abwertung, denn sie ist von nicht geringerer Bedeutung für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind.

Literaturverzeichnis:

1. BICKENBACH, W. und G. MARTIUS: Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft. Z. Ärztl. Fortbild. 54 (1965), 149.
2. BUTLER, N. R. and D. G. BONHAM: Perinatal Mortality, Livingstone, Edinburgh and London, 1963.
3. DÖDERLEIN, G.: Systematische ärztliche Vorsorge bei Schwangeren. Münch. med. Wschr. 85 (1933), 532.
4. DÖDERLEIN, G.: Kartell für die Schwangerenberatung. J. A. Barth, Leipzig.
5. DÖRING, G. K.: Warum muß die ärztliche Schwangerenbetreuung bei uns intensiviert werden? Dtsch. Ärztebl. 62 (1965), 1660.
6. DÖRING, G. K.: Über die Beeinflussbarkeit der Frühgeburtenhäufigkeit durch ärztliche Schwangerenvorsorge. Dtsch. Ärztebl. 63 (1966), 1941.
7. DITTMAR, W. F. und W. PENNING: Zur Frage der Schwangerschaftsdiabetes. Zbl. Gynäk. 87 (1965), 1105.
8. EMMERICH, J. P.: Die Müttersterblichkeit. Zbl. Gynäk. 79 (1957), 272.
9. GÖLTNER, E.: Ursachen und Behandlung der Schwangerschaftsanämien. 18. Dtsch. Therapiewoche Karlsruhe 1966. Ref. in: Med. Klinik 61 (1966), 1611.
10. GOECKE, H.: Über die Ursachen der Müttersterblichkeit und die Möglichkeiten zu ihrer Senkung. Therapiewoche 14 (1964), 1.
11. HOSEMANN, H.: Zur Frage der Müttersterblichkeit. Med. Klinik 54 (1959), 245.
12. HÜTER, K. A.: Untersuchungen über Art und Umfang der Schwangerenvorsorge und deren Einfluß auf das Schicksal von Mutter und Kind. Geburt. Frauenheilk. 24 (1964), 300.
13. JANSSENS, J.: Maternal mortality and the level of obstetrical care; Fundamentals for improvement, particularly in the Netherlands. Bulletin De La Société Royale Belge De Gynécologie et d'Obstétrique 4 (1965), 267.
14. KNAUS, H.: Die Physiologie der Zeugung des Menschen. 1950 Wien, Maudrich.
15. KREMLING, H.: Prophylaxe und Therapie der Pyelonephritis grav. 18. Dtsch. Therapiewoche Karlsruhe 1966. Ref. in: Med. Klinik 61 (1966), 1612.
16. LÖNNE, F.: Deutschlands Volksvermehrung und Bevölkerungspolitik vom nationalökonomisch-medizinischen Standpunkt aus. Wiesbaden 1917.
17. LEUTNER, R.: Mütter- und Säuglingssterblichkeit. Wirtschaft und Statistik. 11 (1965), 722.
18. MARTIUS, H.: Lehrbuch der Geburtshilfe. 6. Aufl. Thieme-Verlag Stuttgart, 1964.
19. MIKAT, B.: Mütter- und Säuglingssterblichkeit, Totgebohren- und Abortheufigkeit im internationalen Vergleich. Dtsch. Ärztebl. 63 (1966), 2601 u. 2665.
20. PENNING, W. und F. W. DITTMAR: Die Rolle des Geburtshelfers bei der Diabetes-Fahrtensuche. Dtsch. Ärztebl. 63 (1966).
21. PSCHYREMBEL, W.: Praktische Geburtshilfe. 11. Aufl. Walter De Gruyter & Co. Berlin 1966.
22. REICHSTEIN, W.: Zur optimalen Betreuung der werdenden Mütter. Dtsch. Ärztebl. 62 (1965), 1481.
23. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung. Dtsch. Ärztebl. 63 (1966), 11.
24. SCHMIDT, F. H.: Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter. Textausgabe mit Erläuterungen. C. Heymanns Verlag Köln 1966.
25. SCHMIDT-ELMENDORFF, H. R.: Bekämpfung der perinatalen Müttersterblichkeit. Rhein. Ärztebl. (1962), 965.
26. SCHWALM, H.: Müttersterblichkeit. Ref. Tagung der Vereinigung der Hebammenlehrer 18. 9. 1966 in Heidelberg. Geburts. Frauenheilk. 17 (1957), 272.
27. SEWERING, H.: Tätigkeitsbericht der Bayer. Landesärztekammer. Bayer. Ärztebl. 21 (1966), 787.
28. SOMMER, K.: Diagnostik und ärztliche Beratung in der Schwangerschaft. In Klinik der Frauenheilkunde und

Geburtshilfe, herausgegeben von SCHWALM-DÖDERLEIN, Bd. 4, S. 585-639. Urban & Schwarzenberg München - Berlin 1965.

29. SORGER, L.: Schwangerenfürsorge für Angehörige der amerikanischen Streitkräfte. Dtsch. Ärztebl. 62 (1965), 2613.
30. STOLL, P.: Schwangerenfürsorge als Aufgabe der ambulanten Praxis. XIV. Intern. Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer vom 22. 8.-3. 9. 1966 in Meran.
31. VONTZ, W.: Arbeitsschutz im Mutterschutzgesetz. Dtsch. Ärztebl. 63 (1966a), 810 u. 878.
32. VONTZ, W.: Das Haushaltssicherungsgesetz. Dtsch. Ärztebl. 63 (1966b), 516 u. 606.
33. WELSCH, H.: Blutgruppenserologische Untersuchungen im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt. Med. Klinik 61 (1966a), 1489.
34. WELSCH, H.: Beurteilung blutgruppenserologischer Befunde von Schwangeren bei Verdacht auf ABO-Inkompatibilität. Landarzt 42 (1966 b), 794.
35. ZIMMER, F.: Untersuchungen über Art und Umfang der Schwangerenbetreuung. Arch. Gynäk. 195 (1960), 398.
36. ZIMMERMANN, E.: Die Müttersterblichkeit im Jahre 1964. Bayern in Zahlen. 19 (1965), 232.
37. Die Sterbefälle in Bayern im Jahre 1965. Statistischer Bericht des Bayer. Statistischen Landesamtes. A IV 3 - j/65.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Hermann Welsch. II. Frauenklinik der Universität München, 8000 München 15, Lindwurmstraße 2 a

Unfallhilfe im Straßenverkehr in Bayern

Aufklärungsaktion in der Woche vom 4. bis 11. März 1967

Unter der Schirmherrschaft des Bayerischen Staatsministeriums des Innern wird in Bayern in der Zeit vom 4. bis 11. 3. 1967 eine „Woche der Unfallhilfe im Straßenverkehr“ durchgeführt werden, an der sich außer den Regierungen, Kreisen und Gemeinden u. a. das Bayerische Rote Kreuz, die Automobilklubs und auch die Ärzteschaft beteiligen werden.

Alle Verkehrsteilnehmer sollen während dieser Zeit Gelegenheit erhalten, sich über die notwendigen Sofortmaßnahmen nach Unfällen zu unterrichten. Eine Plakataktion unter dem Stichwort „Aktion Nr. Sicher“ wird dieser Woche vorausgehen.

Die Eröffnungsveranstaltungen werden am 4. März abgehalten werden. Dabei sollen von den Vertretern der mitwirkenden Organisationen über Probleme der Erstversorgung von Unfallverletzten und über die Grundsätze der Laienhilfe am Unfallort gesprochen werden. Je nach Möglichkeit sollen in den einzelnen Gebieten auch Demonstrationen solcher Sofortmaßnahmen am Unfallort verbunden werden.

Um das Interesse der Kraftfahrer an der Ausrüstung ihrer Wagen mit Sicherheitseinrichtungen und Unfallhilfsgeräten zu wecken, wird der TÜV (Technischer Überwachungsverein) eine Erhebung über die Fahrzeugausrüstung durchführen. Im Anschluß an die ersten Demonstrationen sollen Kurse zur Ausbildung in der Soforthilfe am Unfallort erfolgen. Bei der gleichen Gelegenheit soll durch die Ärzte auch auf die Bedeutung der Tetanus-Schutzimpfungen für Autofahrer hingewiesen werden. In der gleichen Zeit sollen auch die bereits vorhandenen Unfallhilfs- und Meldestellen hinsichtlich ihrer richtigen Standortwahl, ihrer Ausrüstung sowie ihrer Einsatzbereitschaft überprüft werden.

Zur Unterstützung der Werbung für die Kurse über Soforthilfe am Unfallort und die Lehrgänge in Erster Hilfe wird ein Quiz-Wettbewerb ausgeschrieben werden. Die von den beteiligten Organisationen ausgegebenen Wettbewerbsfragebogen müssen bis zum 20. 5. 1967 wieder abgegeben werden. Die Hauptgewinne werden in einer Fernsehsendung am 10. 6. 1967 ausgelost. Für alle Veranstaltungen stehen Flugblätter in ausreichender Zahl zur Verfügung. Bei sämtlichen Tankstellen an den Bundesautobahnen werden kostenlos Broschüren „Wer hilft wo an der Autobahn?“ verteilt werden.

Die private Krankenversicherung im Jahre 1965

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. in Köln hat vor kurzem seinen Rechenschaftsbericht für 1965 vorgelegt. Darin ist ausgeführt, daß die privaten Krankenversicherungsunternehmen nach wie vor alle Anstrengungen machen müssen, um ihren Tätigkeitsbereich nicht nur zu erhalten, sondern nach Möglichkeit noch auszuweiten. Die weitgehend zufriedenstellende Entwicklung im Jahr 1965 dürfe nicht über u. U. in der Zukunft zu erwartende weitere Schwierigkeiten hinwegtäuschen. Beitragsvolumen und Versicherungsbestände sind im vergangenen Jahr weiter gewachsen. Bei der Betrachtung der Erhöhung des Beitragsaufkommens ist zu berücksichtigen, daß ein nicht unbedeutender Teil auf Anpassungsmaßnahmen an die noch immer steigenden Kosten der Krankenbehandlung, besonders im stationären Bereich, zurückzuführen ist. Damit verstärkt sich die Notwendigkeit, moderne, den Interessen der Versicherten gemäße Anpassungstarife zu schaffen, die einen in seinem Wert gleichbleibenden Versicherungsschutz für die Vertragsdauer erhalten.

Der Bestand an Verträgen ist im Jahr 1965 auf rund 16,18 Millionen gewachsen. Der Zuwachs ist jedoch nur auf die selbständige Teilversicherung entfallen. Die Zahl der Verträge in der Krankheitskosten-Vollversicherung, die als Kernstück der privaten Krankenversicherung betrachtet werden muß, ist um etwa 30 000 Verträge zurückgegangen. Das ist angesichts eines immer noch bestehenden Versicherungsbestandes von rund 6,61 Millionen Versicherungen noch keine ins Gewicht fallende Abnahme. Die geringe Differenz beweist vielmehr, daß die natürlichen Abgänge durch Tod, Verzug ins Ausland, Aufnahme einer abhängigen Tätigkeit und die Folgen der Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung praktisch durch Neuzugänge aufgefangen werden konnten.

Das Beitragsaufkommen ist in allen Sparten gewachsen, auch bei der Krankheitskosten-Vollversicherung. Im gesamten verteilt es sich wie folgt (Zahlen des Vorjahres in Klammern):

Krankheitskostenversicherung

	1556 Mill. DM (1445,0) = 69%
Teilversicherung	574 Mill. DM (470,2) = 25%
Tagegeldversicherung	145 Mill. DM (120,2) = 6%

Die Gesamtbeitragseinnahmen stiegen gegenüber 1964 um etwa 12% auf 2275 Mill. DM. Die Versicherungsleistungen erhöhten sich stärker als die Beitragseinnahmen. Einschließlich der Beitragsrückerstattungen wurden im vergangenen Jahr 1603 Mill. DM ausbezahlt. Das sind rund 177 Mill. DM mehr als im Jahr vorher. Die Monatsleistung betrug rund 134 Mill. DM (118,81), die arbeitstägliche Leistung rund 6,4 Mill. DM (5,7). Als Hauptgrund für diese Steigerungen sind die laufend steigenden Kosten der ambulanten und stationären Heilbehandlung und schließlich auch die steigenden Ansprüche der Versicherten angegeben worden. Das ist eine Entwicklung, die nicht nur die private, sondern gleichermaßen auch die gesetzliche Krankenversicherung bedroht. Im Bereich der privaten ist bis jetzt mit einem gewissen Erfolg versucht worden, dieser

Entwicklung durch Umstufung in höhere Tarife unter gleichzeitiger Verbesserung des Versicherungsschutzes und den Abschluß von Zusatzverträgen zu begegnen. Das bedeutet ein durchaus legitimes und marktgerechtes Ausweichen in den Preis, das von den Versicherungsnehmern der Privatversicherung auch honoriert worden ist. In der gesetzlichen Krankenversicherung glaubt man, diesen Weg bis jetzt noch nicht gehen zu können. Sicherlich wäre es auch hier ehrlicher, unbeschadet eines sozialen Ausgleichs, zu einem einigermaßen kostendeckenden Beitragsvolumen zu kommen. Dazu wäre allerdings notwendig, die gesetzliche Krankenversicherung zuerst einmal von allen noch bestehenden artfremden Lasten zu befreien und dann die Beitragsfestsetzung sich frei auspendeln zu lassen. So kämen die Dinge wahrscheinlich endlich einmal in die richtige Bewegung. Statt dessen wird immer wieder die Hoffnung genährt, die sich bereits als trügerisch erwiesen hat, man könne die finanziellen Schwierigkeiten allein durch eine erneute Erweiterung des Kreises der Zwangsversicherten in den Griff bekommen. Der Raum ist inzwischen recht klein geworden, der noch nicht von dem Obligatorium in der Krankenversicherung abgedeckt ist. Wenn einmal alle unter diesem Dach untergebracht sind, werden die Schwierigkeiten keineswegs damit behoben sein. Nur wird man dann Wege gehen müssen, die man besser heute schon einschlagen würde, ehe durch falsche Behefe Schäden angerichtet worden sind, die vermieden werden können. Für die private Krankenversicherung liegt eine gewisse Gefahr darin, daß der Gesetzgeber wieder versucht, die laufende Kostensteigerung bei der gesetzlichen Krankenversicherung nur durch eine übermäßige Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze abzufangen. Wird nämlich diese Grenze zu hoch angesetzt, dann wird dem Rückgrat der privaten Krankenversicherung die Festigkeit dadurch entzogen, daß es zu einer Austrocknung der für ihre Existenz wesentlichen Versichertenbestände kommt; genauso, wie die zu niedrig angesetzte Grenze zu der gleichen Erscheinung bei der gesetzlichen Krankenversicherung führt. In beiden Fällen ist das jedenfalls ein Ergebnis, das vermieden werden muß. Die bisherige Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze — wobei offen gelassen werden soll, ob die Grenzziehung absolut richtig ist — kann sehr wohl mit dem Hinweis auf die eingetretene Geldwertverschlechterung gerechtfertigt werden. Das ist zwar offiziell niemals geschehen, deshalb ist es aber nicht weniger wahr. Bleiben die Verhältnisse im Hinblick auf die Erhaltung unseres Geldwertes in der nahen Zukunft annähernd stabil, dann bedeutet alles, was über die Grenze der notwendigen Korrektur wegen einer Geldwertverschlechterung hinausgeht, eine mehr oder minder verdeckt vorgenommene Erweiterung des Kreises der Zwangsversicherten.

Im Verhältnis der privaten zur gesetzlichen Krankenversicherung ist im Rahmen der letzten Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze unter dem Druck von Gegebenheiten ein gewisser Wandel eingetreten. Angestellten, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert waren und durch die Erhöhung der Pflichtversicherungsgrenze wieder pflichtversichert geworden waren, war die Möglichkeit ein-

geräumt worden, über den Übertritt in eine gesetzliche Krankenkasse oder ihr Verbleiben in der privaten Krankenversicherung selbst zu entscheiden. In der Gesetzgebung unserer Sozialversicherung ist damit zum ersten Male eine Art offizieller Anerkennung der privaten Krankenversicherung als Träger einer sozialen Sicherung ausgesprochen worden. Etwa 40% derjenigen Mitglieder, die wieder krankenversicherungspflichtig geworden waren, haben sich von der gesetzlichen Krankenversicherung befreien lassen und sind bei ihrer privaten Krankenversicherung geblieben. Das Ergebnis wird in seiner Bedeutung nicht durch die Feststellung geschmälert, daß diese 40% nur etwa 1% der gesamten Angestelltenschaft ausmachen. Jedenfalls waren es von etwa 35 000 überhaupt in Betracht kommenden Personen etwa 14 000, die sich für ein Verbleiben in der Privatversicherung entschieden hatten. Ob das nun allein nur dem der privaten Krankenversicherung nachgesagten „Snob-Appeal“ zu verdanken ist, mag mit einem gewissen Recht bezweifelt werden können. Vielmehr ist es doch wahrscheinlich so, daß bestimmte Spuren schrecken, eigene Erlebnisse in überfüllten Wartezimmern, die möglicherweise gemachte Erfahrung, daß in einem Krankenhaus als Privatpatient schneller ein Bett zu bekommen ist als für einen Pflichtversicherten, das Erlebnis einer drangvollen Enge in manchen Krankenhäusern in der dritten Pflegeklasse und anderes mehr, was vor diesem Kreis keiner näheren Umschreibung bedarf. Und da wird mit der Prämie zur privaten Kranken- oder Zusatzversicherung zweifellos die Hoffnung mitbezahlt, allen diesen als Unbilden empfundenen Zuständen doch in gewissem Umfang ausweichen zu können. Auf der anderen Seite gibt es sicherlich auch eine ganze Menge Leute, die im Pferd der Sozialversicherung hocken bleiben wollen, weil es ihnen billiger und damit vorteilhafter erscheint, sozialversichert zu sein. Aber wohl kaum, weil ihnen bestimmte Methoden der Behandlung, die in kollektiven Schutzsystemen bis zu einem gewissen Grad unvermeidlich zu sein scheinen, gut gefallen, sondern vielmehr aus der meist auf Erfahrungen im engeren Kreis gegründeten puren Angst, im gegebenen Fall wirtschaftlichen Belastungen durch Krankheitsfälle von möglicherweise vielen tausend DM nicht gewachsen zu sein.

Die Leistungen der privaten Krankenversicherung für ärztliche Verrichtungen (Beratungen, Besuche, Sonder-

leistungen, Wegegebühren und Operationen) lassen, wenn auch nicht einen exakten, aber immerhin einen annähernden Schluß auf die Entwicklung der Kosten der ärztlichen Behandlung zu. Gegenüber dem Jahr 1964 sind sie 1965 um 11,8% gestiegen. Werden die Versicherungsleistungen für 1955 gleich hundert gesetzt, so ergibt sich folgendes Bild:

1955	100,0%
1957	110,0%
1959	135,3%
1961	152,9%
1963	183,6%
1965	218,0%

Die Ursache liegt in den höheren Kosten des Einzelfalles der ärztlichen Behandlung und der gestiegenen Schadenhäufigkeit.

Sowohl die Erhöhung der Arzneimittelpreise als auch der weiter gestiegene Verbrauch im Jahr 1965 beeinflusste die Versicherungsleistungen für Arzneimittel. Die Leistungen entwickelten sich von 1955 (dieses Ausgangsjahr zu 100 gerechnet) bis zum Jahr 1965 bis auf 296,5%. Im Vergleich zum Vorjahr ergab sich eine Steigerung um 11,4 und gegenüber 1955 um 196,5%.

In der Krankheitskostenversicherung haben sich die Pro-Kopf-Schäden von 1955 (dieses Jahr zu 100 gerechnet) bis zum Jahr 1965 auf 253,4% erhöht. Die Erhöhung im Berichtsjahr gegenüber dem Vorjahr betrug 10,0%. Die Bemühungen um die Wiederaufnahme der sowohl für die Ärzteschaft als auch für die private Krankenversicherung notwendigen Zusammenarbeit gemeinsamer Interessen berührender Fragen wurden auch im Jahr 1965 fortgesetzt. Im Berichtsjahr hat noch keine Sitzung der „Zentralen Kommission Ärzteschaft/PKV“ stattgefunden. Doch sind Ärzteschaft wie die private Krankenversicherung bemüht gewesen, nach Klärung einiger Vorfragen die Tätigkeit der „Zentralen Kommission“ wieder zu aktivieren. Die entsprechenden Schritte sind eingeleitet worden. Durch die Untätigkeit der „Zentralen Kommission“ war die Arbeit der „Gemischten Kommissionen“ behindert worden. Vielfach waren allerdings Sitzungen nicht erforderlich, weil einschlägige Fragen mit den Vertretern der zuständigen Ärztekammern schriftlich oder mündlich erörtert und geklärt werden konnten. Nur einmal hat im Berichtsjahr eine Sitzung einer „Gemischten Kommission“ stattgefunden.

v. L.-n.

In der Stiftsklinik Augustinum, München 55, Gondrellplatz 1,
findet unter der Leitung von Chefarzt Professor Dr. Michel am
21. und 22. April 1967, Beginn jeweils 9.00 Uhr, ein

Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie

statt

Anfragen und Anmeldungen nur an die

Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85

AUS DEM STANDESLEBEN

Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

38. Vortragsreihe: „Epidemien heute“ — Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr

(Schluß)

Professor Dr. B. STEINMANN, Bern:

„Epidemiologie der Apoplexie“

Die epidemiologischen Untersuchungen der Apoplexie sind erschwert durch unsichere Typendiagnose, häufig ungenaue Anamnese und verhältnismäßig geringem Interesse an dieser Krankheit. Die Angaben über die Morbidität sind sehr unterschiedlich, die in der Literatur angegebenen Werte schwanken zwischen 0,5 und 2,6% für frische Apoplexien. Die älteren Apoplexien werden von Professor STEINMANN mit 0,1% angegeben, im Gegensatz dazu betragen die Literaturangaben in den USA 1%. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen beträgt 100 : 118. Die rechte Seite und die linke Seite sind von der Apoplexie ungefähr gleichhäufig befallen. Hinsichtlich der Mortalität in den USA und bei uns ist die Apoplexie nach den Herzkrankheiten und den malignen Tumoren mit 12 bis 15% die dritthäufigste aller Todesursachen. In Japan ist sie seit 1951 die häufigste Todesursache. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung sterben jährlich 50—300 pro 100 000 Einwohner an Apoplexie.

