



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 4

München, April 1967

22. Jahrgang

Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit in München

Der 19. Bayerische Ärztetag hat im Jahre 1966 der Bayerischen Landesärztekammer den Auftrag gegeben, alle Maßnahmen fortzusetzen und weiterzuführen, die geeignet sind, eine möglichst frühzeitige Erfassung der Diabetiker zu ermöglichen.

In Vollzug dieses Beschlusses führt die Bayerische Landesärztekammer im April 1967 eine große Aktion zur Früherfassung von Zuckerkranken in München durch. Alle Einwohner Münchens (1 170 000) — gleich welchen Alters — werden einen namentlich an sie gerichteten Brief des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer erhalten. In diesem Brief, der auf der nächsten Seite abgedruckt ist, werden sie gebeten werden, sich an dieser Aktion zu beteiligen. Dem Brief wird ein Rücksendefreiumschlag sowie ein Teststreifen beiliegen. Dieser Teststreifen und der Brief sollen zur Auswertung wieder an die Bayerische Landesärztekammer zurückgesandt werden. An dem Brief befinden sich vier beschriftete Ecken, die abgeschnitten werden sollen, wenn deren Aufschrift auf den Empfänger zutrifft. Die Aussonderung der Teststreifen wird in den zu diesem Zweck angemieteten Räumen der Münchner Messegesellschaft von 40 Medizinstudenten erfolgen. Die Personen, bei denen der Verdacht auf das Vorliegen einer Zuckerkrankheit besteht, werden in einem weiteren Brief auf diese Tatsache aufmerksam gemacht und gebeten werden, einen Arzt ihrer Wahl aufzusuchen, der dann mit den von ihm für notwendig erachteten Untersuchungen den entstandenen Verdacht bestätigen oder entkräften wird.

Die mit dieser Aktion verbundene große Arbeit und die hohen Kosten verlangen eine zahlreiche Beteiligung der Bevölkerung. Sie wird durch Presse, Rundfunk und Fernsehen wiederholt auf diese Aktion aufmerksam gemacht werden. Darüber hinaus werden rund 30 000 Plakate an Anschlagssäulen, Bauzäunen, Geschäften und Industriefirmen auf diese Aktion hinweisen.

In den Münchner Schulen wird man im Unterricht auf diese so wichtige Maßnahme ebenfalls eingehen. An die Schulkinder werden rund 150 000 Handzettel verteilt werden.

Bei der Auswertung, die mehrere Wochen in Anspruch nehmen wird, sollen u. a. die Verfärbung der Teststreifen, die Altersgruppen sowie die Angaben der angeschriebenen Personen, die diese durch Abschneiden der betreffenden Briefecken machen, berücksichtigt werden. Vermutlich werden bisher bereits bekannte Tatsachen über die Häufigkeit des Diabetes in bestimmten Altersgruppen durch diese sehr repräsentative Untersuchung bestätigt werden. Darüber hinaus wird die Auswertung aber auch zeigen, welche Wege zur Erfassung einer so großen Bevölkerungszahl möglich und welches die besten Wege für eine solche Maßnahme sind. Man wird auch feststellen können, bei welchen Altersgruppen die geringsten Neigungen zu einer Beteiligung an solchen Testuntersuchungen bestehen.

Nicht zuletzt ist zu hoffen, daß durch diese Suchaktion die Zuckerkranken in München gefunden werden, die von ihrer Erkrankung noch nichts wissen und deshalb die erforderliche ärztliche Behandlung nicht erhalten.

Den städtischen und staatlichen Stellen, die diese Aktion trotz der damit zum Teil verbundenen Beschwerden sehr großzügig unterstützt haben, sei bereits an dieser Stelle dafür sehr gedankt.

Ein besonderer Dank gilt der Firma BOEHRINGER, Mannheim, und den Farbwerken HOECHST, die uns diese Aktion in dieser umfassenden Form durch sehr großzügige Hilfe ermöglicht haben.

Bitte diese Ecke
abschneiden, wenn Sie selbst
zuckerkrank sind

Bayerische Landesärztekammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bitte diese Ecke
abschneiden, wenn
Großeltern, Vater, Mutter,
Geschwister, Kinder oder andere
Blutsverwandte zuckerkrank sind

Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit

(Auch bereits in Behandlung befindliche Diabetiker sollen sich daran beteiligen)

Liebe MünchnerInnen und Münchner!

Es geht um Ihre Gesundheit. Beteiligen Sie sich an dieser Früherfassungsektion; sie ist für Sie **kostenlos**.

Die Zahl der Zuckerkranken steigt ständig an. Viele Menschen sind zuckerkrank, ohne es zu wissen. Die unbehandelte Zuckerkrankheit ist gefährlich und häufig die Ursache anderer Krankheiten. Sie verkürzt das Leben. Nur durch frühzeitige Erkennung und Behandlung kann geholfen werden.