An der komplexen Pathogenese sind mehrere Risikofaktoren beteiligt: Bei der größten Zahl der Fälle darf die Arteriosklerose als Basisprozeß angesehen werden, wenn man von den Embolien absieht. Im Gefolge einer Hypertension sind vor allem die kleinen Gefäße betroffen, aber auch der Zeitfaktor, das heißt, das Alter spielt eine wichtige Rolle. Bei der prospektiven Framingham-Untersuchung, bei der der Blutdruck vor dem Insult regelmäßig untersucht wurde, zeigte es sich, daß bei den Hirninfarktpatienten viermal so häufig Hypertoniker als Normotoniker betroffen sind. Ein weiterer Risikofaktor für die Entstehung des ischämischen Insultes ist eine ungenügende Herzfunktion. Nur ein Fünftel der Hemiplegiker zeigt bei Untersuchungen einen normalen Herzbefund. Häufig finden sich hypertensive Herzinsuffizienz, frische oder alte Herzinfarkte sowie Herzrhythmusstörungen, vor allem auch Vorhofflimmern. Vorbestehende Herzveränderungen und EKG-Anomalien sind beim apoplektischen Insult sogar häufiger als beim Myokardinfarkt. Bei der Untersuchung der Serumcholesterinwerte zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen Apoplektikern und Nichtapoplektikern. Trotzdem ergeben sich insgesamt durchschnittlich etwas höhere Cholesterinwerte bei der Hemiplegie gegenüber den übrigen Patienten. Der Cholesterinerhöhung im Serum kommt bei der Entstehung der Apoplexie keine solche ins Gewicht fallende Bedeutung zu, wie den übrigen Risikofaktoren. Der Diabetes übt auf die Pathogenese der Apoplexie auch keinen wesentlichen Einfluß aus. Ähnlich ist es mit dem Übergewicht und dem Zigarettenkonsum, die keine statistisch signifikante Rolle bei der Apoplexie-Entstehung spielen.

Privatdozent Dr. S. HEYDEN, Zürich (jetzt USA):

„Das Infarktprofil: Epidemiologie und Therapie der Risikofaktoren“

Es ist notwendig, die Methoden der Früherkennung gefährdeter Patienten zu intensivieren und nicht erst mit der Therapie einzusetzen, wenn mechanische Einengung oder Zerstörung der Gefäße eingetreten sind. Die Ärzteschaft ist jedoch noch nicht einig, welche Untersuchungen bei einer vorbeugenden Gesundheitskontrolle durchgeführt werden sollten. Manche Patienten nehmen an, sie hätten eine komplette Gesundheitsuntersuchung, wenn ihr Besuch beim Arzt lediglich in einer Puls- und Blutdruckmessung oder aber in einer Auskultation und Perkussion bestand. Dadurch, daß verschiedene Ärzte, je nach Gutdünken und Spezialinteresse völlig unterschiedliche Untersuchungen durchführen unter der gleichen Überschrift „Gesundheitsuntersuchung“, werden viele Patienten desillusioniert. Aufgrund von über 2000 Untersuchungen in den letzten beiden Jahren und aufgrund einer Vergleichsstudie von 100 frischen hospitalisierten Infarktfällen und 100 gesunden Kontrollpersonen, gibt Herr Privatdozent Dr. HEYDEN ein Untersuchungsschema, das er Infarktprofil bezeichnet:

An der Spitze steht die Anamnese, die nicht mehr als zehn Minuten benötigt, wenn sie auf vorbereitete Krankenblätter eingetragen wird. Wesentlich in der Familienanamnese ist vor allem die Frage nach Apoplexie, Infarkt, Diabetes, Gicht, Hypertonie, Xanthomen und Xanthelasma. In der eigenen Anamnese wird ebenfalls nach Hypertonie, Angina pectoris, Infarkt, Apoplexie, Diabetes mellitus und Gicht gefragt. Zwei Drittel aller Infarktpatienten haben entweder Angina-pectoris-Anfälle oder uncharakteristische Thoraxbeschwerden lange Zeit vor dem klinischen Ereignis des Infarktes gehabt. Wichtig ist auch eine exakte Aufzeichnung der Rauchgewohnheiten. Bei der infarkt-freien Kontrollgruppe bestand ein Übergewicht an Nichtraucher, Exrauchern sowie von Zigaretten- und Pfeifenrauchern. Nur 16 Raucher von einem Päckchen oder mehr fanden sich in dieser Gruppe. Die Infarktgruppe dagegen enthielt vor allem starke Zigarettenraucher und nur wenige Nicht- oder Exraucher. Nach einem Bericht von CRAMER, PAULIN und WERKÖ über Koronarangiographie waren die schwersten Koronararterienverengungen und Verschlüsse bei denjenigen Patienten feststellbar, die eine Kombination von Hypercholesterinämie und Nikotinabusus zeigten. Weiterhin zeigte sich bei den Infarktpatienten in 77% der Fälle ein Gewichtsanstieg von über 5 kg nach dem 20. bis 25. Lebensjahr. Der Unterschied zur Kontrollgruppe ist statistisch signifikant.

Bei der Untersuchung spielt die Blutdruckmessung eine wesentliche Rolle. Unter 100 Infarkten finden sich über 50% Hypertoniker im Vergleich zu 25% Hypertonikern der Kontrollpopulation. Die größte Bedeutung kommt



Prof. Dr. B. Steinmann
Bern



Priv.-Dozent Dr. S. Heyden
Zürich



Dr. W. W. Holland
London

der Bestimmung des Cholesterinspiegels zu, denn bei hohem Serumcholesterinspiegel besteht stark erhöhte Infarktgefährdung. Dabei sollten als maximale Werte bei Hypertonikern 200 mg^o%, bei Normotonikern bis zu 250 mg^o% angesehen werden. Der Arzt sollte sich jedoch niemals mit einer einzigen Cholesterinbestimmung zufrieden geben, sondern immer mehrere Bestimmungen zu verschiedenen Zeitpunkten, mindestens jedoch zwei Bestimmungen durchführen. Außerdem sollten die Patienten bei der Blutentnahme nicht stehen und die Vene nicht zu lange gestaut werden. Die Bestimmung der Triglyzeride ist zu kompliziert und bringt im Vergleich zur Cholesterinbestimmung keinen zusätzlichen Vorteil. Zu den weiteren erforderlichen Untersuchungen gehört die postprandiale Blutzuckerbestimmung und die Harnsäureuntersuchung. Diabetes disponiert ebenso wie Hyperurikämie zum Infarkt. Auch wenn 40% der an einem Infarkt verstorbenen Patienten ein Jahr vor dem Infarkt noch ein normales EKG zeigten, so ist doch das EKG im Rahmen des Infarktprofils durchzuführen. Allerdings bietet ein normales EKG keine Gewähr, daß es sich um ein ungefährdetes Myokard handelt.

Die oben aufgezählten Maßnahmen wären jedoch nicht sinnvoll, wenn sie nicht eine Behandlung der gefährdeten und krankheitsfördernden Risikofaktoren nachziehen würden. Notwendig ist hier eine Gesundheits-erziehung vor allem in bezug auf das Rauchen, ferner strikte Blutdruckkontrolle, Diätberatungen und Gewichtsreduktion, soweit es erforderlich ist. Wenn bei Hypercholesterinämie die Diätumstellung nicht ausreicht, ist eine medikamentöse Langzeitbehandlung mit Ronicol retard notwendig.

W. W. HOLLAND, M. D., B. Sc., London:

„Cor pulmonale“

In den Hauptkrankenhäusern des Kreises Sheffield werden 18—40% aller Fälle von Herzversagen dem Cor pulmonale zugeschrieben. Der Bericht der Weltgesundheitsorganisation bezeichnet das chronische Cor pulmonale als „Hypertrophie der rechten Herzkammer durch Erkrankungen, welche die Funktion oder die Struktur der Lunge beeinflussen“ mit Ausnahme derjenigen Lungenveränderungen, die die Folge von Erkrankungen des linken Herzens sind oder von angeborenen Herzerkrankungen ausgehen. In Europa sind chronische Bronchitiden mit oder ohne Emphysem, Asthma, Bronchiektasen und allgemeine Fibrosen sowie Pneumokoniosen die Vorläufer des Cor pulmonale. Die Grundlage für die chronische Bronchitis findet sich in verschleppten bronchitischen Infektionen, in Zigarettenrauchen und in atmosphärischen Verunreinigungen, die besonders die Bevölkerung in den Industriegebieten

betrifft. Daher ist eine Einschränkung des Zigarettenrauchens, die Förderung und Verbesserung der Luftverhältnisse und die Vermeidung bronchialer Ansteckung anzustreben. Bei frühzeitiger Beobachtung und Untersuchung läßt sich die Lungenkrankheit und deren spätere Herzkomplikation vermeiden. Personen, die besonders leicht zu derartigen Folgekrankheiten am Herzen neigen, kann man leicht durch Prüfung der ventilatorischen Lungenfunktion mittels Atemstoßtestes und Vitalkapazitätsbestimmung feststellen. Patienten, deren Bronchialleiden bekannt ist, sowohl wegen ihrer Dyspnoe als auch wegen ihrer Neigung zu bronchitischen Schüben im Winter, sollten einer strengen Überwachung unterzogen werden. Zur Besserung der Lungenfunktion und Ventilation sind Broncholytika angezeigt. Der Wert der antibiotischen Behandlung liegt vor allem in der Verkürzung der Dauer von akuten bronchitischen Schüben, weniger in der Verminderung der Anzahl. Auch ist die antibiotische Behandlung angezeigt beim Auftreten von Erkältungen oder beim Auftreten von rauchigem Nebel (smog). Die Anwendung von Influenza-Vakzinen ist wertvoll, wenn eine Influenza-Epidemie erwartet wird, sonst hat sie jedoch wenig direkten Wert beim Cor pulmonale.

Bei Eintreten einer kardialen Dekompensation sind Digitalis und Diuretika angezeigt. Auch eine salzlose Diät ist von Vorteil. Wenn Sauerstoff nötig wird, so darf nicht 100%iger Sauerstoff gegeben werden wegen der dadurch ausgelösten Gefahren.

Professor Dr. E. WIESENHÜTTER, Tübingen:

„Die Seuche der psychosomatischen Erkrankungen“

Die Flut von Literatur über die „emotional bedingten Krankheiten“, wie man die „Psychogenie“ zu nennen pflegt, war nicht mehr aufzuhalten, ohne daß eine gültige Klärung des Problems erbracht worden wäre. Auf der einen Seite stehen Kritiker der Psychosomatik, die viel Kurzsichtigkeit in den durchgeführten Untersuchungen und angestellten Folgerungen nachgewiesen haben und meinten, psychosomatisch sei mehr oder weniger jede Erkrankung, da sich bei jeder das Leib-Seele-Problem stelle, nur in immer wieder neuer Weise. Auf der anderen Seite behaupten die Anhänger des Begriffs, es gebe spezielle psychosomatische Krankheiten, vor allem das Asthma bronchiale, das Ulcus ventriculi et duodeni, den Gelenkrheumatismus, die Migräne, den Hypertonus, die Colitis mucosa und die Hyperthyreose, bei denen der ätiologische Hauptfaktor in psychischen Vorgängen zu suchen sei. Die Gegner dieser Behauptung forderten einen eigentlichen experimentellen Beweis für die Umsetzung psychischer Konfliktmaterials in somatische Symptome. Diesen Beweis



Prof. Dr. E. Wissenhütter
Würzburg



Prof. Dr. W. Siegenthaler
Zürich



Dr. G. R. Constam
Zürich

erbrachten Experimente von STOKVIS, der sich nach der Besetzung Hollands im Zweiten Weltkrieg mit anderen Kollegen vor die Notwendigkeit gestellt sah, jüdische Glaubensbrüder vor dem Zugriff zu schützen, indem gewisse Krankheiten eintrainiert wurden, auch unter Zuhilfenahme von Hypnosen. Die eintrainierten Asthma- und epileptischen Anfälle wurden mit den Klingelzeichen ausgelöst, welche die Verfolger ankündigen mußten. Bei einigen der experimentell Kranken, die den Krieg überstanden, verschwanden die Anfälle bei Kriegsende schlagartig, ohne daß nicht allerdings doch andere Schäden oder Symptome zurückgeblieben wären. Bei anderen jedoch blieb die Anfallsneigung bestehen und das auslösende Moment verschob sich von der Klingelauslösung auch zu allgemein erregenden oder freudigen Anlässen hin. Hier ließen sich immer bei Asthmatikern im Röntgenbild oder bei epileptiformen Anfällen im EEG somatofunktionelle Veränderungen objektivieren. Damit war bewiesen, daß die Annahme, ein körperlich absolut gesunder Mensch könne durch keinen psychischen Streß zur somatischen Erkrankung gebracht werden, zu Unrecht besteht. Durch seine weiteren Forschungen mußte STOKVIS jedoch den psychosomatischen Optimismus weitgehend dämpfen. Bei eingehenden Forschungen auf dem Gebiet des Asthma bronchiale ergab sich, daß sich nur etwa in der Hälfte der Fälle von Asthma bronchiale psychische oder psycho-soziale Faktoren bei der Auslösung und Unterhaltung der Anfallserkrankung nachweisen ließen. Bei dieser Hälfte war wiederum in vielen Fällen nicht eindeutig zu klären, wieviel von den psychischen Zeichen primär vor Ausbruch der Erkrankung vorhanden war und wieviel sekundär als Folge und Reaktion auf die Erkrankung zu deuten war.

Weitere Forschungen, die die Bedeutung des Psychischen unterstreichen, sind die von ODEGAARD: Er stellt fest, daß bei Einwanderern in die USA gegenüber dem Auswandererland signifikant erhöhte vorzeitige Abbauerkrankungen nachweisbar waren, obwohl es sich bei ihnen um eine gesundheitlich positive Selektion handelte.

Die Bedeutung psychosomatischer Beziehungen unterstreichen auch die Beobachtungen an Säuglingen, die weder im Erleben noch in den Äußerungen eine Trennung von Psyche und Soma kennen. Alles, was den Säugling trifft, bewegt und erregt, verletzt ihn ganzheitlich, sowohl körperlich als auch seelisch. So kann ein Säugling im Säuglingsheim körperlich gut ernährt und gepflegt sein und trotzdem körperlich erkranken, wenn er der mütterlich-menschlichen Wärme entbehrt. Dies kann sich zu bleibenden Schäden bis zum Intellektuellen Bereich auswirken und bei einer großen Zahl

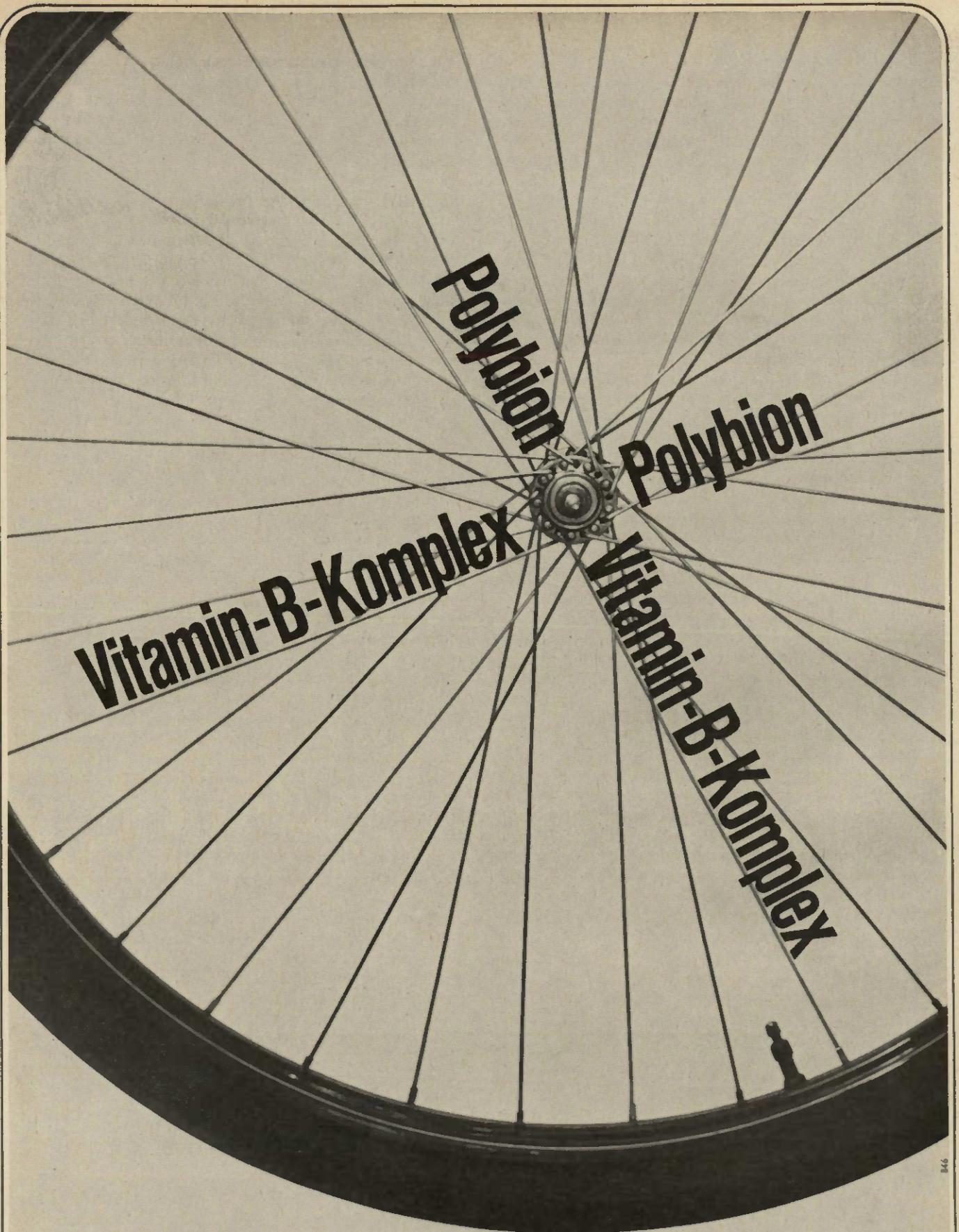
hospitalisierter Säuglinge sind Zustandsbilder und Verhaltensweise von denen frühkindlich Hirngeschädigter nicht zu unterscheiden.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß trotz aller Vorbehalte gegen die Vorläufigkeit des Begriffes „psychosomatisch“ die gemeinten Vorgänge einer zunehmenden Somatisierung emotionaler und psychosomaler Konflikte gar nicht ernst genug genommen werden können.

Professor Dr. W. SIEGENTHALER, Zürich:

„Epidemiologie des Rheumatismus“

Bei den heutigen diagnostischen Möglichkeiten ist die generelle Bezeichnung „rheumatisch“ für Schmerzen am Bewegungsapparat nicht mehr statthaft. Es werden heute bei den rheumatischen Erkrankungen zweckmäßigerweise entzündliche und degenerative Formen unterschieden. Der entzündliche Rheumatismus umfaßt als wesentliche Formen das rheumatische Fieber, die primär chronische Polyarthrit und die Spondylarthrit ankylopoetica. Dem degenerativen Rheumatismus werden die Arthrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen und der sogenannte Weichteilrheumatismus zugeordnet. Aufgrund von Statistiken, die sich auf Reihenuntersuchungen des repräsentativen Bevölkerungskollektivs stützen, läßt sich sagen, daß 10–20% der Bevölkerung unter aktuell rheumatischen Beschwerden leiden. 0,5–3% der Bevölkerung hat aktuell wegen rheumatischer Krankheiten die Arbeit niedergelegt oder ist doch meßbar arbeitsbehindert. 25–35% der Bevölkerung litt an Rheumatismus oder trägt rheumatische Stigmata. 10–20% aller krankheitsbedingten Arbeitsniederlegungen erfolgten wegen Rheumatismus, 15–25% aller Invaliditäten sind auf rheumatische Erkrankungen zurückzuführen. Von den oben angegebenen Personen mit rheumatischen Beschwerden leiden etwa 1% an rheumatischem Fieber, 5% an primär chronischer Polyarthrit und 1% an Spondylarthrit ankylopoetica, so daß der entzündliche Rheumatismus 7% in der Gesamtzahl der rheumatischen Beschwerden ausmacht. Beim degenerativen Rheumatismus überwiegt der Weichteilrheumatismus mit 55% gegenüber den Arthrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen mit 38% (ausführlichere Tabellen und Angaben siehe „Monatskurse für die ärztliche Fortbildung“ Heft 1, 1967). Die relativ gleichmäßige geographische Verteilung rheumatischer Erkrankungen schließt wesentliche klimatische Einflüsse auf die Häufigkeit weitgehend aus. Das rheumatische Fieber kommt jedoch im Frühjahr und Herbst häufiger vor als in den Monaten mit zahlreichen Erkältungskrankheiten. Der degenerative Rheumatismus betrifft häufiger den Bevölkerungsteil mit starker körperlicher Belastung, also



846

EMerck
DARMSTADT

Dragees
„forte“-Dragees
Tropfen
Ampullen

Appetitlosigkeit, Erschöpfungszustände
Nebenwirkungen der Antibiotikatherapie
Röntgenkater

Landwirte, Bergleute und Reisarbeiter. Das rheumatische Fieber, das häufiger bei ärmeren Bevölkerungskreisen gefunden wird, zeigt in letzter Zeit infolge besserer hygienischer Verhältnisse und wohl auch infolge der antibiotischen Therapie und Prophylaxe einen Rückgang. Bei den rheumatischen Krankheiten besteht eine hereditäre Komponente, jedoch sind die Vererbungsverhältnisse recht kompliziert. Bei der primär chronischen Polyarthritiden sind Frauen dreimal häufiger betroffen als Männer, umgekehrt sind bei der Spondylarthritiden ankylopoetica die Männer zehnmal häufiger betroffen als die Frauen.

Da beim rheumatischen Fieber β -hämolytische Streptokokken der Gruppe A ätiologisch beteiligt sind, besteht die Möglichkeit einer prophylaktischen Behandlung. Dem Antistreptolysin kommt bei diesem Krankheitsbild eine große diagnostische Bedeutung zu, vor allem, wenn sich ansteigende Titer finden. Die statistisch häufigste Manifestation des rheumatischen Fiebers ist die rheumatische Karditis. Die primär chronische Polyarthritiden wird heute als Krankheit sui generis aufgefaßt, deren Ursache unbekannt ist. Die familiäre Häufung muß wohl im Sinne einer disponierenden Bedeutung von Erbeeinflüssen gewertet werden. Die primär chronische Polyarthritiden ist quo-ad vitam ungünstig. Sie hängt im Gegensatz zum rheumatischen Fieber von den Gelenkveränderungen ab. Als Sonderform sind der rheumatoiden Arthritis (= primär chronische Polyarthritiden) das Felty-Syndrom, das Still-Syndrom, das Sjögren-Syndrom und das Kaplan-Syndrom zuzuordnen. Die Therapie ist symptomatisch antientzündlich. Die Spondylarthritiden ankylopoetica (Morbus Bechterew) ist in ihrer Ätiologie ebenfalls noch nicht geklärt. Die Prognose der Spondylarthritiden ankylopoetica ist günstiger als vielfach angenommen wird. Auf Röntgentherapie spricht die Krankheit in der Regel günstig an. Durch Kombination mit Antiphlogistika und Physiotherapie, gelegentlich auch spontan, kann es nach längerer oder kürzerer Dauer der Krankheit zum Stillstand kommen, so daß lediglich die Funktionsbehinderung durch die versteiften Gelenke zurückbleibt.