Wir möchten nun allen Einwohnern Münchens die Möglichkeit geben, sich an dieser Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit zu beteiligen.

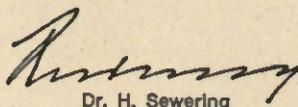
Diesem Brief liegt ein Teststreifen bei, mit dem festgestellt werden kann, ob bei Ihnen ein Verdacht auf Zuckerkrankheit besteht.

Bitte tun Sie folgendes:

1. Nehmen Sie ein Frühstück oder Abendessen zu sich, das drei bis vier Scheiben Brot oder ein bis zwei Semmeln – Aufstrich wie üblich – sowie mit Zucker gesüßte Getränke enthalten soll. (Für Personen, bei denen bereits eine Zuckerkrankheit festgestellt wurde, gilt dies nicht; sie sollen die in ihrem Diätplan verordnete Nahrungsmenge zu sich nehmen. Säuglinge und Kleinkinder erhalten ihre übliche Nahrung!)
2. Etwa 2 Stunden – nicht früher! – nach dem Frühstück oder Abendessen entnehmen Sie aus beiliegendem Rücksendefreumschlag Teststreifen und Filterpapiertüte. Kurz vor der Verwendung die Schutzhülle aufziehen, Teststreifen am ungefärbten Ende entnehmen. Gefärbtes Ende des Teststreifens einige Sekunden in den Harnstrahl halten oder in den frisch gelassenen Urin tauchen. Das Gefäß, in dem Sie gegebenenfalls den Urin auffangen, muß sauber und vollkommen trocken sein.
3. Teststreifen sofort in die Filterpapiertüte legen, da sonst das Ergebnis verfälscht werden kann.
4. Hinweise an den Ecken dieses Briefes noch einmal gründlich durchlesen und die Ecke oder die Ecken abschnitten, die für Sie zutreffen.
5. Brief in jedem Fall zurückschicken, auch wenn Sie bereits von Ihrer Zuckerkrankheit wissen! Stecken Sie **diesen Brief und die Filterpapiertüte mit dem Teststreifen** in den Rücksendefreumschlag und werfen ihn in den nächsten Briefkasten.

Wenn bei Ihnen Verdacht auf Zuckerkrankheit bestehen sollte, werden **nur** Sie davon in einem Brief unterrichtet, mit dem Sie dann einen Arzt nach Ihrer Wahl aufsuchen sollen.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. H. Sewering

Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

← Nur für Frauen!

Bitte diese Ecke abschneiden,
wenn Sie ein mehr als 4,5 kg
(9 Pfd.) schweres lebendes
oder totes Kind
geboren haben

Bitte diese Ecke abschneiden,
wenn Sie
niementkrank sind

Die Physikalische Therapie von Durchblutungsstörungen verschiedener Genese*)

Von D. v. Arnim

Die Ergebnisse der physikalischen Therapie — der konservativsten aller konservativen Methoden — sind oft wenig in die Augen springend; dies gilt auch für ihre Ergebnisse bei den Störungen der peripheren Durchblutung.

Dennoch greift der Kliniker — Internist wie Chirurg — immer noch zu den Methoden der physikalischen Therapie, denn — leider — einigermaßen brauchbare Erfolge lassen sich bei diesem Leiden nur mit einer bewußten Polypragmasie erreichen.

Ich glaube, daß fast alle Methoden der physikalischen Therapie bis weit über die Grenzen seriöser Medizin hinaus schon bei Durchblutungsstörungen jeder Genese angewandt und beschrieben oder empfohlen worden sind.

Ich will hier jedoch nur jene Methoden beschreiben, die bewährt, erfolgversprechend und — für normale Verhältnisse — auch anwendbar sind. Vor allem will ich versuchen, aufzuzeigen, was der niedergelassene Arzt mit einfachen Mitteln in der Praxis, in Zusammenarbeit mit einer Krankengymnastin oder mit einem Institut für Physikalische Therapie, einem Bäderinstitut, verabreichen und verordnen kann.

Hinzu kommen die sehr wichtigen Ratschläge und Anweisungen, die der Arzt seinen Patienten zu geben hat; die Behandlung von Durchblutungsstörungen ist immer eine Langzeitbehandlung und bedarf langfristiger und konsequenter ärztlicher Führung.

Zuerst will ich über die Behandlung arterieller Durchblutungsstörungen berichten. Ich kann hier nicht näher auf die Ätiologie der peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen, ebenso auch nicht auf die Stadieneinteilung und damit auf die Frage der Belastbarkeit mit physikalischer Therapie eingehen. Die physikalische Therapie kennt die „Zustandsdiagnose“, die dem Behandler die Belastungsfähigkeit des Patienten anzeigt (17). Gerade die schweren arteriellen Durchblutungsstörungen reagieren oft auf intensive Reize negativ mit einer sogenannten paradoxen Reaktion. Man wird daher die schwer erkrankte Extremität nur über Fernreize und mit weitgehend passiven Maßnahmen angehen und nicht durch intensive Muskelarbeit die Sauerstoffschuld im Gewebe noch steigern.