Ätiologie und Pathogenese des degenerativen Rheumatismus bilden ein sehr komplexes Problem, das erst zum Teil erforscht ist. Neben einer familiär erblichen Minderwertigkeit der mukopolysaccharidhaltigen Grundsubstanz und der fibrillären Elemente des Gelenkknorpels, neben unspezifisch durch Infekte, Allergie, Kälte, Nässe und durch andere Noxen ausgelöste Stoffwechsel-

störungen im Mesenchym der Gelenkkapsel und neben hormonalen Faktoren werden vor allem durch angeborene und erworbene Fehlhaltungen und durch Mikrotraumen bei Belastung ausgelöste mechanische Läsionen als Ursache von Arthrosen, Spondyiosen und Spondylarthrosen angenommen.

Dr. G. R. CONSTAM, Zürich:

„Volksseuche Diabetes“

Nach Schätzungen darf man die Diabeteshäufigkeit für Westeuropa mit etwa 12–14% annehmen, wobei sich die überwiegende Zahl der Betroffenen noch im Stadium praemellitum oder latens befinden. Hier einsetzende Therapie sollte die Prognose des Diabetes im wesentlichen bessern. Alle Autoren, auch die Experten der Weltgesundheitsorganisation nehmen an, daß der Diabetes allgemein stark zunimmt. So schätzte die Gesundheitsbehörde der USA die Zahl der manifesten Zuckerkranken in den USA 1949 auf ca. 2 Mill., 1964 bereits auf 3 Mill. Für 1970 rechnet man mit 4 Mill. Fällen von manifestem Diabetes. Es läßt sich nicht sagen, inwiefern der festgestellte Anstieg der Diabetesmorbidity einer wirklichen Vermehrung der Zuckerkrankheit entspricht, oder inwiefern er durch verbesserte Untersuchungsmethoden und durch Erhöhung des durchschnittlichen Lebensalters vorgetäuscht wird. Allgemein besteht jedoch der Eindruck, daß es sich um eine reale Zunahme der Zuckerkrankheit handelt.

Die überwiegende Mehrzahl der Fälle von Diabetes mellitus beruht auf einem primär erhöhten Insulinbedarf. Nur seltene Fälle sind auf eine primäre Insuffizienz des Pankreas zurückzuführen, wie lokale Pankreaserkrankungen, Tumoren, Zysten, Entzündungen und möglicherweise auch die Hämochromatose. Die Ursache des erhöhten Insulinbedarfs ist noch nicht sicher abgeklärt. Unter allen vorhandenen Thesen ist am besten die Feststellung eines vermehrten Insulinantagonisten im Serum, des sogenannten „Synalbumins“ (Vallance-Owen). Es besteht aber auch die Möglichkeit, daß nicht bei allen Zuckerkrankheiten die gleiche Ursache für vermehrten Insulinbedarf zugrunde liegt.

Nach der heute vorherrschenden Meinung handelt es sich beim Diabetes mellitus um eine Erbkrankheit. Der eindeutige Beweis ist jedoch noch nicht erbracht und auch die Erbforscher betonen die große Bedeutung von manifestationsfördernden Faktoren. So ist Zuckerkrankheit bei verheirateten Frauen häufiger als bei ledigen und die Frequenz steigt mit der Zahl der durchgemach-

KREWEL-WERKE · EILORF b. KÖLN





Aspecton[®]

Kontakt-Expectorans

Hustentropfen

mit reizkupierender Schleimhaut-Tiefenwirkung und

Sofort-Hustenstilleffekt

ten Schwangerschaften. Die Diabeteshäufigkeit ist bei Indern in Natal zehnmal so häufig wie in Indien, bei Zulus in der Landwirtschaft geringer als 1%, dagegen bei Zulus in der Stadt gleich wie bei der weißen Bevölkerung. Ähnliche Verschiebungen zeigen sich bei Juden, die aus dem Jemen nach Israel eingewandert sind, vor und nach der Einwanderung, oder bei Ureinwohnern Australiens oder Neuseelands, vor und nach Führung einer modernen Lebensweise. Eben diese Änderung der Lebensweise wird als Ursache für die stellenweise epidemie-artige Vermehrung des Diabetes angesehen, wobei dem erhöhten Zuckerkonsum eine ausschlaggebende Rolle beigemessen wird. Nach anderen Autoren wird der fettreichen, aber insgesamt kohlehydratarmen Ernährung eine wichtige Bedeutung für die Diabetesmorbidity beigemessen. Erst die Zukunft wird beweisen, ob vermehrte Fettbildung durch kalorischen Importüberschuß, erhöhten Zuckerkonsum, raffinierte Getreideprodukte, Mangel an Vitaminen oder Spurenelementen von Bedeutung ist. Für eine infektiöse Genese des Diabetes besteht kein Anhalt, für eine Intoxikation nur in seltenen Ausnahmefällen.

Augsburger Symposion für klinische Immunologie

Als Parallelveranstaltung zum 38. Fortbildungskongreß für praktische Medizin in Augsburg wurde das Symposion für klinische Immunologie abgehalten. Das Sitzungspräsidium hatte Professor Dr. A. Hässig, Bern, Sekretär war Chefarzt Dr. Gathof, Würzburg. Es sprachen Herr Professor Dr. P. Tolentino, Genua, über „Epidemiologie und Klinik der Serumhepatitis“, Herr Dr. H. Haug, Würzburg, über „Transaminasenbestimmungen zur Einschränkung der Transfusionshepatitis“ und Professor Dr. K. Hummel, Freiburg, über „Sterilisierungsprobleme“. Den Abschluß des ersten Teils machten Professor Dr. H. P. R. Seeliger und Privatdozent Dr. Staib, Würzburg, über „Pilze als mögliche Ursache von Transfusionszwischenfällen“. Im zweiten Teil berichtete Dr. H. W. Krijnen, Amsterdam, über „Prophylaxe der Hepatitis mit Immunglobulinen“. Professor Dr. A. Hässig, Bern, wies zur Einschränkung der Transfusionshepatitis auf die Notwendigkeit einer Hämotherapie nach Maß hin. Justizminister Dr. Ehard, München, sprach über „Rechtsfragen zum Thema ‚Bluttransfusion und Blutgruppenbestimmung‘“. Weitere Themen waren „Blutgruppenantigen und -antikörper“ (Professor W. Spielmann), „Inkomplette Blutgruppensysteme“ (Professor K. Hummel), „Bedeutung des Coombstestes“ (Professor K. Fischer, Hamburg), „Zur Diagnose der ABO-Erythroblastose“ (Professor B. Speiser, Wien) und „Bedeutung der immunologischen Komponenten für die Klinik-Hämotherapie und Morbus haemolyticus neonatorum“ (Professor L. P. Holiänder, Basel). Über einige der vorgetragenen Themen sei hier kurz berichtet:

Dr. H. HAUG, Würzburg:

„Transaminasebestimmungen zur Einschränkung der Transfusionshepatitis“

Die Hepatitis wird mit einem Eisberg verglichen. Vermutlich stellt die anikterische Hepatitis, deren Häufigkeit wir nicht kennen, nach unseren jetzigen Vermutungen eine große Masse nicht ohne weiteres erkennbarer Hepatitisfälle dar. In älteren und neueren Arbeiten wird ein größerer Unterschied zwischen epidemischer und Serumhepatitis bezweifelt, und man betrachtet sie als vom Übertragungsmodus und anderen Faktoren abhängig. Da auch nach Ausscheiden aller Blutspender mit einer Hepatitisanamnese die hämatogenen Infektionen nicht aufhörten, suchte man nach Testen, die Hepatitisdiagnose etwas sicherer zu machen. Die Transaminasen können mit Recht neben dem Bromthaleintest und einigen Gerinnungsproben als empfindlichste Indikatoren der Hepatitis gelten, mit denen es gelingt, Fälle zu erkennen, die mit den früher üblichen Methoden nicht faßbar waren. Nach Untersuchungen von CREUTZFELDT wurde eine ikterische Hepatitis innerhalb von 6 Monaten nach klinischer Entlassung bei Patienten ohne Transfusionen in 0,54% der Fälle festgestellt. Bei Patienten, die während des Klinikaufenthaltes mit Transfusionen behandelt wurden, fanden sich wesentlich mehr Hepatitisfälle. Lag die SGPT der Spender unter 20 Einheiten, so bekamen 3,4% der Empfänger eine ikterische Hepatitis, lag die SGPT über 20 Einheiten, so bekamen 6%, bei über 30 Einheiten 10,9%, bei über 40 Einheiten 12,5% und bei über 50 Einheiten 36,4% der Empfänger eine ikterische Hepatitis. Zur Vermeidung einer Serumhepatitis empfiehlt Dr. Haug daher die routinemäßige Bestimmung der SGPT bei sämtlichen Spendern.

Professor K. HUMMEL, Freiburg:

„Sterilisierungsprobleme, Vermeidung mikrobiell bedingter Komplikationen bei parenteraler Medikation“

Durch Unsterilität von Arzneimitteln und Instrumenten können Infektionskrankheiten übertragen werden, wie die infektiöse Hepatitis durch Viren, Gewebsentzündungen mit nachfolgenden Abszessen durch verschleppte Eitererreger, Gasbrand und Tetanus durch Sporen. Bei Einschwemmung größerer Mengen lebender oder abgetöteter Bakterien kann es zu toxischen Reaktionen kommen. Auch bei Massenimpfungen können Serienkomplikationen vorkommen. So entstanden bei 200 von insgesamt 500 durch Injektion behandelten Kindern Streptokokkeneiterungen (Deutschland), in Italien wurden vor einigen Jahren rund 500 Personen mit Hepatitis infiziert, wobei 12 an dem Infekt starben, in Spanien traten nach einer intramuskulären Serienimpfung bei 193 Personen Abszesse auf. Ideal hinsichtlich Sterilitätsgewähr und Transportsicherheit sind Einmalspritzen und Einmalkanülen. Die Kostenfrage

Lymphozil

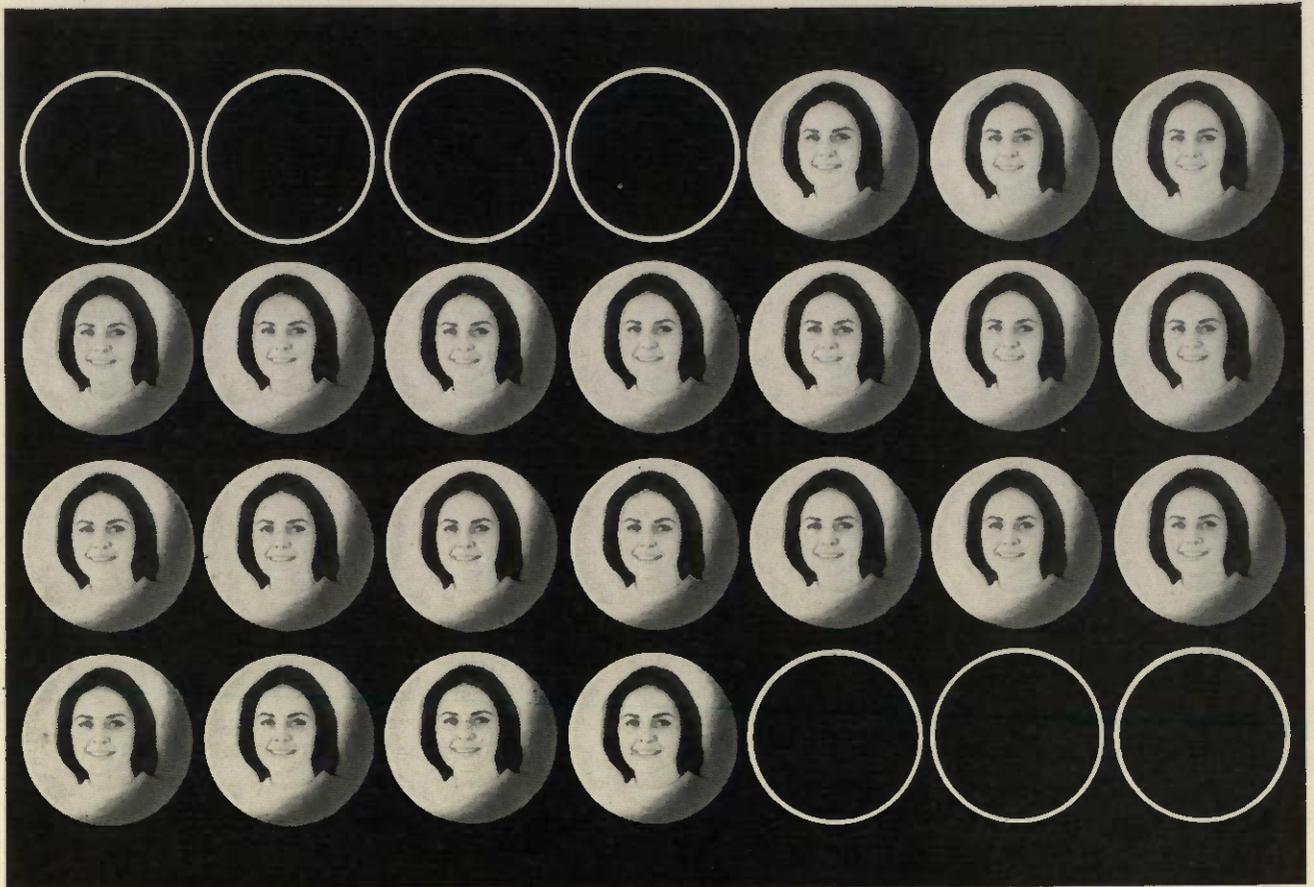
KLEINTABLETTEN

®

die Umstimmungszur
für Lymphatiker
bei ungenügender Infektabwehr

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
HAUENECKERSTEIN b/BADEN-BADEN

Wyeth-Pharma präsentiert



den neuen oralen Ovulationshemmer, der vom ersten Zyklus an Wohlbefinden und Sicherheit bietet

STEDIRIL®

DL-13-Äthyl-17 α -äthynyl-17 β -hydroxy-4-gonen-3-on + Äthynylöstradiol

STEDIRIL ist in der Verhütung unerwünschter Schwangerschaften
100%ig sicher wirksam

STEDIRIL bietet der Patientin vom ersten Zyklus an ein Höchstmaß an
Wohlbefinden

STEDIRIL gestattet eine außergewöhnlich niedrige Dosierung;
der Gestagenanteil beträgt nur 0,5 mg je Einzeldosis

STEDIRIL ist vom ersten Behandlungszyklus an weitgehend frei von
Nebenerscheinungen

 Wyeth-Pharma GmbH Münster/Westfalen

STE 1-66 A GER

steht einer verbreiteten Benutzung in der ärztlichen Praxis nicht mehr im Wege. Allerdings läßt sich nicht jedes Medikament und auch nicht jede Dosierung durch Plastikspritzen verabreichen. Deshalb muß sich der Arzt auch weiterhin mit dem Problem der Sterilisation von Spritzen, Kanülen und anderen Instrumenten auseinandersetzen. Durch eine Sterilisation sollen alle Krankheitserreger vernichtet werden. Das gewöhnliche Auskochen wird dieser Anforderung nicht gerecht. 10% der ausgekochten Spritzen und sogar 70% von Kanülen sind danach nicht keimfrei. Neben meist harmlosen Keimen werden dabei auch Staphylokokken, Streptokokken und Hepatitisviren gefunden. Das Bundesministerium des Innern hat 1965 verfügt, daß Sterilisiergut gespanntem, gesättigtem Wasserdampf von 120°C 20 Minuten lang ausgesetzt werden muß, oder 134°C heißem Wasserdampf für 10 Minuten. Nur als Notmaßnahme wird ein Auskochen der Instrumente in 0,5 bis 1%iger Formalinlösung mit Zusatz von 0,5%igem Natriumnitrit zugelassen bei einer Mindestkochdauer von 30 Minuten.

Professor P. SPEISER, Wien:

„Der modifizierte Coombstest bei ABO-bedingter Erythroblastose“

Der gewöhnliche Coombstest ist in ABO-bedingten Fällen von Morbus haemolyticus neonatorum nicht zuverlässig. Erst eine Verlängerung der Beobachtungszeit bis zu 1 Stunde bei unter Zimmertemperatur gelegenen Temperaturen erbringt zufriedenstellende Ergebnisse. Voraussetzung, daß der modifizierte direkte Coombstest mütterliche γ -G, Anti-A oder B anzeigt, ist allerdings, daß das Testserum (Coombs-Serum) eine entsprechende Anti- γ -G-Komponente enthält. 1,1% der Neugeborenen zeigen einen ABO-bedingten und 0,6% einen Rh-bedingten positiven modifizierten Coombstest. Obwohl man schon vieles über die formale und kausale Genese des Morbus haemolyticus neonatorum weiß, sind doch noch viele Fragen offen. Dies trifft besonders beim immunbiologischen Antagonismus zwischen klassischen Blutgruppen und Rh-Faktor zu.

Professor K. HUMMEL, Freiburg:

„Inkomplette Blutgruppensysteme“

Bis vor kurzem hat man angenommen, inkomplette Antikörper seien generell die Schuldigen beim Zustandekommen des Morbus haemolyticus neonatorum, weil nur sie in der Lage seien, die Plazentabarriere zu überwinden. In Wirklichkeit richtet sich die Fähigkeit des Antikörpers zur Plazentapassage nicht nach seinen hämagglutinierenden Eigenschaften, sondern nach seiner Struktur. Die niedermolekularen γ -G-Antikörper vermögen in sehr viel höherer Rate von der Mutter zum Kind überzutreten als die höhermolekularen γ -M-Antikörper. Im Rhesus-System sind die γ -G-Antikörper meist inkomplett und die γ -M-Antikörper meist

komplett. In anderen Systemen, die ebenfalls den Morbus haemolyticus neonatorum verursachen können (KELL, DUFFY) findet man beide Antikörpertypen inkomplett, im ABO-System sind beide Antikörpertypen komplett. Man weiß heute, daß die in Konglutinationstesten verstärkten A- oder B-Antikörper im wesentlichen dem Typ γ -G zugehören und als solche die kindliche Erkrankung in der Tat verursachen. Doch handelt es sich nicht um inkomplette, sondern um komplette Antikörper, deren Agglutinationskraft im Konglutinationstest erhöht wird. Man legt daher bei der Fahndung auf unverträgliche Antikörper bei Schwangeren und Wöchnerinnen zunehmend Wert darauf, γ -G- und γ -M-Antikörper getrennt zu erfassen und darüber hinaus Aufschluß über deren Affinität zum homologen Antigen zu erhalten. Es ist heute unbestritten, daß die kindliche Erythroblastose durch γ -G-Antikörper hoher Affinität verursacht wird, unabhängig davon, ob diese Antikörper im Test komplett oder inkomplett reagieren.

Professor Dr. L. P. HOLLÄNDER, Basel:

„Bedeutung der immunologischen Komponenten für die Klinik“

Unter Blutgruppen versteht man erbliche Eigenschaften der Blutkörperchen, vornehmlich der Erythrozyten, welche serologisch als Antigene mit Hilfe spezifischer Antikörper nachweisbar sind. Antikörperhaltige Reagenzien nennen wir Testseren, welche entweder art-eigene Isoantikörper oder artfremde Heteroantikörper oder Phytämagglutinine pflanzlicher Herkunft enthalten. Die Gene, welche die Ausprägung der Antigene bewirken, werden nach den MENDEL'schen Regeln vererbt. Die meisten Blutgruppenantigene sind bereits beim jungen Embryo nachweisbar. Sie ändern sich im Laufe des Lebens nicht. Allein bei akuten Leukosen kann man eine Änderung der Bestimmbarkeit der Blutgruppe beobachten, indem Erythrozyten der Gruppe A im Laufe der Krankheit nicht mehr mit dem Testserum Anti-A reagieren, und so der Eindruck der Blutgruppe 0 entsteht. Heute sind bereits über 100 Antigeneigenschaften der Erythrozyten bekannt. Diese Gruppeneigenschaften der Erythrozyten lassen sich zu Systemen zusammenfassen.

Nur wenige blutgruppenspezifische Antikörper haben jedoch eine statistisch relevante klinische Bedeutung. Dies sind das Anti-A- und das Anti-B- sowie die erworbenen Immunantikörper des Rhesus-Systems Anti-D oder Anti-DC. Antikörper anderer Spezifität treten selten bis extrem selten auf und haben eine entsprechend geringe klinische, viel wichtiger eine erbbiologische Bedeutung. Unsere Kenntnisse über Thrombozytenantigene sind noch unzureichend. Sehr aktiv ist die Forschung auch auf dem Gebiete der Leukozytenantigene, zumal zwischen diesen und den Gewebsantigenen Beziehungen bestehen, die vor allem bei Organübertragungen von großer Bedeutung sind.

KAMAYER

Chloramphenicol

Fabrik pharm. Präparate
Karl Engelhard - Frankfurt a. M.
gegr. 1872



zur preisgünstigen
Verordnungsweise

SUPPOSITORIEN	100 mg
	250 mg
DRAGEES	250 mg
KAPSELN	250 mg
	mit Vitamin-B-Komplex
neu KAPSELN	500 mg
	mit Vitamin-B-Komplex
H-SALBE	mit Prednison

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern Oberbayern

Hilgertshausen, Lkr. Alchach: 1 Allgemeinpraktiker
Hilgertshausen ist alter Arztsitz mit gesichertem Einkommen und einem größeren Einzugsgebiet. Ein Einfamilienhaus mit Praxisräumen steht zur Verfügung.

Hohenpeißenberg, Lkr. Schongau: 1 Allgemeinpraktiker
Es handelt sich um eine gute Kassenpraxis mit ca. 1000 Fällen. Ein Arzthaus kann unter Umständen übernommen werden.

Prutting, Lkr. Rosenheim: 1 Allgemeinpraktiker
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern — 8000 München 23, Königinstraße 85/II, zu richten.

Oberfranken

Leopoldgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Michelau, Lkr. Lichtenfels: 1 Allgemeinpraktiker (2. Arztsitz)

Muggendorf, Lkr. Ebermannstadt: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Naila: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Plankenfels, Lkr. Ebermannstadt: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Selb: 2 Allgemeinpraktiker — 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Untersiemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinpraktiker (2. Arztsitz)

Warmensteinach, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemeinpraktiker (2. Arztsitz)

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

Niederbayern

Gergweis, Lkr. Vilshofen: 1 Allgemeinpraktiker
Gergweis ist ein älterer Arztsitz mit einem großen Einzugsgebiet. Die Praxis umfaßt etwa 800 Kassenscheine und bietet dem Bewerber eine gute Existenz.

Mauth (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker
Die in Mauth frei gewordene Stelle eines Praktischen Arztes ist dringend zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in diesem Gebiet zu besetzen. Der Ort Mauth selbst hat 1500 Einwohner. Im gesamten Ein-

zugsgebiet sind 3000 Einwohner zu versorgen. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung. Mauth liegt in der Nähe von Freyung. Der Sonntagsdienst wird zusammen mit den in Freyung niedergelassenen Kollegen geregelt. Das Einzugsgebiet bietet eine ausgezeichnete Existenz für den Bewerber.

Wegscheid: 1 Allgemeinpraktiker
In Wegscheid, mit einem Einzugsgebiet von 4000 Einwohnern, ist zur Zeit nur ein freipraktizierender Kassenarzt tätig, dazu ein weiterer Kollege, der in seiner Eigenschaft als Chefarzt des Kreiskrankenhauses Wegscheid an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung auf dem Fachgebiet Chirurgie auf Überweisungsscheine gem. § 29 ZO-Ärzte betitelt ist. Die freie Praxis ist vordringlich zu besetzen, da der einzige freipraktizierende Arzt am Ort nicht in der Lage ist, die ambulante Versorgung der im Einzugsgebiet ansässigen Versicherten allein sicherzustellen. Es besteht eine sehr gute Existenzmöglichkeit. Praxisräume und Wohnung vermittelt die Gemeinde Wegscheid.

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

Nuklearmedizin in der ärztlichen Praxis

Premiere einer nuklearmedizinischen Ausstellung auf dem 39. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin vom 17. bis 19. März 1967

Im Rahmen des 39. Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, dessen Hauptthema sich mit der Angiologie beschäftigt, wird außer der traditionellen pharmazeutischen Ausstellung auch eine nuklearmedizinische Ausstellung gezeigt, die von der Firma HOECHST ausdrücklich für Zwecke der ärztlichen Fortbildung in Form von 80 großen Schaubildern zusammengestellt wurde. Diese Ausstellung wird durch den Ordinarius für Strahlenbiologie und Isotopenanwendung an der Universität Marburg, Herrn Professor Dr. E. H. GRAUL, in den Pausen des Kongresses interpretiert. Die Ausstellung wird erstmals bei dieser Gelegenheit gezeigt und soll dazu beitragen, die Kenntnisse der praktisch tätigen Ärzte auf diesem neuen Gebiet so zu erweitern, daß der Einbau der nuklearmedizinischen Diagnose und Therapie in der praktischen Medizin gewährleistet ist. Zusätzlich zu der Ausstellung werden auch Apparaturen gezeigt, die in der praktischen Nuklearmedizin Verwendung finden.



beruhigt die Nerven

NERVO-OPT®
und bringt erquickenden Schlaf

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Drogees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Deutsche Universität in Prag

Von Dr. med. Walther Koerting

(Fortsetzung aus Heft 9/1966)

II.

Der Betrachtung der letzten hundert Jahre der Medizinischen Fakultät der Deutschen Universität in Prag muß eine Übersicht der baulichen Verhältnisse ihrer Anstalten und Kliniken vorausgestellt werden, da man erst dadurch das Verständnis für die Eigenart der örtlichen Gegebenheiten gewinnen und gleichzeitig die trotzdem großartigen Leistungen werten kann.

Als Schriftleiter der „Ärztlichen Nachrichten“ (Zeitschrift, herausgegeben vom „Reichsverband der Deutschen Ärztevereine in der Tschechoslowakischen Republik“) trat ich an die Deutsche Medizinische Fakultät in Prag mit der Bitte heran, eine Darstellung über die einzelnen Kliniken zur Verfügung zu stellen. Diesem Wunsche wurde in Kürze entsprochen. Die Artikel erschienen in den Heften 10, 11, 13 und 20 des Jahrgangs 1938. Eingeleitet wurden sie durch einen Aufsatz von Hofrat Prof. Dr. Armin Tschermak Edler von Seysenegg über „Die gegenwärtige Lage der deutschen klinischen Anstalten in Prag“. Es sei daraus folgendes zitiert:

„Kaum auf einem anderen Gebiete menschlicher Kultur ist ein Übersehen bestehender Mängel oder gar gefällige Schönfärberei so folgenschwer, ja verhängnisvoll, wie auf jenem der öffentlichen Gesundheitspflege und der Krankenfürsorge. Nur klare Einsicht in die Unerträglichkeit weiteren Zuwartens und ungeschminkte Feststellung des Tatbestandes — mag er noch so bitter, ja beschämend sein — kann uns aus Unterlassungen und Versäumnissen herausführen und den kühnen Entschluß, die eherne Beharrlichkeit zu endlicher Lösung überlang vertagter Aufgaben aufzwingen. Bis an einen solchen kritischen Punkt ist nunmehr der Zustand einer großen Zahl deutscher klinischer Anstalten in Prag gediehen, so daß ein Schweigen und Fortbestehenlassen zu schwersten Krisen und Gefahren für das Gemeinwohl führen müßte. In einer solchen Lage ist der Appell an weitere ärztliche Kreise nicht bloß ein Recht, sondern geradezu eine Pflicht jedes Volksfreundes, besonders des gewissenhaften Staatsdieners und Arztes. Darum sollen und werden die Vertreter der einzelnen medizinischen Lehrkanzeln unserer Universität offen aussprechen, wie es tatsächlich gegenwärtig um die von ihnen geleiteten Kliniken und Institute steht — niemandem zu lieb und niemandem zu leide — nur, um der wenn auch bitteren Wahrheit zu dienen und in kritischer Stunde auf endliche Lösung der Prager Klinikenfrage zu dringen.

Die Lage der deutschen klinischen Anstalten ist ja gegenwärtig eine besonders schwierige, da einerseits die räumlichen und ökonomisch-administrativen Mängel infolge der steigenden Zahl an Patienten wie an Studierenden immer krasser zu Tage treten, andererseits die Reformbedürftigkeit z. T. wenigstens bereits viele Dezennien zurückreicht: man denke nur daran, daß bereits 1875 dem neuernann-

ten Chirurgen Heine ein Neubau der chirurgischen Klinik — versprochen und 1909 es beinahe zu dessen Ausführung gekommen wäre! Die oto-rhinologische sowie die psychiatrische Klinik wurden als bloße Provisorien eingerichtet und sind dies seit rund 60 Jahren geblieben! Auch wurde eine ganze Reihe von Möglichkeiten einer rechtzeitigen Raumgewinnung zur Erweiterung der ganz unzulänglich gewordenen Area des Allg. Krankenhauses, bzw. zur Gewinnung von Neubauparzellen immer wieder verpaßt. Die bezügliche amtliche „Bodenpolitik“ entbehrte jeglicher Voraussicht und ließ ruhig die später unentbehrlichen Nachbargründe in private Hände gelangen, aus denen sie der Staat schwer und nur unter großen Opfern zu gewinnen, z. T. geradezu zurückzugewinnen vermöchte! Gewiß hat dazu der ewige Kompetenzstreit zwischen Staats-, Landes- und Gemeindeverwaltung wesentlich beigetragen. Ist es doch so weit gekommen, daß gewisse Instanzen der Landesverwaltung dem Staate, welcher mit Erlaß des Staatsministeriums Nr. 5633 vom 9. IX. 1861 dem Lande Böhmen unter ausdrücklicher Eigentumswahrung die Gründe der gegenwärtigen Landesirrenanstalt zur Nutzung überlassen hat, nachträglich das Besitzrecht absprechen und etliche Millionen als Kaufpreis vom Staate verlangen wollten. (Dificile est satiram non scribere!) Die Geschichte des auf Joseph II. zurückgehenden Krankenanstaltenfonds und seiner ständigen Passivsaldo liest sich heute fast wie eine Satire. Wer dünkte dabei nicht an Heines Dichterwort: „Da der eine nicht leiden wollte, daß der andere für ihn zahle — zahlte keiner von beiden!“ Jedenfalls eine ernste Mahnung, die Lösung der chronischen Prager Krankenhausmisere nicht auf bürokratischem Wege zu suchen. Vielmehr bedürfte es der Initiative eines wahren Staatsmannes, welcher mit kühner Entschlossenheit den gordischen Knoten durchschlüge!

Fortbildungsveranstaltungen in Bayern März 1967

- 2.—4. 3. **Würzburg** — 13. Symposion der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie
- 3.—5. 3. **Erlangen** — Kongreß für Endoskopie
- 4.—5. 3. **München** — Einführungskurs in die Chirotherapie der Extremitätengelenke
- 6.—17. 3. **Erlangen** — Kurs für Röntgenhelferinnen
- 11.—17. 3. **Berchtesgaden** — Internationaler Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren gemeinsam mit der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“
- 17.—19. 3. **Augsburg** — 39. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin
- 29. 3.—1. 4. **München** — 84. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Kongreßkalender auf Seite 165

Nur ein großzügiger Plan und ein kühner Entschluß kann in der ebenso verworrenen als dringlichen Frage eine befriedigende Lösung bringen. Daß die erstrebte Teillösung für die tschechische Bruderklinik in Form einer Hinausverlegung bestimmter klinischer Anstalten an die Stadtperipherie in Motol nicht glücklich erscheint — angesichts der Zerreißen eines einheitlichen Organismus in zwei Stücke, angesichts der ganz außerordentlichen Verkehrsschwierigkeiten für Patienten wie Studenten... Ist allerdings nicht meine Aufgabe näher darzulegen; das sei der davon betroffenen Seite überlassen, da die deutsche Fakultät davon nicht unmittelbar berührt wird.

Für die letztere ist die gegenwärtige Lage noch dadurch besonders schwierig, daß von ihr zur Ermöglichung schon der ersten Schritte einer Lösung der Spitalsfrage große Opfer verlangt werden. So muß die Area ihres pathologisch-anatomischen und gerichtlich-medizinischen Institutes, das hochgradig überaltert, ja bereits baufällig ist, jedenfalls zediert werden, wenn auch erst zu jenem Zeitpunkt und unter der ausdrücklichen Vorbedingung eines Bereitstehens des definitiven Ersatzbaues...

... Die deutsche Poliklinik fristet derzeit gegen hohe Miete in durchaus unzulänglichen Räumen eines Privathauses ihr Dasein, während die tschechische Poliklinik mit vollem Recht bereits zu einem Neubau gelangt ist.

Die geschilderte Divergenz, auch die Überdimensionierung der Lösungspläne und der nicht zu unterdrückende Zweifel an der initiatorischen, technischen und — last, not least — finanziellen Möglichkeit schließt die Gefahr in sich, daß langatmige Beratungen, wie sie bereits vor Jahren begonnen haben, den Tatwillen zu lähmen drohen und die momentane Welle versanden lassen. Es gilt darum, die Krankenhausfrage nicht mehr zur Ruhe kommen zu lassen, sondern ständig zur Ausführung zu drängen und der Staatsverwaltung klarzumachen: die Frage brennt bereits und doppelt gibt, wer rasch gibt! Weiterer Zeitverlust wäre das Übelste! Auf keinen Fall darf absolut dringlicher Gegenwartsbedarf unbefriedigt gelassen werden, einer gedachten Zukunftsmöglichkeit zu Liebe!



Abbildung 5
Das Karolinum

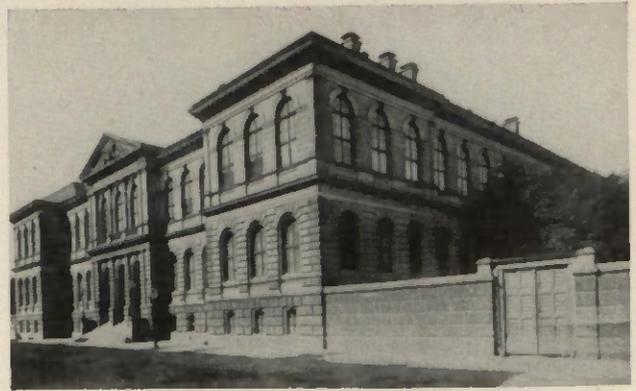


Abbildung 6
Das Anatomische Institut

Möge der große Moment nicht finden ein kleines Geschlecht, vielmehr dem offenen Wort über die unhaltbare Gegenwartslage und die Lebensbedürfnisse unserer deutschen medizinischen Anstalten — bereits für heute, noch mehr für morgen — allseitiges Interesse, geneigtes Gehör und helles Verständnis beschieden sein!"

Es sei nun auf die einzelnen Institute und Kliniken hingewiesen.

Die Anatomische Anstalt befand sich im Collegium Carolinum, das seit 1383 im Hause des Prager Bürgers Rothlöw untergebracht war (Abb. 5). Nach der Schaffung zweier Universitäten, der deutschen und der tschechischen, wurde „das mit starker Tradition verknüpfte Carolinum“ (Weizsäcker) räumlich geteilt. Die Aula blieb aber in gemeinsamer Benützung. (Seit 1945 dient das Carolinum ausschließlich der tschechischen Universität.) War vorerst der Anatomie nur ein Raum vorbehalten, so erfuhr die Anstalt später durch Gewinnung weiterer Räume hier eine Erweiterung. Ilg bezeichnete sie in seiner der Geschichte der Anatomie gewidmeten Eröffnungsrede als eine wahre Musteranstalt, „welche bei einer billigen Forderung im wesentlichen nicht mehr zu wünschen übriglasse und gewiß nur von wenigen ihresgleichen sowohl im In- als Ausland übertroffen werden dürfte“. In ähnlich begeisterter Weise urteilte 1842 Hyrtl, indem er sagte, daß das Institut „den bestorganisierten und zweckmäßigsten an die Seite“ gestellt werden könne und daß es „innere Zweckmäßigkeit und Bequemlichkeit mit Eleganz des Äußeren vereine“. (Rabl in „Die deutsche Karls-Ferdinands-Universität in Prag“, 1899.) Mit dem wachsenden Fortschritt der Wissenschaft wuchsen, wie Rabl sagt, auch die Bedürfnisse und Anforderungen, die an eine anatomische Anstalt gestellt werden müssen. War schon die Lage der anatomischen Anstalt im Zentrum der Stadt, weit entfernt vom Allgemeinen Krankenhaus, ungünstig, so kam noch hinzu, daß sich die Vorstände der benachbarten, vor allem der juristischen Lehrkanzeln, durch die Nähe des Sezierraumes, der Leichenkammer und der Mazerationsküche belästigt und beeinträchtigt fühlten. So kam es schließlich zum Neubau des Anatomischen Institutes gegenüber dem Allgemeinen Krankenhaus, der 1877 bezogen wurde (Abb. 6). 1912 wurde das Haus innen umgebaut und die Gasbeleuchtung durch elektrische Beleuchtung ersetzt. 1923/24 wurde ein Stockwerk aufgesetzt. Der Hörsaal war der größte der Fakultät, ja der Universität.

(Fortsetzung folgt)

das **A** und **O** der Aknetherapie:
konsequente Lokalbehandlung

AKNECOMPREN[®]

Aknepaste mit 1% Chloramphenicol



Akne vulgaris (alle Formen)
Folikulitis barbae et nuchae
Rosacea

Die Kombination des Paraxin[®]
mit den bei Akne bewährten
Faktoren Schwefel,
Ammoniumbituminosulfonat
und rotem Quecksilbersulfid
sichert den Erfolg.

OP. Tube mit 20 g
DM 3.55 m. U.

AUS DER BUNDESPOLITIK

Der Bundesminister für das Gesundheitswesen, Frau Käte STROBEL, gab dem Herausgeber des „Bonner Informationsdienstes“, Herrn Peter MANDT, ein Interview, das wir nachstehend abdrucken:

Interview mit dem Bundesminister für Gesundheitswesen, Frau Käte Strobel

„Frau Bundesminister, in seinem Vorwort zu den gesundheitspolitischen Leitsätzen der SPD hat Vizekanzler Brandt vor einiger Zeit, allerdings in seiner Eigenschaft als Parteivorsitzender, erklärt, bei uns in Deutschland seien die Ursachen und Gründe für die notwendige Modernisierung der Gesundheitspolitik ähnliche wie in den Vereinigten Staaten. Unter Hinweis auf die beachtlichen Erfolge der Amerikaner auf dem Gebiete der Gesundheitspolitik stellte er damals die Frage, ob wir mit gleichem ‚Schwung‘ an die Lösung der ‚Gemeinschaftsaufgabe Gesundheit‘ herangehen könnten. Wie stehen Sie, Frau Strobel, als neuer Bundesminister für Gesundheitswesen zu dieser Erklärung Ihres Parteivorsitzenden?“

„Für mich steht außer Frage, daß in Zukunft in stärkerem Maße als bisher die Lösung dringender gesundheitspolitischer Aufgaben angestrebt werden muß. Neben den natürlichen Ursachen von Krankheiten ist der Mensch heute einer Vielfalt von Umweltgefahren ausgesetzt, die nicht nur die heute lebende Bevölkerung, sondern auch künftige Generationen bedrohen und gegen die sich der einzelne allein nicht genügend schützen kann. Deshalb ist es, soweit es in des Menschen Hand gegeben ist, neben der eigenen Verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit, Aufgabe von Staat und Gesellschaft, jedem Menschen zu helfen, gesund zu leben und bei Krankheit zu gesunden.“

Ich halte vor allem auch die Schaffung eines Forschungsinstituts für Volks- und Zivilisationskrankheiten für geboten, das sich besonders auch mit den Fragen des Zusammenhangs zwischen Umwelt und menschlicher Gesundheit befassen soll.“

„Welche gesundheitspolitischen Aufgaben bedürfen, nach Ihrer Meinung, Frau Bundesminister, einer baldigen Lösung, bzw. welche betrachten Sie hier als vorrangig?“

„Alle Maßnahmen, die den Menschen einen möglichst umfassenden Schutz der Gesundheit bieten. Zweifellos haben die medizinische Wissenschaft und die Angehörigen der Heilberufe wesentlich mit dazu beigetragen, daß die Behandlung vieler Krankheiten und die Möglichkeiten, ihre Verschlimmerung aufzuhalten und damit das Leben der Menschen zu verlängern, einen hohen Stand erreicht haben. Gesunderhaltung, Ausschaltung gesundheitsschädlicher Lebensbedingungen und Krank-

heitsverhütung sind dahinter allerdings weit zurückgeblieben. Sie müssen in der Gesundheitspolitik einen vorrangigen Platz haben. Dazu gehört vor allem Gesundheitserziehung schon im Kindesalter. Die Anstrengungen, den Menschen die Bedeutung der Gesundheitspflege für ihr eigenes Wohlergehen bewußt zu machen, müssen effektiver werden.“

„Als Voraussetzung für eine wirksame Gesundheitsvorsorge hat der Gesetzgeber bereits vor mehreren Jahren einige wichtige Gesetze erlassen, und zwar das Jugendarbeitsschutzgesetz und das Mutterschutzgesetz. Welche weiteren gesetzlichen Maßnahmen sollten diesen nach Ihrer Meinung folgen?“

„Zunächst etwas Grundsätzliches. Periodische Vorsorgeuntersuchungen müssen ohne Altersbegrenzung der gesamten Bevölkerung zugänglich sein. Hier wachsen den praktizierenden Ärzten große Aufgaben zu.“

Ziel der Vorsorgeuntersuchungen soll nicht allein die Früherkennung von Krankheiten sein. Besonders wichtig ist auch die Aufdeckung von individuellen Gesundheitsgefahren, von Anfälligkeiten und von verborgenen Symptomen gesundheitlicher Störungen. Sowohl die individuelle gesundheitliche Beratung durch den Arzt als auch eine entsprechende Aufklärung der Öffentlichkeit sollen darauf aufbauen. Die ärztliche Beratung soll eine Anleitung zu gesundheitlich vernünftiger Lebensweise sein und die eigene Verantwortung des einzelnen wecken und stärken. Der Arzt muß dabei das Arbeitsleben sowie die häuslichen und persönlichen Verhältnisse berücksichtigen. Dazu gehören auch Ernährungsweise, Freizeitnutzung und Urlaubsgestaltung.“

Die individuelle Untersuchung und Beratung bedürfen der Ergänzung durch Vorsorgeuntersuchungen auf Krebs und durch Schirmbilduntersuchungen auf Bronchialkrebs und Tuberkulose.“

„Bei Ihren Ausführungen zum Thema Gesundheitsvorsorge erwähnten Sie vorhin u. a. die Ausschaltung gesundheitsschädlicher Lebensbedingungen. Was meinen Sie damit Frau Bundesminister?“

„Die Gefährdung der Gesundheit der Menschen durch Umwelteinflüsse, wie Verunreinigung der Luft, Verschmutzung der Gewässer und Lärm, erfordern ausreichende Maßnahmen für den Schutz der Bevölkerung. Mit Hilfe gesetzlicher Vorschriften muß verhindert

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

werden, daß Stoffe in gesundheitsgefährdender Konzentration in die Luft gelangen.

Wohn- und Erholungsgebiete müssen, soweit wie möglich, zu Bezirken der Ruhe und gegen den Lärm dort vorhandener Gewerbebetriebe ebenso wie gegen Verkehrslärm geschützt werden. Auch in den Betrieben ist der Lärmabkämpfung noch mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden. Eine wirksame Lärmbekämpfung erfordert auch Aufklärung über die Gefahren des Lärms und die Änderung, Erweiterung und Vereinheitlichung vieler gesetzlicher Vorschriften.

Technische Vorschriften müssen den gesundheitspolitischen Forderungen Geltung verschaffen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern, aber auch mit der Wissenschaft, der Wirtschaft und Industrie ist hier erforderlich.“

„Unsere Sozialgesetzgebung, die m. E. zu den besten zählt, die es gibt, gewährleistet jedem Kranken, unabhängig von seiner wirtschaftlichen Lage, bestmögliche Behandlung nach dem Stande der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Halten Sie, Frau Bundesminister, hier irgendwelche Korrekturen für notwendig?“

„Keine gesetzliche Regelung kann vollkommen sein. Weitere Verbesserungen im Lichte neuer Erkenntnisse werden sicher notwendig. In der sozialpolitischen Gesetzgebung, die nach meiner Auffassung mehr als bisher auch die gesundheitspolitischen Erfordernisse berücksichtigen sollte, kommt es mir auf eine bestmögliche Behandlung der kranken Menschen an. Die Behandlung sollte ohne zeitliche Begrenzung alle Maßnahmen umfassen, die nach wissenschaftlich gesicherter Erfahrung möglich und erforderlich sind. Wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Kranken und seinem Arzt. Das Recht des Kranken, seinen Arzt und für die Krankenhausbehandlung auch das Krankenhaus frei zu wählen, gehört dazu.

Zur Frage der Honorierung der ärztlichen Leistungen bin ich der Meinung, daß sie so gestaltet sein muß, daß die Beziehung des Kranken zum Arzt in einem Hausarztverhältnis moderner Prägung gefestigt wird. Die notwendige gründliche Untersuchung muß entsprechend bewertet werden. Die Beziehungen des Kranken zum Arzt sind vor Störungen durch wirtschaftliche Erwägungen und Verwaltungsforderungen zu schützen. Auf die Überwachung ärztlicher Maßnahmen mit wirtschaftlichen Auswirkungen kann allerdings nicht verzichtet werden. Sie sollte jedoch weitgehend in Form der Selbstkontrolle der Ärzte erfolgen.“

„In Ihren bisherigen Verlautbarungen in der Öffentlichkeit über Ihr gesundheitspolitisches Programm als Bundesminister für Gesundheitswesen haben Sie, Frau Strobel, neben der Gesundheitsvorsorge und der Beseitigung der gesundheitsschädlichen Umwelteinflüsse auch die Krankenhausreform als dringlich dargestellt.“

„Es ist richtig, daß ich es für vordringlich halte, daß ein bedarfsgerecht gegliedertes System geeigneter Krankenhäuser wirtschaftlich sichergestellt wird. Ich sehe darin eine wichtige Gemeinschaftsaufgabe. Die Behandlungserfordernisse, sowie Bevölkerungs- und Sozialstruktur verlangen heute in der Gesamtheit des Krankenhauswesens eine klare Funktionsgliederung nach Typen der Krankenhäuser und ihrer Abteilungen. Dabei muß unterschieden werden zwischen dem Akut- und dem Langzeitkrankenhaus oder den entsprechenden Abteilungen. Der hohe Investitionsaufwand der Akutkrankenhäuser macht die Einrichtung von ergänzenden Nachsorgehäusern erforderlich. Auch eine sinnvolle räumliche Verteilung der Krankenhäuser und der Fachabteilungen ist anzustreben, da dadurch eine optimale Versorgung der Kranken ermöglicht werden kann. Dem kranken Menschen müssen die neuesten Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft überall und möglichst schnell zugute kommen.“

„Frau Bundesminister, ich darf abschließend feststellen, daß Sie in diesem kurzen Gespräch bereits eine Fülle von gesundheitspolitischen Problemen aufgezeigt haben, deren Lösung sicher nicht einfach sein wird und die größter Anstrengungen bedarf. Ich darf Ihnen nicht nur für dieses Gespräch danken, sondern Ihnen auch wünschen, daß Sie in Ihrem für die Gesundheit der Bevölkerung so verantwortungsvollem Amt, das Sie übernommen haben, besten Erfolg haben werden.“

„Danke sehr, Herr Mandt.“

AMTLICHES

Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München

Statt des bisherigen Stellvertreters des Untersuchungsführers des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München, Herrn Oberlandesgerichtsrat Anton WUSCHEK, wird mit Wirkung vom 1. 2. 1967 auf die Dauer von fünf Jahren Herr Landesgerichtsrat Dr. Paul NAPPENBACH für dieses Amt ernannt.

Besetzung des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht

Statt des bisherigen richterlichen Beisitzers des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht, Herrn Oberstlandesgerichtsrat Dr. Max DEGENHART, wird mit Wirkung vom 1. 1. 1967 auf die Dauer von fünf Jahren Herr Oberstlandesgerichtsrat am Bayerischen Obersten Landesgericht Karl HOFFMANN zum richterlichen Beisitzer dieses Landesberufsgerichtes ernannt.

RECORSAN[®]

-HERZSALBE

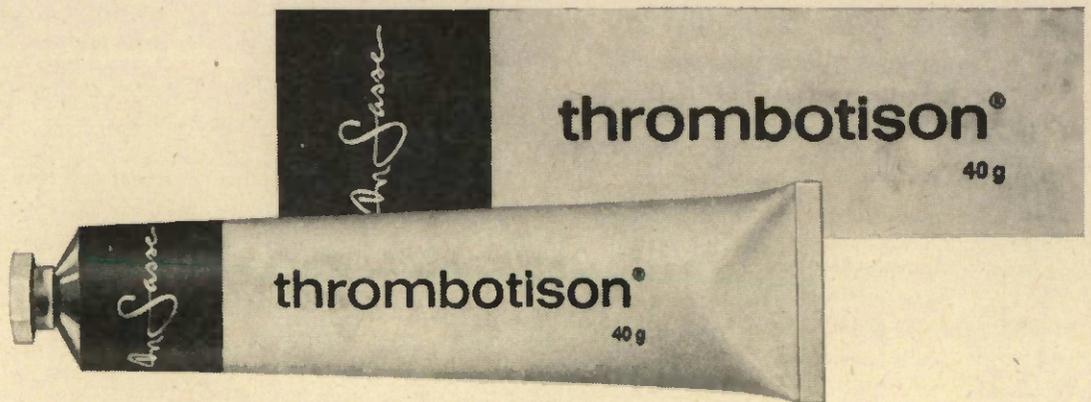
Jetzt noch wirtschaftlicher:

30 g DM 2,70 o.U.

- Gesellschaften Gräffling und Lüneburg



DERMATOLOGICA *An Sasse*



Hydrokortison + Heparin + Lokalanaesthetikum

Diese neuartige erweiterte Wirkstoffkombination hat sich in Klinik und Praxis optimal zur lokalen Behandlung von oberflächlichen Thrombosen und Thrombophlebitiden bewährt.

Weitere Indikationen: Haemorrhoiden, Haematome, Kontusionen und Distorsionen.

Packungen und Preise: Tube mit 15 g DM 3,05 m. U.
Tube mit 40 g DM 6,05 m. U.

DR. FRIEDRICH SASSE
1 BERLIN 10 · POSTFACH 640

Verstoß des Lehrherrn gegen das Schulpflichtgesetz

Nach § 4 Abs. 3 des von der Bayerischen Landesärztekammer eingeführten verbindlichen Lehrvertrages für Arzthelferinnen ist der Lehrherr verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, daß der Lehrling die Fachklasse für Arzthelferinnen an der zuständigen Berufsschule ordnungsgemäß, d. h. regelmäßig besucht. Da es sich um eine berufsbegleitende Unterrichtung des Lehrlings handelt, ist es nicht statthaft, daß der Lehrherr den Lehrling, weil er ihn in der Praxis benötigt, vom Berufsschulbesuch abhält, ausgenommen in den wenigen durch Gesetze vorgesehenen Ausnahmeständen.

In der nachstehend wiedergegebenen Entscheidung des 1. Strafsenats des OLG in Köln wird anhand eines konkreten Falles aufgezeigt, in welchen begrenzten Ausnahmefällen ein Arbeitgeber, und damit auch ein Lehrherr, den Lehrling von der Pflicht des Berufsschulbesuchs entschuldbar fernzuhalten, berechtigt ist. Da leider sehr häufig beobachtet werden muß, daß Lehrherrn in zu großzügiger und für die Ausbildung nachteiliger Weise ihre Lehrlinge vom Besuch der Berufsschule, mit der Begründung ihrer Mithilfe in der Praxis nicht entbehren zu können, fernhalten, erscheint es geboten, diese richtungweisende Entscheidung des OLG Köln mit einer ausführlichen Wiedergabe seiner Gründe allgemein bekanntzugeben.

Die im nachstehenden Urteil erwähnten Vorschriften des Schulpflichtgesetzes stimmen inhaltlich mit den entsprechenden in Bayern geltenden Vorschriften überein.

Der 1. Strafsenat des OLG Köln hat in seiner Entscheidung vom 26. 1. 1965 die Revision der Staatsanwaltschaft in einer Strafsache wegen eines Verstoßes gegen das Schulpflichtgesetz verworfen. Der Revisionsentscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Der Angeklagte beschäftigte in seiner Zahnarztpraxis eine Siebzehnjährige, die ihre Lehrzeit bei dem Zahnarzt beendet und die Prüfung als Zahnarzhelferin bereits mit Erfolg abgelegt hatte, ihres Alters wegen aber noch berufsschulpflichtig war. Nachdem der Angeklagte wegen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit von der Dauer eines 1/2 Jahres die Praxis schließen mußte — es wurde ein Praxisvertreter nur kurzfristig beschäftigt —, war nach Wiederaufnahme der Tätigkeit des Praxisinhabers die Kassenabrechnung fällig, deren verspätete Einreichung die Verzögerung der Honorarzah- lung um ein weiteres 1/4 Jahr zur Folge gehabt hätte.

Dies hätte wiederum zu einer ernsthaften Existenzbedrohung des Beklagten geführt. Da die Abrechnung der in seiner Abwesenheit erbrachten Leistungen des zeitweise eingesetzten Praxisvertreters nur unter Mitarbeit der hierüber unterrichteten Helferin vorgenommen werden konnte, und die dafür erforderliche Zeit wegen ihrer Inanspruchnahme durch die wiederaufgenommene Praxis des Beklagten nicht zur Verfügung stand, beschäftigte er diese auch am Sonnabend vormittag. Dies war ihr erster Berufsschultag. Am nächsten Berufsschultag gab der Angeklagte der Helferin ein Schreiben mit, in dem er das Schulversäumnis wegen „dringender betrieblicher Notwendigkeiten“ entschuldigte.

Die Schulbehörde, die mit dem Angeklagten noch aus anderen Gründen Differenzen hatte, hielt das Schulversäumnis nach Lage der Verhältnisse für nicht entschuldbar, holte darüber eine gleichlautende Entscheidung der Schulaufsichtsbehörde ein und stellte rechtzeitig Strafantrag gegen den Angeklagten wegen schuldhafter Nichtgewährung der zur Erfüllung der Berufsschulpflicht erforderlichen Zeit und wegen schuldhaften Nichtanhaltens der Helferin zur Erfüllung der Schulpflicht. Sie und die Staatsanwaltschaft vertraten die Ansicht, daß auch der vorliegende Sachverhalt als sonstige „besondere Ausnahmefälle“ zu behandeln sind, bei denen gemäß der 1. DVO des Reichsschulpflichtgesetzes der Urlaub beim Klassenleiter zu beantragen ist und dieser nach pflichtgemäßem Ermessen allein, für den Lehr- oder Dienstherrn sowie für das Strafverfahren bindend, zu entscheiden hat, ob der geltend gemachte Anlaß die Befreiung vom Unterricht rechtfertigt.

Das Amtsgericht hat den Angeklagten freigesprochen. Die Revision der Staatsanwaltschaft blieb erfolglos.

Der 1. Strafsenat des OLG Köln weist in den Gründen seiner Entscheidung darauf hin, daß das Schulpflichtgesetz und das Jugendarbeitsschutzgesetz in § 13 Abs. 1 Satz 1 den Arbeitgeber verpflichten, dem Jugendlichen die zur Erfüllung der gesetzlichen Berufsschulpflicht notwendige Zeit zu gewähren. Das Schulrecht ist nach Ansicht des Senats im Hinblick darauf, daß die Strafbarkeit von Schulversäumnissen davon abhängt, daß der Schulleiter einen „besonderen Ausnahmefall“ bejaht oder nicht, ersichtlich unvollständig, jedoch trägt der Senat Bedenken, diese Lage mit den allgemeinen Grund-

17. Ärztlicher Fortbildungskurs in Bad Kissingen

am 22. und 23. April 1967

Themen: **Dünndarmerkrankungen**
Pankreaserkrankungen
Die Niere bei Allgemeinerkrankungen

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. Schettler, Heidelberg

Auskunft: Chefarzt Dr. Br ü g e l, Saale-Sanatorium, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20

sätzen über den übergesetzlichen Notstand auszufüllen. Der Begriff „besonderer Ausnahmefall“ und die Entschuldbarkeit „nach Lage der Verhältnisse“ sind nach der Auffassung des Senats derart weit und unbestimmt gefaßt, daß hieraus genügende objektivierbare Anhaltspunkte dafür, wann ein Schulversäumnis straflos bleiben muß, nicht entnommen werden können. Der Senat weist darauf hin, daß bei einem ähnlichen Sachverhalt nach § 20 des Jugendarbeitsschutzgesetzes die Arbeitszeitbegrenzung und die Beschäftigungsverbote nach §§ 10 und 14 bis 18 dieses Gesetzes keine Anwendung finden bei der Beschäftigung Jugendlicher mit vorübergehend unaufschiebbaren Arbeiten in Notfällen, soweit erwachsene Beschäftigte nicht zur Verfügung stehen. Die Anwendung der Bestimmung des § 20 entspricht, entgegen der Auffassung anderer Autoren, nach Ansicht des Senats so sehr einem unabwiesbaren Gerechtigkeitsbedürfnis und grenzt andererseits die rechtlich beachtlichen notstandsähnlichen Fälle derart klar ab, daß die Ausfüllung der offensichtlich im Schulrecht bestehenden Lücke für echte Zwangs- und Notlagen in dieser Weise geboten erscheint. Der Begriff der „vorübergehenden unaufschiebbaren Arbeit in Notfällen“ ist jedoch, wie der Senat ausführt in Übereinstimmung mit dem OLG Hamm (BB 1956, 797), eng auszulegen und reicht für die bloße Gefahr geschäftlicher Verluste des Arbeitgebers gesetzlich nicht aus.

Unter gewöhnlichen Verhältnissen kann sich daher auch ein freipraktizierender Zahnarzt (ebenso auch ein Arzt), der die Krankenkassenabrechnung so lange aufschiebt oder ihre Vorbereitungsarbeiten so organisiert, daß er sie rechtzeitig nur mehr unter Mithilfe einer berufsschulpflichtigen Helferin am Schultag anfertigen und einreichen kann, nicht auf eine ihn rechtfertigende oder ihn wenigstens entschuldigende Zwangs- und Notlage berufen, wenn er die Helferin deswegen vom Berufsschulbesuch fernhält.

Wenn der Amtsrichter aber unter den festgestellten besonderen Umständen des vorliegenden Falles einen der von § 20 Jugendarbeitsschutzgesetz vorausgesetzten Ausnahmesachverhalt angenommen hat, so hält sich dies im Rahmen des — auch bei diesem unbestimmten Rechtsbegriff — dem Trichter verbleibenden Beurteilungsspielraums.

Bei freiberuflichen Arbeitgebern — besonders Ärzten und Zahnärzten mit einem wesentlichen Anteil von Kassenpatienten in ihrer Praxis — ist ein durch ihr vorangegangenes Verhalten nicht verschuldeter drohender Ausfall eines bedeutenden Teils der laufenden Einnahmen, der die berufliche und wirtschaftliche Existenz ernsthaft gefährdet, und damit notwendig auch das Verbleiben des Berufsschülers an diesem Arbeitsplatz in Frage stellt, mitunter hier noch einzuordnen. Mag im allgemeinen bei ihnen im Rahmen des Ausnahmetatbestandes des § 20 Jugendarbeitsschutzgesetz auch

nur an plötzlich verlangte, ohne Verstoß gegen die Standespflichten nicht ablehnbare und nur unter Assistenz der berufsschulpflichtigen Helferin ausführbare, ärztliche oder zahnärztliche Behandlungstätigkeiten zu denken sein, so kann in außergewöhnlich gelagerten Fällen doch auch einmal eine mit der ärztlichen oder zahnärztlichen Praxis notwendig verbundene Nebenverrichtung — wie die Kassenabrechnung — einen „Notfall“ darstellen, wengleich dabei an das weitere Erfordernis der „Unaufschiebbarkeit“ strenge Anforderungen zu stellen sind und verlangt werden muß, daß der Arbeitgeber nach Möglichkeit zuerst versucht, die Kasse oder Abrechnungsstelle in Anbetracht der besonderen Umstände zu einer kurzen Fristverlängerung zu bewegen.

Ferner wird — soweit dazu noch Zeit ist — zunächst wenigstens der Versuch gemacht werden müssen, auf dem durch die 1. DVO zum Schulpflichtgesetz gewiesenen gewöhnlichen Wege Befreiung vom Unterricht zu erhalten und die nach § 20 Abs. 1 Satz 2 Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebene „unverzügliche“ Anzeige früher, und zwar am nächsten Werktag, der Aufsichtsbehörde zu erstatten, wenn der nächste Berufsschultag erst wieder auf den Samstag fällt.

Dr. S l u k a

Approbations- und Bestallungsangelegenheiten

Betr.: Arzt Dieter Emmel, geb. 1. 7. 1930, wohnhaft Essen, Hufelandstraße 55.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe teilte uns unter dem 28. 11. 1966 mit, daß nach einem bei ihr vorliegenden Schriftwechsel mit der Ärztekammer Berlin Anlaß besteht, auf den oben genannten Arzt aufmerksam zu machen. Die Ärztekammer Westfalen-Lippe bittet die übrigen Ärztekammern um Mitteilung, falls über den Arzt Dieter Emmel in ihren Bereichen etwas bekannt werden sollte.

Betr.: Dr. med. Paul Grabowitz, geb. 17. 11. 1918 in Aachen, wohnhaft Köln-Ehrenfeld, Platenstraße 40, seit 1945 Praktischer Arzt in Köln.

Dr. Grabowitz ist seit 1963 wegen einer Sucht auffällig, befand sich mehrfach in Anstaltsbehandlung. Er wurde am 27. 4. 1966 gemäß Unterbringungsgesetz in schwertoxischem Zustand in das Rheinische Landeskrankenhaus in Bonn eingewiesen, in dem er freiwillig verblieb.

Am 12. 7. 1966 erfolgte seine Beurlaubung zur Hochzeitsfeier seines Sohnes. Bei seiner Familie in Köln ist Dr. Grabowitz nicht eingetroffen. Sein Aufenthaltsort ist unbekannt. Die Vermisstenanzeige läuft über Interpol.

Falls Dr. Grabowitz eine ärztliche Tätigkeit ausüben sollte, bitte ich, sofort mit dem Gesundheitsamt der Stadt Köln in Verbindung zu treten.

Auch bei **Mykosen = Jacosulfon** ungt. pulv. } im Wechsel auftragen

Betr.: Frau Dr. med. Elisabeth Zieber, Detmold, Palaisstraße 38.

Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen teilte am 6. 12. 1966 folgendes mit:

„Der Regierungspräsident in Detmold berichtet mir, daß Frau Dr. Zieber wieder ärztlich tätig gewesen ist, obwohl sie hierzu nicht berechtigt ist. Er berichtet weiter, daß ein Antrag von Frau Dr. Zieber auf Aufhebung ihrer Entmündigung durch Beschluß des Amtsgerichts Detmold vom 3. 2. 1966 — 4 E 19/65 — abgelehnt wurde.“

Betr.: Frau Irene Zielinski, geb. am 31. 1. 1926 in Lauenfeld/Ostpr.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe teilte hierzu unter dem 4. 1. 1967 folgendes mit:

„Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen gibt uns die Durchschrift eines Bescheides gegenüber Frau Zielinski vom 19. 12. 1966 bekannt, wonach Frau Zielinski nicht berechtigt ist, eine Arztstätigkeit auszuüben, da sie den notwendigen Nachweis über ihre Ausbildung nicht erbracht hat.“

Eine entsprechende Feststellung war bereits am 29. 12. 1961 durch den Hessischen Staatsminister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen, Wiesbaden, erfolgt. Frau Zielinski hatte sich in unserem Kammerbereich als Ärztin zur Übernahme einer Praxisvertretung eines erkrankten niedergelassenen Arztes gemeldet. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß Frau Zielinski in anderen Kammerbereichen erneut versuchen wird, eine Tätigkeit als Ärztin aufzunehmen.

Wir bitten, gegebenenfalls den Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen, Wiesbaden, in einschlägigem Falle zu verständigen, da nach den Feststellungen des Innenministers unseres Landes Frau Zielinski als ständigen Wohnsitz Bebra angegeben hat.“

Entzug der Bestallung als Arzt

Betr.: Früheren Arzt Dr. med. Helmut Bartels, geb. 11. 8. 1918 in Breslau, wohnhaft früher: Stuttgart, jetzt: Brand bei Aachen, Ringstraße 41 b.

Wie wir aus den uns von der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg übersandten, den Obengenannten betreffenden Unterlagen ersehen, ist Dr. Bartels durch Bescheid des Regierungspräsidiums Nordwürttemberg vom 25. 9. 1963 die Bestallung als Arzt entzogen worden. Die von Dr. Bartels dagegen erhobene Klage hat das Verwaltungsgericht Stuttgart durch inzwischen rechtskräftiges Urteil vom 15. 2. 1966 abgewiesen. Damit ist die auf Entziehung seiner Bestallung lautende Verfügung vom 25. 9. 1963 unanfechtbar geworden.

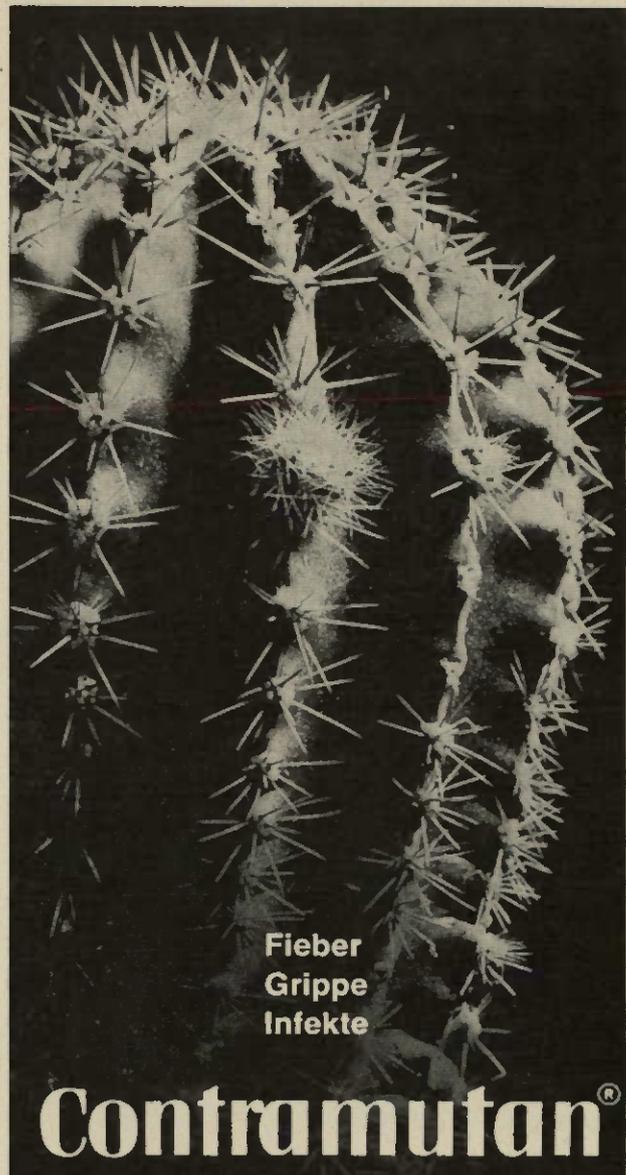
Ruben der Bestallung als Arzt

Dr. med. Dieter Braun, geb. 19. 6. 1937, wohnhaft in Münster, Rudolfstraße 10.

Nach einer Mitteilung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 12. 1. 1967 hat der Regierungspräsident Münster mit Verfügung vom 25. 11. 1966 das Ruhen der Bestallung des obengenannten Arztes wegen Betäubungsmittelmißbrauchs angeordnet. Die Verfügung ist inzwischen unanfechtbar geworden.

Betr.: Dr. med. Ewald Große-Wilde, geb. 12. 2. 1899, Oberhausen-Osterfeld, Bergstraße 196.

Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen teilte am 17. 11. 1966 folgendes mit:



Fieber
Grippe
Infekte

Contramutan®

**weckt
die körpereigene Abwehr**

- aktiviert das RES
- stützt den Kreislauf
- verkürzt die Infektdauer
- kupiert zuverlässig

die drohende Grippe



ArzneiMüller
Bielefeld

Tropfen OP 20 und 50 ml
Dragees OP 40 und 100 St.
Kinderzäpfchen OP 10 St.

„Mit Verfügung vom 5. 6. 1962 hatte der Regierungspräsident in Düsseldorf das Ruhen der Bestallung als Arzt des Obengenannten gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 der BÄO angeordnet.

Diese Entscheidung ist unanfechtbar geworden. Ich bitte um gef. Kenntnisnahme und weitere Veranlassung.“

Wiedererteilung der Bestallung als Arzt

Dr. med. Georg Förster, geb. am 26. 5. 1918, Mannheim, Viktorlastraße 5.

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg teilte mit Schreiben vom 22. 12. 1966 mit, daß Herrn Dr. med. Förster die seit dem 10. 5. 1962 zurückgenommene Bestallung als Arzt am 21. 12. 1966 wiedererteilt worden ist. Herr Dr. med. Förster ist damit wieder zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt.

Betr.: Dr. med. Erwin Therese Friesenecker, geb. 15. 7. 1924 in Bodenheim, wohnhaft in Bodenheim, Rathausstraße 3.

Das Ministerium des Innern von Rheinland-Pfalz teilte am 23. 11. 1966 folgendes mit:

„Die Bestallung als Arzt, auf die Herr Dr. Friesenecker am 29. 5. 1964 rechtswirksam verzichtet hat, wurde ihm am 9. 11. 1966 wiedererteilt.“

Betr.: Dr. med. Günter Schwabe, geb. 24. 4. 1914 in Breslau, wohnhaft in Koblenz, Markenbildchenweg 23/25.

Das Ministerium des Innern von Rheinland-Pfalz teilte am 30. 11. 1966 folgendes mit:

„Wir bitten, davon Kenntnis zu nehmen, daß wir am 24. 11. 1966 Herrn Dr. Schwabe gemäß § 8 Abs. 1 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BGBl. I S. 1857) die Bestallung als Arzt wiedererteilt haben.“

MITTEILUNGEN

Merkblätter zur Bekämpfung der Tuberkulose

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose gibt bekannt, daß die nachstehend aufgeführten Merkblätter kostenlos von der Geschäftsstelle bezogen werden können:

„Gesichtspunkte zur Nomenklatur bei der Begutachtung der Tuberkulose“, Neufassung 1966

„Merkblatt für die Überwachung der ambulanten antituberkulösen Chemotherapie“

„Empfehlungen zur Methodik und Bewertung von Resistenz-Bestimmungen bei Tuberkulose-Bakterien“, Neufassung 1966

„Die Kultur von Mykobakterien, insbesondere von Tuberkulosebakterien aus Untersuchungsmaterial“

„Nährbodenrezepte zur Kultur von Tuberkulose-Bakterien“, Neufassung 1966

Anschrift der Geschäftsstelle: Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, 8900 Augsburg, Schießgrabenstraße 24.

Gewährung von Krediten aus dem ERP-Sondervermögen zum Bau von Anlagen zur Reinhaltung der Luft

Die Bundesregierung hat zinsgünstige Kreditmittel aus dem ERP-Sondervermögen für die Errichtung von Anlagen, die der Reinhaltung der Luft dienen, zur Verfügung gestellt.

Ein Rechtsanspruch auf einen Kredit besteht nicht.

I. Bedingungen für die Vergabe der ERP-Kredite

1. Die ERP-Kredite dienen zur anteiligen Finanzierung von Anlagen zur Reinhaltung der Luft; sie dürfen nur für solche Investitionen gewährt werden, mit deren Durchführung zur Zeit der Antragstellung noch nicht begonnen worden ist.
2. Antragsberechtigt sind Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft; Anträge kleiner und mittlerer Unternehmen werden bevorzugt berücksichtigt.
Die Antragsteller haben entsprechend ihrer Vermögens-, Liquiditäts- und Ertragslage Eigenmittel und Kredite aus Kapitalmarktmitteln einzusetzen.
3. Der jährliche Zinssatz für die ERP-Kredite beträgt

ULCOLIND®

UNTERDRÜCKT UNTERBRICHT

die pathogenetische Kette,

30 Tabletten
60 Tabletten

die vom Stress, über eine vegetative Fehlsteuerung der Vasomotoren zu Spasmen der glatten Muskulatur, lokaler Mangel durchblutung, Hypermotilität und Hypersekretion führt und damit die **Ulcus- und Gastritis** genese 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).



Lindopharm KG Hilden Rhld

5%, die Laufzeit bis zu 18 Jahren unter Einschluß zweier tilgungsfreier Jahre.

Die Kredite werden in voller Höhe ausgezahlt.

4. Die Kredite sind nach den Bedingungen der Kreditinstitute abzusichern.
5. Die Kredite werden den Kreditnehmern über die Kreditanstalt für Wiederaufbau (Frankfurt a. Main) zur Verfügung gestellt.

II. Antragsverfahren

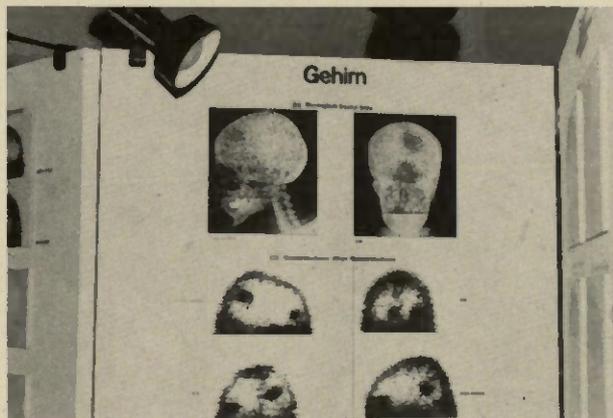
1. Die Kredite sind bei der Hausbank des Antragsstellers in sechsfacher Fertigung zu beantragen. Vordrucke können beim Verlag für Verwaltungspraxis Franz Rehm KG, 8000 München 5, Rumfordstraße 21, bezogen werden.
2. Den Anträgen sind beizufügen:
 - a) ein Lageplan, aus dem der Standort der Anlage und die benachbarten Wohngebiete zu ersehen sind;
 - b) der letzte Jahresabschluß (Bilanz mit Gewinn- und Verlustrechnung) oder, wenn es sich um einen nichtbilanzierenden Betrieb handelt, eine Vermögens- und Schuldenaufstellung neuesten Datums und eine Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben im letzten Geschäftsjahr;
 - c) eine Zusammenstellung der Umsätze und der Betriebsergebnisse (Reingewinne) der letzten drei Jahre.
3. Die Hausbank leitet fünf Fertigungen des Antrags und der Beilagen mit ihrer Bereitschaftserklärung (Übernahme der Eigenhaftung für den beantragten Kredit) an die für den Standort der Anlage zuständige Regierung weiter.
4. Die Regierung prüft die Übereinstimmung des Antrags mit den Bedingungen für die Vergabe der ERP-Kredite, holt eine Stellungnahme der Kreisverwaltungsbehörde und des Gewerbeaufsichtsamtes ein und nimmt auf dem Antragsvordruck Stellung zur Bedeutung und Dringlichkeit der geplanten Maßnahme und zur Kreditbedürftigkeit des Antragstellers.
5. Die Regierung legt vier Fertigungen des Antrags und der Beilagen dem Bayer. Staatsministerium für Wirt-

schaft und Verkehr vor. Dieses übermittelt die Antragsunterlagen mit seiner Stellungnahme über das Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge an das Bayer. Staatsministerium des Innern, das den Antrag mit einer eigenen Stellungnahme an das Bundesministerium für Gesundheitswesen weiterleitet.

(„Bayerischer Staatsanzeiger“ Nr. 2/1967)

Aus der Nuklearmedizin

Durch die sogenannte Szintigraphie, ein nuklearmedizinisches Verfahren, wurde die Röntgendiagnostik in den letzten Jahren wertvoll ergänzt. Über die nahezu sensationell anmutenden Fortschritte in der Erkennung diverser Tumor-, Stoffwechsel- und Funktionserkrankungen gibt eine Ausstellung Auskunft, die die Farbwerke HOECHST zusammengetragen haben und jetzt erstmals auf dem XIV. Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in Meran zeigten. Besonderes Interesse verdienen dabei nuklearmedizinische Routine-



Eindrucksvolles Beispiel am Gehirn (Meningom frontal links und — unten — Hirnmetastasen eines Melanoblastoms)

methoden, die jeder Arzt anwenden kann. Wie der Direktor des Ersten Instituts für Strahlenbiologie und medizinische Isotopenanwendung der Philipps-Universität Marburg, Professor Dr. med. E. H. GRAUL, sagte, sei jetzt der Weg für die breite Einführung der Nuklearmedizin in die ärztliche Praxis frei. O-R

Bei nervösen Herzbeschwerden auf vegetativ-dystoner Basis

— auch bei wetterbedingten —

UZARIL-CAMPHER

DRAGÉES

25 und 60 Dragées

UZARA-WERK · MELSUNGEN

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Dezember 1966*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach stieg, wie bereits seit dem Monat September, im Dezember noch einmal etwas an. Im November betrug die je 100 000 der Bevölkerung errechnete Ziffer 122, im Dezember 128 Fälle (auf ein Jahr umgerechnet). Die absolute Zahl der Erkrankungen war im Dezember nur deshalb etwas niedriger als im Vormonat, weil das November-Ergebnis aus fünf, das Dezember-Ergebnis dagegen aus vier Wochenmeldungen zusammengefaßt wurde.

Von den meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten der Verdauungsorgane traten Typhus und Paratyphus nur sehr selten auf; an Ruhr erkrankten etwas mehr Personen, an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) deutlich weniger als im Vormonat. Die Erkrankungsziffer an Salmonellose ging von 44 im November auf 9 (je 100 000 Einwohner) im Dezember zurück.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. Dezember 1966 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus ab-dominalis		Para-typhus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa						
					Kleberruhr		Hirnhautentzündung		Gehirn-entzündung								Salmo-nellose		Übrige Formen				
	der. paraf. Fälle		Meningokokken Meningitis		Übrige Formen		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		
E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E																	ST
Oberbayern	—	—	439	—	—	—	—	5	1	6	—	—	—	5	—	1	—	30	—	38	1	—	—
Niederbayern	—	—	47	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	1	—
Oberpfalz	—	—	61	—	—	—	—	1	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—
Oberfranken	—	—	90	—	—	—	—	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
Mittelfranken	3	—	125	—	—	—	—	6	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Unterfranken	—	—	112	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	2	—
Schwaben	—	—	131	—	—	—	—	7	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	11	1	1	—
Bayern	3	—	1005	—	—	—	—	22	2	24	1	—	—	7	—	2	—	31	—	74	2	4	—
München	—	—	169	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	26	—	17	1	—	—
Nürnberg	3	—	41	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—
Regensburg	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
	Bato-lismus		Hepatitis infectiosa		Milz-brand		Ornithosen (Übrige Formen)		Verdachts-fälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Malaria-Erstar-krankung		Q-Fieber		Toxo-plas-mosen		Wund-starr-krampf	
Oberbayern	—	—	87	—	—	—	—	—	44	—	1	—	1	—	1	—	4	—	—	—
Niederbayern	—	—	78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1
Oberpfalz	—	—	51 ⁴⁾	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Oberfranken	—	—	51	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	45	—	1	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Unterfranken	—	—	92	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	30	—	—	—	—	—	118 ⁵⁾	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	—	—	434	—	1	—	1	—	217	—	1	—	1	—	1	—	8	—	2	2
München	—	—	42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

4) Einschließlich 26 nachträglich gemeldete Fälle.

5) Einschließlich 98 nachträglich gemeldete Fälle.

Beiersdorf

Bei Sportverletzungen

an Muskeln,
Bändern und
Gelenken

zur Stützung,
Ruhigstellung,
Schmerzlinderung



bewegungsfähige
Kompressionsverbände
mit

ELASTOPLAST®

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

NEUE THERAPEUTIKA

Volonam®

Zusammensetzung: pro Tabl. 1,25 mg Triamcinolon „Squibb“, 2,0 mg Carbinoxamin-Maleat.

Indikationen: Innere Medizin: Asthma bronchiale, spastische Bronchitis, Emphysebronchitis, Heufieber, vasomotorische Rhinitis, Nahrungsmittelüberempfindlichkeit.

Dermatologie: Allergische Dermatosen, Urticaria, angioneurotische Ödeme, allergische Exantheme, allergische Konjunktivitis.

Dosierung: 1 bis 2 Tabl. 3× täglich, dann individuelle Erhaltungsdosis.

Handelsformen: 20 Tabl. DM 6,80 o. U.

Hersteller: Chemische Fabrik von Heyden AG, München.

Volonisal®

Zusammensetzung: pro Tabl. 1 mg Triamcinolon „Squibb“, 325 mg Acid. acetylosalicylic.

Indikationen: Polyarthrit, Arthrose, Muskelrheumatismus, Fibrositis, schmerzhafte Begleiterscheinungen im Zusammenhang mit Wirbelsäulensyndrom.

Dosierung: Initial 4× 2 bis 3 Tabl. täglich, dann individuelle Erhaltungsdosis von 3× 1 bis 2 Tabl. täglich.

Handelsformen: 20 Tabl. DM 5,45 o. U.

Hersteller: Chemische Fabrik von Heyden AG, München.

Dermadura® — Rheuma-Gel

Zusammensetzung: 100 g alkoholisches Gel enthalten: Diäthylaminosalizylat 5,0 g, Kampfer 4,0 g, Ol. Pini Pumilio-nis 1,0 g, Eukalyptol 1,0 g, Nikotinsäurebenzylester 1,0 g.

Indikationen: Bei rheumatischen Erkrankungen, Neuralgien und Neuritiden, Ischias, Hexenschuß, Interkostal-neuralgie, Schulter-Armsyndrom, Paraesthesien; peripheren und lokalen Durchblutungsstörungen, Akrozyanose, Erfrierungsschäden; Muskelschmerzen durch Überanstrengung. Unterstützend bei orthopädischen Maßnahmen. Zur Segmenttherapie innerer Erkrankungen.

Dosierung: 1- bis 3mal täglich in die Haut über dem erkrankten Bereich einreiben. Hinweis: Dermadura nicht an Augen und Schleimhäute bringen. Nach Anwendung sind die Hände mit Seife zu waschen.

Handelsform: O. P. mit ca. 20 g DM 2,30 o. U. lt. A. T.

Hersteller: Dr. Madaus & Co., Köln a. Rh.

Vitacobal

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält Vitamin B 12 (Hydroxocobalaminacetat) 350 γ, Vitamin B 1 60 mg, Vitamin B 6 100 mg, Vitamin PP 20 mg, DMAE (Dimethylaminoäthanol) 30 mg.

Indikationen: Altersbeschwerden: Zerebralsklerose, Konzentrationsmangel, Gedächtnisschwäche, schnelle Ermüdbarkeit. Appetitlosigkeit, reduzierter Allgemeinzustand, Rekonvaleszenz, Infektionskrankheiten, Unterstützung der Glykosidtherapie, Koronare Durchblutungsstörungen. Nachbehandlung von Neuralgien und Neuritiden, Herpes zoster; akute und chronische Hepatitis, Leberzirrhose, degenerative Leberparenchymschäden.

Dosierung: 1 bis 2 Kapseln Vitacobal täglich nach den Mahlzeiten. Bei Bedarf kann die Dosierung unbedenklich erhöht werden.

Handelsformen: Röhrchen mit 20 Kapseln DM 9,— o. U., Röhrchen mit 50 Kapseln DM 19,90 o. U., Anstalts-Packung 250 Kapseln DM 71,07 o. U., für Private 74,62 o. U.

Hersteller: Siegfried Arzneimittel Säckingen.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

39. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 17. bis 19. März 1967

Thema: „Angiologie — ein wichtiges Teilgebiet der praktischen Medizin“ — Kongreßleiter: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augshurg
Kongreßort: Neuer Großbau der National Registrier Kassen, Augshurg, Ulmer Straße 160a, Eingang vom Parkplatz (Lippschützstraße), Straßenhahnlinie 2, Endstation Kriegshaher

Freitag, 17. März 1967

„Klinische Visiten und Demonstrationen auf den Stationen des Westkrankenhauses“

Filmabend im Vortragssaal der National Registrier Kassen

Samstag, 18. März 1967

Prof. Dr. M. Aufdermaur, Direktor des Pathologischen Instituts des Kantospitals Luzern

„Pathologie der Arterien und Venen“

Dr. G. Schillerf, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg

„Blutfettspiegel und Arteriosklerose“

Prof. Dr. G. Riecker, I. Medizinische Klinik der Universität München

„Die Spätprognose der behandelten Hypertonie“

10.45—11.15 Uhr:

Pause — (Einführungsvortrag von Prof. Dr. Dr. E. H. Graul zur nuklearmedizinischen Ausstellung und Führung in kleinen Gruppen)

Privatdozent Dr. H. Mehnert, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Schwabing

„Diabetes und Angiologie“

Privatdozent Dr. R. Hild, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg

„Sprechstundendiagnostik der arteriellen Verschlusskrankheiten“ (einschließlich Oszillo- und Rheographie)

Prof. Dr. H. Hartweg, Direktor des Röntgeninstituts der Universität Basel

„Röntgenologie der arteriellen Verschlusskrankheiten“

Podiumsgespräch: „Prophylaxe der Arteriosklerose und ihre Folgekrankheiten“

Gesprächspartner: Prof. Dr. R. Fontalne, Straßburg; Prof. Dr. G. Schettler, Heidelberg, und die Referenten

Besuch der neuklearmedizinischen Ausstellung (interpretiert von Prof. Dr. Dr. E. H. Graul, Marburg) und der pharmazeutischen Ausstellung

Klinische Visiten und Demonstrationen in den Augsburger Krankenhäusern

Sonntag, 19. März 1967

Privatdozent Dr. R. Hild, Heidelberg

„Sprechstundentherapie der arteriellen Verschlusskrankheiten“

Dr. van de Loo, J., Med. Universitätsklinik Köln
„Antikoagulantien und fibrinolytische Therapie in der Kardio-Angiologie“

Privatdozent Dr. J. Vollmar, Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg
„Chirurgie der arteriellen Verschlusskrankheiten“

Prof. Dr. B. Steinmann, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Inselspitals Bern
„Therapie des apoplektischen Insults“

Prof. Dr. E. Ungeheuer, Direktor der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses Nordwest, Frankfurt
„Chirurgie der zerebralen und koronaren Verschlüsse“

Prof. Dr. H. Neubauer, Direktor der Universitäts-Augenklinik Köln
„Ophthalmologie-Angiologie“

Prof. Dr. Thies, Chefarzt der Chirurgischen Klinik Heilbronn
„Blutung und Blutstillung“

Prof. Dr. R. Schmitz, Facharzt für Hautkrankheiten, Eßlingen
„Propylaxe und Therapie des varizösen Symptomenkomplexes“

Dr. E. Krieg, Freiburg/Breisgau
„Diagnose und Therapie der Thrombophlebitis“ (einschließlich Phlegmasia Caerulea dolens)

Dr. G. Wesener, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Phlebologie, Aachen
„Therapie des postthrombotischen Syndroms“

Podiumsgespräch: „Die ‚Beinleiden‘ in der Praxis“
Gesprächsleiter: Dr. E. Krieg, Freiburg. Gesprächspartner: Prof. R. Schmitz, Eßlingen; Dr. G. Wesener, Aachen; Dr. U. Ellerbroek, Hamburg; Dr. H. Haid, Stuttgart

Parallelveranstaltung:

Immunologisches Symposium

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an das Sekretariat des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Schaezlerstraße 19, Telefon 2 27 77

Kurs für Röntgenhelferinnen

Vom 6. bis 17. März 1967 findet der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen unter der Leitung von Herrn Privatdozent Dr. Keller statt.

Anmeldung zu diesem Kurs umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85

Kongreß für Endoskopie

vom 3. bis 5. März 1967 in Erlangen

Freitag, 3. März 1967

Dr. R. Schindler, München:
„Geschichtliche Entwicklung der modernen Gastroskopie“

Dr. H. H. Hopkins, London:
„Neues optisches Verfahren für die Endoskopie“

Dr. E. Haase, Stuttgart:
„Der Verwendungsbereich für Farbfilm in der Endoskopie“

Dr. K. Heinkel, Stuttgart:
„Beleuchtungsmöglichkeiten in der Endophotographie“

Dr. H. Oshima, München:
„Untersuchungsergebnisse mit der Gastrokamera“

Dr. R. Ottenjann, Erlangen:
„Endoskopie der Kardialia und des Fornix ventriculi“

Dr. O. Kleinsasser, Köln:
„Chronische Laryngitis, Erscheinungsformen und chirurgische Therapie“

Dr. A. Huzly, Stuttgart:
„Membranöse Entzündungen der Trachea und großen Bronchien unter Berücksichtigung der Tuberkulose“

Dr. H. Doesel, Wangen/Allgäu:
„Bronchoskopie im Kindesalter unter Berücksichtigung der Katheterbiopsie“

Dr. R. Zeilhofer, Erlangen:
„Morphologie und Funktion in der Bronchoskopie“

Dr. H. G. Nickling, Berlin:
„Mediastinoskopie zur morphologischen Diagnostik von Lungen- und Mediastinalerkrankungen“

Samstag, 4. März 1967

Dr. R. Wittmoser, Düsseldorf:
„Die Möglichkeiten der endoskopischen Vagotomie beim Uleus pepticum“

Dr. K. Ungerecht, München:
„Die Bedeutung der Endoskopie in der Diagnostik und Therapie von Ösophaguserkrankungen“

Dr. H. Bünte, Erlangen:
„Erkennung und Behandlung von instrumentellen Ösophagusverletzungen“

Dr. K. Krentz, Hamburg:
„Die Endoskopie des Antrum ventriculi“

Dr. O. Stadelmann, Erlangen:
„Die endoskopische Gastrobiopsie“

Dr. E. Wildhirt, Kassel:
„Kritische Bemerkungen zu Ergebnissen und Mißerfolgen der Laparoskopie und Leberbiopsie im Lichte 18jähriger Erfahrung“

Dr. I. Vido, Bratislava (Preßburg), CSSR,
Dr. E. Wildhirt, Kassel:
„Korrelation zwischen makroskopischen und mikroskopischen Befunden bei der Leberbiopsie“

Dr. F. Wolf, Dr. R. Ottenjann, Erlangen:
„Endoskopische Isotopen-Lymphographie“

Dr. H. Hahn, Erlangen:
„Photographische Dokumentation rektoskopischer Befunde“

Dr. H. J. Reuter, Stuttgart:
„Diagnostische und operative Endoskopie in der Urologie“

Dr. R. Simon-Weidner, Eßlingen:
„Die intraoperative Cholangioskopie“

Dr. E. Metzger, Freiburg:
„Methodik und Indikation zur Enzephaloskopie und Enzephalographie“

Dr. F. C. Menken, München:
„Photographische Dokumentation kolposkopischer Befunde“

Dr. H. Lindner, Hamburg:
„Vergleichende photolaparoskopische Untersuchungen zur Frage der endoskopischen Dokumentation“

Sonntag, 5. März 1967 — Filmprogramm

Auskunft: Dr. R. Ottenjann, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

Vegobamat®

25 Dragées DM 1,85
50 Dragées DM 3,25

für die
psychosomatische
Therapie

Dr. Schertl GmbH
Euphorta
München 15





Mallebrin®
Gurgeln, Spülungen, Wundbehandlung

R-Mallebrinetten®
Adstringo-antiseptische Rachentabletten

KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

Privatnervenklinik Gauting
mit Sanatoriumscharakter — Chefarzt Dr. Ph. Schmidt
Bäder, Heilschlaf, Röntgen, Geriatrie u. a.
8035 Gauting bei München, Bergstraße 50, Telefon München 88 28 06

Heim-Orgeln
ab DM 1980.—
Große Auswahl — Fachl. Beratung
Pianohaus Lang
München, Kaufingerstr. 28/1
Augsburg, Bohnhafstr. 15/1
Regensburg, Kassiansplatz 3

DR. SCHEDE'S Kindersanatorium
„Klaus-Andreas-Heim“
7891 Uhlingen,
Südschwarzwald, 700 m.
Moderner Neubau in son-
niger Lage, 25 Kd. 0-13 J.
Tgl. Gymnastik-Unterricht
Ständige ärztl. Behebung
im Hause.
Ltg.: Frau Dr. med. E. Ries-Schede



ORIENT-TEPPICHE
seit 1925

Nichts ist so sehr Sache des Vertrauens als der Kauf eines Orientteppichs. Nur der autorisierte Fachmann kann Ihnen durch jahrzehntelange Erfahrung mit niedrigsten Preisen und besten Qualitäten den vollen Gegenwert Ihres Geldes gewährleisten. Schenken auch Sie dem alten erfahrenen Fachgeschäft, welches seit Jahrzehnten traditionsbewußt seine Kunden bedient, Ihr Vertrauen.

Direkt-Importe aus dem ganzen Orient
Riesen-Auswahl in allen Größen
Spezialität: Orientteppiche in Übergroßen

MAX STEINHAUSEN
8 MÜNCHEN 2, Briener Straße 10, Telefon 22 61 61 — 29 70 23
(Genau gegenüber Café Luitpald)

NUCONVAL®
Nukleasidhaltiger
Organextrakt mit
Convallaria-Extrakt

3 mg Adenasin
und 2000 MSE
Convallario-Glykoside/ml

Zur Therapie der Koronar-
und Myokard-
erkrankungen



HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN



ASTHMO-KRANIT
Bronchial-Antispasmodicum

KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

„Fortbildung vor der Tür des Praktischen Arztes“
1. März 1967

Zu dem Thema „Das Östrogen-Problem“ referiert Herr Professor Dr. med. Döring, Chefarzt der Gynäkologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching.

Tagungsort: Kneipp-Sanatorium „Kronprinz“, Prien am Chiemsee — Beginn: 20.00 Uhr

Auskunft: Sekretariat für Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Dr. med. H. Matusezyk, 8210 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9, Telefon 482

84. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 29. März bis 1. April 1967 in München

Für die 84. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 29. 3. bis 1. 4. 1967 in München sind folgende Hauptthemen vorgesehen:

1. Bewußtseinsstörungen in der Chirurgie
2. Chirurgie der Nebenniere
3. Chirurgie der Epithelkörperchen
4. Neue Erkenntnisse in der Chirurgie des Gastro-Duodenalulcus
5. Entzündliche Erkrankungen des Dickdarms
6. Funktionelle Anpassung des Knochens auf physiologische und unphysiologische Beanspruchung

Parallelsitzungen:

1. Thoraxchirurgie
2. Neurochirurgie
3. Experimentelle Chirurgie
4. Kinderchirurgie
5. Operative Kardiologie
6. Urologie
7. Plastische und Wiederherstellungschirurgie
8. Anästhesie
9. Dokumentation und klinische Statistik.

Auskunft: Professor Dr. G. Maurer, Direktor des Städtischen Krankenhauses rechts der Isar, 8000 München 8, Ismaninger Straße 22

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin

vom 26. bis 29. April 1967 in Erlangen

Vom 26. 4. bis 29. 4. 1967 werden in Erlangen — in Verbindung mit der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg — folgende Gesellschaften eine gemeinsame wissenschaftliche Tagung mit dem Thema „Vorzeitiger Aufbrauch im Erwerbsleben“ veranstalten: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V., Deutsche Gesellschaft für Arbeitsschutz e. V., Gesellschaft für

Arbeitswissenschaft e. V. — Sektion Arbeits- und Betriebspsychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen e. V. — Verband Deutscher Werksärzte e. V. und Vereinigung Deutscher staatlicher Gewerbeärzte e. V.

Außerdem finden zwei Kolloquien statt über die Themen: „Definition und Methoden zur Ermittlung vorzeitiger Aufbraucherscheinungen“ und „Methoden zur Erfassung der mentalen Beanspruchung“
Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V., 8000 München-Allach, Krauss-Maffei-Straße 2.

Tagung der Bayerischen Augenärzte

vom 29. bis 30. April 1967 in Würzburg

Vom 29. bis 30. 4. 1967 findet in der Universitätsaugenklinik Würzburg die Tagung der Bayerischen Augenärzte statt. Vorgesehen sind: Fortbildungskurs mit praktischen Übungen in Gonioskopie, Untersuchung mit dem 3-Spiegel-Glas, Perimetrie, Strabismus-Untersuchung und Applantations-Tonometrie, Vorträge zu den Themen „Strabismus“ und „Glaukom“ sowie Gespräche am runden Tisch und freie Vorträge.

Auskunft: Professor Dr. W. Leydhecker, Direktor der Universitätsaugenklinik, 8700 Würzburg, Röntgenring 12.

Jahresversammlung der Bayerischen Nervenärzte

am 5./6. Mai 1967 in Nürnberg

Die Jahresversammlung der Bayerischen Nervenärzte findet am 5./6. Mai 1967 in Nürnberg, Hotel „Deutscher Hof“, statt.

Referate:

Dr. von Baeyer, Heidelberg:

„Aktuelle Probleme der Sozialpsychiatrie“

Dr. Weltbreecht, Bonn:

„Kurt Schneider 80 Jahre — 80 Jahre Psychopathologie“

Dr. H. H. Meyer, Bad Homburg:

„Über das Verhältnis der Elektrokrampf- und Insulintherapie zur medikamentösen Behandlung“

Dr. Umbach, Slegen:

„Die operative Therapie der extrapyramidalen und zerebellären Bewegungsstörungen“

Dr. Bammer, Würzburg:

„Der gegenwärtige Stand der geomedizinischen Forschung, insbesondere auf dem Gebiete der MS“

Dr. Jovanovic, Würzburg:

„Der gegenwärtige Stand der Schlafforschung“

Dr. Feuerlein, München:

„Neuere Ergebnisse der Alkoholdelirforschung“

Jeweils freie Diskussion.

Auskunft: Professor Dr. F. W. Bronisch, 8500 Nürnberg, Psychiatrische und Nervenkl. Flurstraße 17

Lohnende Schmerztherapie**ZENTROMID**

Trigeminus-Neuralgie
genuine Migräne
Kopfschmerzanfälle
Gesichtsneuralgien



IFAH GMBH
2 HAMBURG 22

Pro Drogée:

Diphenylhydantoin 0,1 g
Koffein 0,025 g

O. P. 25, 100 Drogées

XXIII. Internationaler Fortbildungskurs vom 25. bis 30. September 1967 in Karlsbad

Die Physiologische Sektion und die Gastroenterologische Sektion der Tschechoslowakischen medizinischen Gesellschaft J. E. Purkyne in Zusammenarbeit mit dem Institut für ärztliche Fortbildung veranstalten vom 25.—30. September 1967 in Karlovy Vary (Karlsbad) den XXIII. Internationalen Ärztlichen Fortbildungskurs.

Hauptthemen: „**Neue Erkenntnisse über Krankheiten der Gallenwege**“ und „**Moderne Rehabilitationsmethoden in der internen Medizin**“

Außerdem wird ein Teil des Kurses freien Themen aus verschiedenen Gebieten der Medizin gewidmet.

Vorträge werden von hervorragenden ärztlichen Forschern aus verschiedenen Ländern gehalten werden. An diese Vorträge schließen Diskussionen an.

Außer diesen Vorträgen werden erstmalig auch Mitteilungen (höchstens 10 Minuten) in das Kursprogramm eingereiht. Anmeldungen solcher Mitteilungen sind gleichzeitig mit einer kurzen Zusammenfassung (100 bis 200 Worte) spätestens bis zum **30. April 1967** dem Kurssekretariat zuzusenden.

Offizielle Sprachen: Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch, Slowakisch und Tschechisch. Ein Simultanübersetzungsdienst in diese Sprachen (entsprechend der Anzahl der Anmeldungen) ist vorgesehen.

Das Rahmenprogramm umfaßt Besichtigungen der Kureinrichtungen, Demonstrationen von Kurbehandlungen, kulturelle und gesellschaftliche Veranstaltungen. Für Familienmitglieder ist ein besonderes Programm vorgesehen.

Das ausführliche Programm des Kurses erscheint im März 1967 und wird alle weiteren Informationen über die Anmeldung, Reiseverbindungen, Sichtvermerk, Geldwechsel, Hotelreservation usw. enthalten.

Auskunft: Sekretariat des XXIII. Internationalen ärztlichen Fortbildungskurses, Albertov 7, Prag 2, Tschechoslowakei.

KONGRESSREISEN

Die Pressestelle der Bayerischen Ärzteschaft bietet in Zusammenarbeit mit dem Amtlichen Bayerischen Reisebüro (ABR), 8000 München 2, Promenadeplatz 12/1, Telefon 5 90 43 02, die nachstehende Studienreise an. (Auskunft und Anmeldungen ausschließlich beim ABR.)

Studienreise für Ärzte nach Amerika vom 10. bis 31. Mai 1967

Mittwoch, 10. 5. 1967 haven. Einschiffung auf S. S. UNITED STATES, dem schnellsten Passagierdampfer der Welt.
dem schnellsten Passagierdampfer der Welt.

Donnerstag, 11. 5. 1967 auf See
15. 5. 1967 Während der erholsamen Tage an Bord der UNITED STATES können Sie sich auf das Erlebnis Ihrer Amerikareise vorbereiten.

Dienstag, 16. 5. 1967 New York
Landung in New York — einer kleinen Welt für sich.

Mittwoch, 17. 5. 1967 New York
Vormittags vierstündige Stadtrundfahrt, die Sie zum Times Square, dem supermodernen Wolkenkratzerquartier des Rockefeller Center führt. Das Hauptgebäude der United Nations gibt Ihnen einen eindrucksvollen Einblick in dieses Weltparlament.
Chinatown, das eigenartige, engverschachtelte Wohnviertel.
Ferner sehen Sie das Hafengebiet, die Fifth Avenue mit ihren eleganten Geschäften, den Broadway usw.
Der Nachmittag steht den Teilnehmern zur freien Verfügung.
Abends Besuch einer Veranstaltung in der Radio City Music Hall, dem größten Filmtheater der Welt.

Donnerstag, 18. 5. 1967 New York
Vormittags Besuch im New York HOSPITAL und in der MURREY AND LEONIE GUGGENHEIM CLINIC.
Der Rest des Tages steht den Teilnehmern zur freien Verfügung.

Freitag, 19. 5. 1967 New York
Der Tag steht den Teilnehmern zur freien Verfügung und bietet Gelegenheit zu einem privaten Einkaufsbummel oder zum Besuch einiger sehr interessanter Museen.

Samstag, 20. 5. 1967 New York — Niagara Falls
Fahrt mit Sonderbus von New York nach Niagara Falls.

Sonntag, 21. 5. 1967 Niagara Falls — Detroit
Besichtigung der weltberühmten Wasserfälle auf der amerikanischen und kanadischen Seite. Die Niagarafälle sind wohl eines der imposantesten Naturwunder unserer Erde. Auf dem Wege vom Erie-See zum tiefergelegenen Ontario-See stürzt der Niagara-River über 50 m hohe, senkrecht abfallende Felsbarrieren in die brodeinde Tiefe.
Weiterfahrt mit Bus durch Kanada nach Detroit.

Montag, 22. 5. 1967 Detroit
Detroit ist die amerikanische Metropole der Automobilindustrie und liegt inmitten des Gebietes der großen Seen.
Stadtrundfahrt mit Besichtigung der wichtigsten Sehenswürdigkeiten und Besuch bei der FORD MOTOR COMPANY.

Dienstag, 23. 5. 1967 Detroit — Chicago
Transfer zum Flughafen und Abflug nach Chicago.
Nachmittags ausführliche Stadtrundfahrt mit Besichtigung aller wichtigen Sehenswürdigkeiten.

Mittwoch, 24. 5. 1967 Chicago
Ganztägiger Besuch und Fachdiskussionen bei der NORTHWESTERN UNIVERSITY.

Donnerstag, 25. 5. 1967 Chicago — Rochester
Transfer vom Hotel zum Flughafen und Flug nach Rochester.
Der Rest des Tages steht den Teilnehmern zur freien Verfügung.

Freitag, 26. 5. 1967 Rochester
Ganztägiger Besuch der MAYO-KLINIK, welche 1914 von Dr. William James Mayo und Dr. Charles Horace Mayo gegründet wurde.

Samstag, 27. 5. 1967 Rochester — Washington
Transfer vom Hotel zum Flughafen und Abflug nach Washington.

Sonntag, 28. 5. 1967 Washington
Washington ist eine imponierende Hauptstadt. Durch seine großzügigen Anlagen, die imposanten, architektonisch oft wirklich schönen öffentlichen Gebäude, die nationalen Erinnerungsstätten und die Museen, nimmt es nicht nur als Hauptstadt, sondern auch als Hort der Sehenswürdigkeiten neben New York den ersten Platz ein.

Stadtrundfahrt einschließlich Besuch des Nationalfriedhofes in Arlington.

Montag, 29. 5. 1967 Washington
Vormittags Besuch im Gesundheitsministerium mit anschließender Diskussion.
Nachmittags:
Fahrt zum WALTER REED HOSPITAL.

Dienstag, Washington — New York — Deutschland
30. 5. 1967 Vormittags Transfer vom Hotel zum Flughafen und Abflug nach New York — Weiterflug nach Deutschland.

Mittwoch,
31. 5. 1967 Ankunft in Deutschland

Preise der Reise

bei einer Mindestbeteiligung von 15 Personen,
pro Person 4 960,— DM
Einzelzimmerzuschlag 240,— DM

Leistungen

Schiffahrt mit S. S. UNITED STATES, 1. Klasse, in Doppel-Außenkabinen mit Dusche von Bremerhaven nach New York. Flug in der Touristenklasse von Detroit nach Chicago, Chicago nach Rochester, Rochester—Washington—New York—Deutschland einschließlich Flughafentaxen, Bordmahlzeiten und Transitgebühren.

Unterbringung in erstklassigen Hotels in Doppelzimmern mit Bad oder Dusche und WC während der ganzen Reise.

Amerikanisches Frühstück während des gesamten Aufenthalts. Sämtliche Stadtrundfahrten, Ausflüge und technische Besuche laut Reiseprogramm.

Deutschsprechender Reiseleiter von Beginn bis zum Ende der Tour.

Transfer vom Hafen zum Hotel und von den Flughäfen zu den Hotels und umgekehrt.

Handhabung von zwei Gepäckstücken pro Person einschließlich Gebühren für Gepäckträger auf den Flughäfen und in den Hotels.

Sämtliche Bedienungsgelder, Steuern und Abgaben auf die im Programm enthaltenen Leistungen.

Anschluß-Programm Montreal

Dienstag, Washington — Montreal
30. 5. 1967 Vormittags Transfer vom Hotel zum Flughafen und Abflug nach Montreal.
Stadtrundfahrt mit Besichtigung aller wichtigen Sehenswürdigkeiten, wie die Kirche Notre Dame, die Kapelle St. Joseph usw. einschließlich einer Pferdekutschenfahrt auf den Mount Royal.

Mittwoch, Montreal
31. 5. und Die Tage stehen den Teilnehmern frei zum
Donnerstag, Besuch der Weltausstellung
1. 6. 1967 „EXPO 1967“

Freitag, Montreal — Deutschland
2. 6. 1967 Transfer vom Hotel zum Flughafen und Abflug nach Deutschland.

Samstag,
3. 6. 1967 Ankunft in Deutschland

Preis der Reise für das Anschlußprogramm

bei einer Mindestbeteiligung von 15 Personen
pro Person 370,— DM
Einzelzimmerzuschlag 30,— DM

Leistungen

Flug in der Touristenklasse von Washington nach Montreal.

Unterbringung in einem erstklassigen Hotel in Doppelzimmern mit Bad oder Dusche und WC.

Amerikanisches Frühstück während der Dauer des Aufenthaltes, Stadtrundfahrt, Transfer vom Hotel zum Flughafen, Handhabung von zwei Gepäckstücken pro Person einschließlich Gebühren für Gepäckträger.

Deutschsprechender Reiseleiter, sämtliche Bedienungsgelder, Steuern und Abgaben.

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.

März 1967:

2.—4. 3. In Würzburg: 13. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Professor Dr. E. Klein, I. Medizinische Abteilung der Städtischen Krankenanstalten, 4800 Bielefeld, Oelmühlenstraße 28.

3.—5. 3. In Erlangen: Kongreß für Endoskope unter der Leitung von Professor Dr. Demling. Auskunft: Dr. R. Ottenjann, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

4.—5. 3. In München: Einführungskurs in die Chirotherapie der Extremitätengelenke (Fortsetzungswochenenden: 22./23. 4., 28./29. 10., 2./3. 12.). Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostentallee 83.

4.—18. 3. In San Martino di Castrozza: 23. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportärztdiploms. Auskunft: OMR Dr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstr. 18.

5.—18. 3. In Badgastein: XII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin — Thema: „Die 7 Todsünden des Menschen von heute“. Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

8.—17. 3. In Erlangen: Kurs für Röntgenbeiferinnen. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85.

6.—18. 3. In Davos: XV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin — Thema: „Die 7 Todsünden der Menschen von heute.“ Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

8.—10. 3. In Baden-Baden: Jahreskongreß des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes e. V. (Thema: „Notfallmedizin und Wohnungsmedizin). Auskunft: Geschäftsstelle des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes e. V., 5320 Bad Godesberg, Hohenzollernplatz 5.

11.—12. 3. In Bonn: Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft Medizinisch-technischer Assistentinnen e. V. Auskunft: Frau Gibbert, 8000 München 15, Pettenkofferstraße 8a.

11.—17. 3. In Berchtesgaden: Internationaler Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren gemeinsam mit der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 8000 München 2, Richard-Wagner-Straße 10.

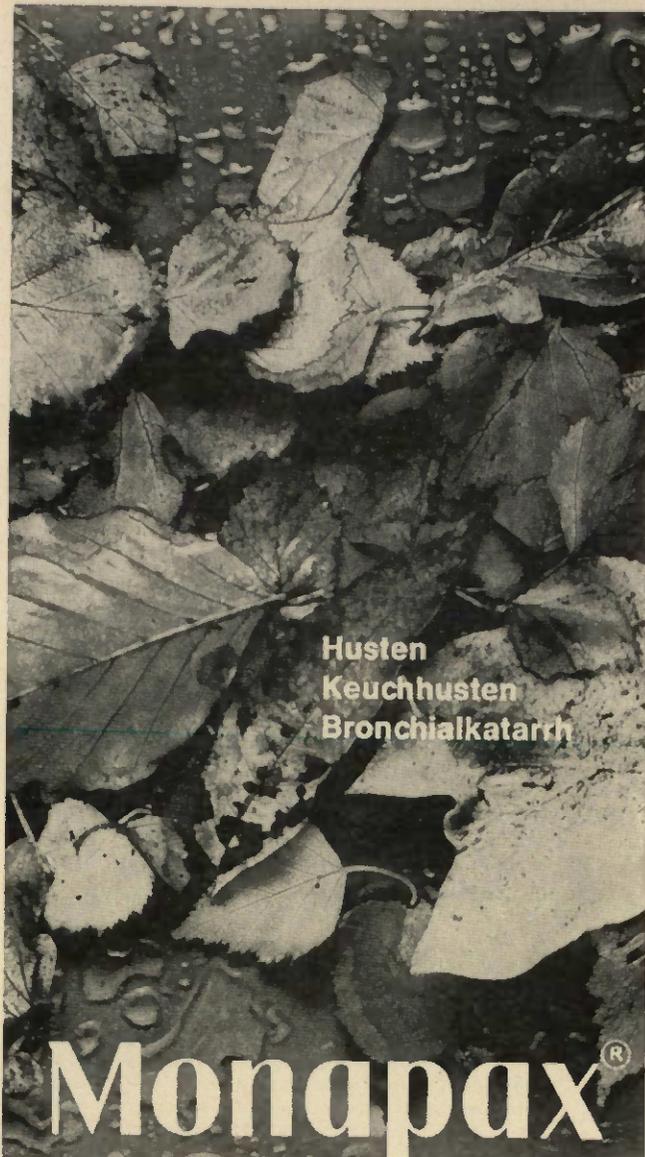
11.—18. 3. In Freudenstadt: 32. Fortbildungstagung des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. med. H. Haferkamp, 6500 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.

18.—18. 3. In Leipzig: Kongreß der Arbeitsgemeinschaft für Altersforschung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. W. Ries, Med. Univ.Klinik, X-701 Leipzig, Johannisallee 32.

17.—18. 3. In Wien: 3. Internationales Symposium über Beta-Rezeptoren-Blocker. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für Ärztliche Fortbildung, A-1010 Wien, Stadiongasse 6—8.

17.—19. 3. In Augsburg: 39. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. Auskunft: Kongressbüro der Augsburger Fortbildungskongresse für prakt. Medizin, 8900 Augsburg, Schaezlerstraße 19.

18.—20. 3. In Bad Nauheim: Fortbildungskurs der Landesärztekammer Hessen (Einführung in die EKG-Diagnostik). Auskunft: Landesärztekammer Hessen, 6000 Frankfurt, Broßstraße 8.



Husten
Keuchhusten
Bronchialkatarrh

Monapax[®]

macht den Bronchus frei

- verflüssigt das Sekret
- erleichtert die Expektoration
- löst den Spasmus

Monapax[®] ist ohne Nebenwirkungen,
gut verträglich, angenehm im Geschmack,
frei von Kodein und Antibiotika.



ArzneiMüller
Bielefeld

Dragees OP 40 u. 100 St.
Tropfen OP 20 u. 50 ml
Kinderzäpfchen OP 10 St.

- 18.—25. 3. in **Bad Hofgastein**: Fortbildungstagung der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie. Auskunft: Prim. Dr. W. Doberauer, A-1010 Wien XIV, Hütteldorfer Straße 188.
- 20.—21. 3. in **Salzburg**: Fortbildungstagung der Salzburger Ärztesgesellschaft (Themen: Kinderheilkunde, Gastrologie). Auskunft: Prim. Dr. F. Melnitzky, Landeskrankenanstalten, A-5020 Salzburg.
- 29.—30. 3. in **Berlin**: Symposium der Deutschen Gesellschaft für Ernährung über „Alkohol und Coffein“. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 6000 Frankfurt, Feldbergstraße 28.
29. 3.—1. 4. in **München**: 84. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Professor Dr. Maurer, Krankenhaus rechts der Isar, 8000 München 8, Ismaninger Straße 22.
31. 3.—2. 4. in **Bad Nauheim**: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, W.-G.-Kerckhoff-Institut der Max-Planck-Gesellschaft, 6360 Bad Nauheim.

April 1967:

- 3.—6. 4. in **Wiesbaden**: 73. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. B. Schiegel, 6200 Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.
- 3.—7. 4. in **Berlin**: Lehrgang über theoretische und praktische Grundlagen des Strahlenschutzes für den Lungensacharzt. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 3.—7. 4. in **Neuherberg**: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 3.—21. 4. in **Neuherberg**: Strahlenschutz (Einführungskurs, I. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
3. 4.—30. 6. in **Hamburg**: Kursus über Tropenmedizin und medizinische Parasitologie. Auskunft: Kurssekretariat, Bernhard-Nocht-Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, 2000 Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.
- 4.—7. 4. in **Eastbourne**: Weltkonferenz für Herz und Brusterkrankungen. Auskunft: The Chest and Heart Association, Tavistock House North, Tavistock Square, London W. C. 1.
- 6.—6. 4. in **Wiesbaden**: 9. Internationale Konferenz der Gesellschaft für biologische Rhythmusforschung (in Verbindung mit dem Internisten-Kongreß). Auskunft: Prof. Dr. W. Menzel, 2000 Hamburg 67, Amalie-Sieveling-Krankenhaus, Farmsener Landstraße 73.
- 8.—30. 4. Internationale Studienreise für Ärzte nach **Tokio**. Auskunft: Gesellschaft für akademische Studienreisen, 6900 Heidelberg, Philipp-Wolfrum-Weg 4.
- 8.—8. 4. in **Bad Pyrmont**: Fortbildungskurs der Bezirksstelle Hannover der Ärztekammer Niedersachsen. Auskunft: Dr. Gosslich, 3280 Bad Pyrmont, Altenauplatz 5.
- 8.—13. 4. in **Chicago**: II. Internationaler Kongreß für Stereologie. Auskunft: Sekretariat der Internationalen Gesellschaft für Stereologie, Anatom. Institut, CH-3000 Bern, Bühelstraße 26.
- 10.—14. 4. in **Neuherberg**: Strahlenschutzkurs (I. Fortbildungskurs) für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 10.—14. 4. in **Würzburg**: Frühjahrstagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. Auskunft: Physiologisches Institut, 9700 Würzburg, Röntgenring.
- 12.—13. 4. in **Travemünde**: Tagung des Deutschen Arbeitsrings für Lärmbekämpfung e. V. und der Sektion Schiffsmedizin der Deutschen Gesellschaft

für Verkehrsmedizin. Auskunft: Geschäftsstelle des Deutschen Arbeitsrings für Lärmbekämpfung e. V., 5320 Bad Godesberg, Hohenzollernplatz 5.

- 14.—15. 4. in Wien: II. Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Blutgerinnungsforschung. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für Ärztliche Fortbildung, A-1010 Wien, Stadiongasse 6—8.
- 17.—21. 4. in Berlin: Lehrgang über theoretische und praktische Grundlagen des Strahlenschutzes für den Lungenfacharzt. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Sorrstraße 83.
- 17.—21. 4. in Neuberberg: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 17.—22. 4. in Berlin: II. Ärztelehrgang über manuelle Versorgung mit Kunstgliedern und ihre methodische Gebrauchsanweisung. Auskunft: Senator für Gesundheitswesen (II. D 3), 1000 Berlin 21, Invalidenstraße 52.
- 17.—28. 4. in Neutrauchburg: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulentherapie. Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Neutrauchburg.
- 19.—21. 4. in Münster: V. Internationale Staublungen-tagung. Auskunft: Institut für Staublungenforschung und Arbeitsmedizin der Westf. Wilhelms-Universität, 4400 Münster, Wetsring 10.
- 19.—22. 4. in Dresden: 6. Jahrestagung der Gesellschaft für Klinische Pathologie und Klinische Chemie. Auskunft: Doz. Dr. Büchner, Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, X-80 Dresden, Friedrichstraße 41.
- 20.—21. 4. in Berlin: Internationaler Kongreß (Thema: Wege der Verbraucherinformation über Ernährung). Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 6000 Frankfurt, Feidbergstraße 28.
- 20.—22. 4. in Hamburg: Tagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. W. Mohr, 2000 Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.
- 20.—23. 4. in Baden-Baden: 48. Deutscher Röntgenkongreß. Auskunft: Prof. Dr. L. Diethelm, Institut für klin. Strahlenkunde der Univ., 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 21.—22. 4. in München: Fortbildungslehrgang in der Phono-kardiographie. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85.
- 21.—23. 4. in Braunschweig: 16. Tagung der nordwestdeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. J. Oehme, 3300 Braunschweig, Kinderklinik.
- 22.—23. 4. in Bad Kissingen: 17. Ärztlicher Fortbildungskurs. Auskunft: Dr. Brügel, Saale-Sanatorium, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20.
- 22.—23. 4. in Münster: Kongreß der Gesellschaft nord- und nordwestdeutscher Neurologen und Psychiater. Auskunft: Ltd. Med.-Dir. Dr. Steuber, 3140 Lüneburg, Postfach 349.
- 22.—23. 4. in Zürich: Wissenschaftliche Tagung der Schweizerischen Vereinigung gegen die Tuberkulose. Auskunft: Dr. M. Tromp, Waisenhausplatz 25, CH-3001 Bern.
- 23.—28. 4. in Madrid: III. Europäischer Kongreß für Neurochirurgie. Auskunft: Dr. G. Dierssen, Apartado Postal 6176, Madrid.
- 24.—26. 4. in Neuherberg: Strahlenschutz-Ergänzungskurs für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 24.—28. 4. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs in Röntgendiagnostik und -therapie für Ärzte, Tierärzte, Krankenhausphysiker. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.



Zwei wohlschmeckende Spezifika
für Kinder und Jugendliche:

NERV *infant*®

Sedotivum und Tonikum mit Vitamin B₁₂ und organischen Phosphorträgern. Brom- und borbitursäurefrei.

Sirup: Orig.-Fl. mit 100 ml
Kur-Flosche m. 500 ml
Suppositorien: 5 Stück
(siehe Rote Liste Seite 763)

B12-NERV *infant*®

Antianaemikum, Regulons bei Gedeih- und Wachstumshemmungen, Tonikum bei Schulumüdigkeit und nervösen Störungen.

Orig.-Flosche mit 100 ml
Kur-Flosche mit 500 ml
(siehe Rote Liste Seite 120)

TOSSA
ARZNEI

APOTHEKER KURT MERZ 6497 STEINAU

24. 4.—6. 5. in **Lindau**: 17. Lindaner Psychotherapiewoche. Auskunft: Sekretariat der 17. Lindauer Psychotherapiewoche, 8000 München 27, Adalbert-Stifter-Straße 31.
- 25.—29. 4. in **Göttingen**: 51. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. W. Giese, 4400 Münster, Westring 17.
- 26.—29. 4. in **Erlangen**: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V. (Thema: „Vorzeitiger Aufbruch im Erwerbsleben“). Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V., 8000 München-Allach, Krauss-Maffel-Straße 2.
- 27.—30. 4. in **Daden-Daden**: Deutsch-französischer Orthopäden-Kongreß. Auskunft: Kongreßbüro Dr. H. Waldmann, 7500 Karlsruhe, Stephanienstraße 88.
29. 4.—6. 5. in **Schwäbisch-Hall**: Ärztekurs für Homöopathie. Auskunft: Dr. M. Stübler, 8900 Augsburg, Singerstraße 1.
- Mai 1967:**
- 1.—5. 5. in **Baden-Daden**: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. Auskunft: Prof. Dr. E. Haubler, 2000 Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52.
- 2.—13. 5. in **Berlin**: Arbeitsmedizinischer Fortbildungslehrgang zur Einführung in die Toxikologie von Arbeitsstoffen und Klinik der Berufskrankheiten. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 3.—6. 5. in **Schwäbisch-Hall**: 119. Jahresversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Dr. P. Mössinger, 7100 Hellbronn, Karlstraße 99.
- 4.—6. 5. in **Magdeburg**: Internationales Symposium „Aktuelle Fragen der Neuropsychopharmakologie“. Auskunft: Dr. Schmidt, Pharmakologische Gesellschaft der DDR, X-301 Magdeburg, Leipziger Straße 44.
- 4.—7. 5. in **Gmunden**: 9. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenerkrankungen. Auskunft: Sekretariat der Österreichischen Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenerkrankungen, A-1010 Wien 9, Alser Straßer 4.
- 4.—7. 5. in **Regensburg**: 38. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums (Thema: Symptom-Rheuma, Haut- und innere Erkrankungen, Hormonelle Therapie). Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.
- 4.—7. 5. in **Veiden**: 19. Kärntner Ärztetreffen. Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Klagenfurt, Bahnhofstraße 22.
- 4.—9. 5. in **Wiesbaden**: III. Europäischer Kongreß für Kinderpsychiatrie. Auskunft: Prof. Dr. G. von Stockert, 6000 Frankfurt, Heinrich-Hoffmann-Straße 10.
- 5.—6. 5. in **Bad Wörishofen**: II. Symposium des Kneippärztebundes e. V. Auskunft: Dr. W. Teichmann, 8937 Bad Wörishofen, Am Tannenbaum 2.
- 5.—6. 5. in **München**: Bayerischer Zahnärztetag. Auskunft: Bundesverband Deutscher Zahnärzte, 5000 Köln-Lindenthal 1, Universitätsstraße 73, und Fremdenverkehrsamt, 8000 München 2, Rosental 1/II.
- 5.—7. 5. in **Bad Homburg v. d. H.**: Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Dr. W. Hoppe, 2300 Klel-Wlk, Weimarer Straße 8.
- 6.—7. 5. in **Venedig**: I. Europäischer Kongreß für Fertilität und Sterilität. Auskunft: Prof. Dr. K. Semm, II. Univ.-Frauenklinik, 8000 München 15, Lindwurmstraße 2a.
- 7.—11. 5. in **Bad Reichenhall**: 38. Jahres-Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. G. Elgler, 6300 Gießen, Univ.-HNO-Klinik.
- 7.—13. 5. in **Wien**: Weltkongreß für Kraftfahrtmedizin. Auskunft: Ärztliche Kraftfahrvereinigung Österreichs, A-1010 Wien, Welhburggasse 10—12.
- 8.—10. 5. in **Berlin**: 31. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Dr. W. Schwarz, 1000 Berlin 19, Brixplatz 4.
- 10.—12. 5. in **München**: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Dr. Rehrmann, 4000 Düsseldorf, Moorenstraße 5.
- 10.—13. 5. in **Kassel**: 13. Kongreß für Laboratoriumsmedizin. Auskunft: Dr. W. Aibath, 8700 Würzburg, Katharinengasse 3.
- 11.—13. 5. in **Bonn**: 2. Deutsch-englische Psychiaterkonferenz. Auskunft: LOMR Dr. F. G. Stockhausen, 5300 Bonn, Kölner Straße 206.
- 15.—26. 5. in **Melbourne**: 5. Internationaler Kongreß der World Confederation for Physical Therapy. Auskunft: Mr. S. Komisarook, Australien Physiotherapy Assn., Sulte 10, Sylvan, 545 St. Kilda Rd., Melbourne.
- 16.—19. 5. in **Kiel**: 31. Haupttagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auskunft: Prof. Dr. Dr. E. Kröger, 2900 Oldenburg, Peterstraße 23.
- 17.—19. 5. in **Frankfurt**: Lehrgang für Unterrichtsärzte. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., 6000 Frankfurt, Cronstettenstraße 25.
- 17.—19. 5. in **Prag**: Tagung der Internationalen Gesellschaft zum Studium der Bronchien. Auskunft: Doc. MU Dr. Styblo, Institut des Recherches sur la Tuberculose, Prag 8 (CSSR).
- 20.—21. 5. in **Frankfurt**: Süddeutscher Kinderärztekongreß. Auskunft: Prof. Dr. O. Hövels, Universitäts-Kinderklinik, 6000 Frankfurt, Ludwig-Rehn-Straße 14.
- 20.—21. 5. in **Salzburg**: 4. Fortbildungstagung der Salzburger Ärztesgesellschaft (Thema: „Der medizinische Fortschritt in der täglichen Praxis“ — aus dem Gebiet der Gastroenterologie und Pädiatrie). Auskunft: Dr. Mösl, Landeskrankenanstalten, A-5020 Salzburg.
- 20.—24. 5. in **Garmisch-Partenkirchen**: 70. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 22.—26. 5. in **Berlin**: Einführung in die Labordiagnostischen Methoden der Arbeitsmedizin. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 24.—27. 5. in **Leipzig**: 16. Tagung der Gesellschaft für Orthopädie. Auskunft: Prof. Dr. P. F. Matzen, X-70 Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 53.
- 25.—26. 5. in **Erfurt**: II. Internationales Symposium über Histochemie und Biochemie der Hirngeschwülste. Auskunft: Doz. Dr. Geiler, Patholog. Institut der Univ., X-70 Leipzig, Liebigstraße 26.
- 25.—27. 5. in **Dagstain**: Kongreß der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Auskunft: Chefarzt Dr. M. Brandl, Städtisches Marienkrankenhaus, 8450 Amberg.
- 25.—27. 5. in **Goslar**: Jahrestagung des Deutschen Ärztinnenbundes. Auskunft: Dr. Dr. J. Rall, 2000 Hamburg 52, Kallmorgenweg 3.

Pepsaldra®

Magen-Fermentpräparat

Pepsaldra compositum

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Multivalentes Verdauungsenzympräparat gegen Störungen im Magen-Pankreas-Galle-Dünndarmsystem

Original-Packungen mit 45 und 125 Dragees

Original-Packungen mit 40 und 100 Oragees



Fabrik pharm. Präparate
Karl Engelhard
Frankfurt a. M.
gegr. 1872

OXYMORS

SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWAHRT

KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMFLORA UND DER NIEREN

Vermifuge Wirkung!

bei Oxyuriasis

KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!

6-Tagesp. Nr. 201, Kinderp. Nr. 202, 3-Tagesp. Nr. 203, Tabl. m. Zäpf. Nr. 204, Tabl. P. Nr. 206, Analsalbe Nr. 207, Analsalbe «forte»

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesie

P E R M I C U T A N - K G . D R E U L E R . M Ü N C H E N 1 3



Fabrik pharm. Präparate
Karl Engelhard
Frankfurt am Main
gegr. 1872



Prospan



auch als



Aerosol



rein pflanzlich

PROSPAN-Tropfen: O.P.Tropfflaschen mit 20g, 50g, 100ccm · PROSPAN-Zäpfchen: O.P. Faltschachtel mit 6 Stück (für Kinder u. Erwachsene)

Wenn's um Geld geht

SPARKASSE



Besonders hohe Rendite auf dem Sparkassenbuch durch Zinsen, Prämien und vermögenswirksame Leistungen. Wir beraten Sie zu Ihrem Vorteil.

- 25.—26. 5. in Heilbronn: Tagung der süddeutschen Gesellschaft für Tuberkulose- und Lungenkrankheiten. Auskunft: OMR Dr. Liebknecht, 8901 Stadtbergen, Robert-Koch-Straße 4.
- 26.—27. 5. in Bonn: Arbeitstagung des Ausschusses Pädiatrie der Deutschen Diabetesgesellschaft. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Diemer, Universitäts-Kinderklinik, 5300 Bonn, Koblenzer Straße 119.
- 26.—27. 5. in Nürnberg: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Altersforschung. Auskunft: Dr. H. Kaiser, 8900 Augsburg, Westkrankenhaus.
- 26.—27. 5. in Pforzheim: IV. Kongreß der südwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Dr. Stodtmeister, Städt. Krankenhaus, 7530 Pforzheim, Kanzlerstraße 2—6.
- 26.—27. 5. in Wien: 10. Jahreshauptversammlung der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, A-1010 Wien, Stadiongasse 6—8.
- 26.—28. 5. in Solothurn: Kongreß der Schweizer Gesellschaft für Innere Medizin, Kardiologie und Hämatologie. Auskunft: Prof. A. F. Müller, Hôpital Cantonal, CH-1211 Genf.
- 28.—30. 5. in Rom: 5. Internationale Tagung der Internationalen Föderation für Hygiene und Präventivmedizin. Auskunft: Med.-Rat Dr. E. Musil, Mariahilferstraße 177, A-1010 Wien.
28. 5.—10. 6. in Montecatini Terme: V. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: Mutter und Kind). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
29. 5.—2. 6. in Berlin: Einführungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostentallee 83.
29. 5.—10. 6. in Grado: XV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: Mutter und Kind). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
29. 5.—10. 6. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Oberinnen, Lehrschwestern, Röntgen- und Radium-Schwestern, medizinisch-technischen Assistentinnen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
30. 5.—3. 6. in Berlin: 18. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 1000 Berlin 41, Klingsorstraße 21.

In diesem Heft inserieren folgende pharmazeutische Firmen:

P. Beiersdorf & Co. AG., Hamburg
 Benechemie GmbH., München-Solln
 Bionorica KG., Nürnberg
 C. F. Boehringer & Soehne GmbH., Mannheim
 Dr. Braun & Herberg, Bad Schwartau
 Chemiepharm GmbH., Saarbrücken
 Dolorgiet, Bad Godesberg
 Dorsch & Co. KG., München
 Karl Engelhard, Frankfurt/Main
 Fher Arzneimittel GmbH., Mainz
 Gödecke & Co. AG., Freiburg
 Heel GmbH., Baden-Baden
 Arzneimittelfabr. Hüls, Dr. Hense, Hüls
 Farbwerke Hoechst AG., Frankfurt/Main
 Hormon Chemie, München
 Iphah GmbH., Hamburg
 Jacopharm, Hamburg-Schenefeld
 Klinge, München 23
 Krewel-Werke, Eitorf b. Köln
 Labopharma GmbH., Berlin
 Lindopharm KG., Hildesheim/Rhld.
 Medika, München
 E. Merck AG., Darmstadt
 L. Merckle GmbH., Blaubeuren
 Apotheker Merz, Steinau
 Arznei Müller, Bielefeld
 A. Nattermann & Co., Köln-Braunsfeld
 Nordmark-Werke GmbH., Hamburg, Werk Uetersen
 Parke, Davis & Company, München
 Permicutan KG., Dr. Euler, München
 Recorsan-Gesellschaften, Gräfenberg
 Julius Redel, Cesra Arzneimittelfabrik, Haueneberstein
 b. Baden-Baden
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin
 Richter & Cie., Eltville
 Dr. F. Sasse, Berlin
 Dr. Schertl GmbH., München
 W. Schwarzhaupt KG., Köln
 Simons Chem. Fabrik, Gauting
 Taeschner & Co., Berlin
 Uzara-Werk, Meisingen
 Westburg-Arzneimittel, Bad Godesberg
 Wyeth-Pharma, Münster

Beilagenblinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
 Klinge, München 23,
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin,
 Benechemie GmbH., München-Solln,
 Chemiepharm GmbH., Saarbrücken,
 Deutsche Bausparkasse, Darmstadt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 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 23602, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pfäum 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 des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.



TAESCHNER



Bei hartnäckigem
Husten
 hilft zuverlässig

Hypertussin®

Kapseln

Täglich 3-5 Kapseln beseitigen
 den quälenden Hustenreiz und
 erhalten die Arbeitsfähigkeit

Schnelle Wirkung durch moderne Wirkstoffkombination