Leichtere oder mehr funktionell geprägte Bilder vertragen dagegen kräftigere Reize, die hier auch lokal am erkrankten Glied einsetzen können.

Der Patient, der den Arzt wegen peripherer Durchblutungsstörungen aufsucht, leidet unter zunehmenden Beschwerden beim Gehen. Hauptaufgabe der physikalischen Therapie ist daher die Gehschule, die aktive Krankengymnastik. Hierbei wird durch dosierte Muskelarbeit eine Hyperämie der Muskulatur erreicht. Wir kennen grundsätzlich zwei verschiedene Methoden, einmal die sogenannte RATSCHOWsche Rollübung (15), die RATSCHOW aus der 1924 von BÜRGER empfohlenen Umlagerung entwickelt hat.

Der Patient liegt dabei auf dem Rücken und hebt die

Beine mit fast gestreckten Knien steil in die Höhe, wobei er die Oberschenkel mit den Händen abstützt. Dann führt er kreisende Bewegungen in den Fußgelenken durch, etwa einmal pro Sekunde. Bei Ermüdung, bei Auftreten von Schmerzen oder Parästhesien, spätestens jedoch nach 2 Minuten, setzt er sich wieder auf und läßt die Beine aus dem Bett heraushängen. Diese Übung wird zwei- bis dreimal hintereinander wiederholt und insgesamt dreimal täglich durchgeführt. Diese Rollübungen erhöhen das Durchströmungstempo und steigern die arterio-venöse Druckdifferenz. Es kommt zu einer ständigen Mehrdurchblutung, die nach 10 Minuten Üben eine Mehrdurchströmung der Glieder (nach RATSCHOW) bis auf das Drei- bis Vierfache herbeigeführt hat.

Das Gehtraining, das SCHLÜSSEL vor einigen Jahren in die Therapie eingeführt hat (16), stellt eine andere Form der krankengymnastischen Gehschule dar. Dabei wird bewußt im Stehen und Gehen geübt, um das Druckgefälle in den distalen arteriellen Bezirken voll einzusetzen. Bei diesem Übungsgehen wird ein dosierter arterieller Bedarf im Mangelgebiet geschaffen, der die Voraussetzung eines ausreichenden Umgebungs-kreislaufes darstellt. Der Patient soll zuerst nach einem festgelegten Takt — meistens 60 Schritte pro Minute — bis zum Vorstadium des Claudicatio-Schmerzes gehen. Damit ist die Testzeit festgelegt. Die nun für die nächste Zeit folgende Übungszeit ist mit $\frac{2}{3}$ der Testzeit festgelegt; diese Begrenzung sichert nach SCHLÜSSEL einen noch genügend starken Vaskularisationsreiz, vermeidet aber jede Überforderung.

An diese Übungszeit schließt sich das Intervall an; der Patient muß ein bis drei Minuten stehenbleiben. Dieses Stehen hält SCHLÜSSEL für besonders wichtig, damit der hydrostatische Druck die maximale arterielle Durchblutung noch unterstützt. Übungsgehen mit Intervall werden meist $3 \times$ hintereinander ausgeführt und diese Methode insgesamt $3-5 \times$ täglich wiederholt. Die RATSCHOWschen Rollübungen, mehr aber noch das Gehtraining nach SCHLÜSSEL, eignen sich vorzüglich dazu, eine über längere Zeit laufende medikamentöse Behandlung zu unterstützen. Der Patient ist vom Arzt dazu anzuhalten, diese Übungen konsequent durchzuführen. In ein- bis zweiwöchigen Kontrollen wird die neue Testzeit festgelegt.

Beim bettlägerig Kranken, vor allem in der Klinik, wird das Gehtraining durch Ergometer-Übungen ersetzt. Nach Untersuchungen der Heidelberger Klinik (2) hat sich hier die gleichzeitige Anwendung von intraarteriellen Infusionen mit intensiver Ergometer-Arbeit am besten bewährt; dabei wird die Mehrdurchblutung infolge der Arbeitshyperämie — vor allem in der Wadenmuskulatur — ausgenützt. Das Medikament gelangt nun vorwiegend in den durchblutungsgestörten Bereich. Die durchblutungsfördernde Wirkung der kräftigen Muskelmassage ist bekannt. Bisher war man jedoch bei arteriellen Durchblutungsstörungen mit Massagen eher zurückhaltend. Kürzlich konnte HEIPERTZ (8) nachweisen, daß die sogenannte klassische Massage der Rückenmuskulatur zu einer meßbaren Durchblutungssteigerung der Wadenmuskulatur führt, und zwar

*) Vortrag bei der 17. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg am 9.—11. Dezember 1966
Alle Vorträge dieser Fortbildungstagung erscheinen in Band 6 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe

waren die Ergebnisse der peripheren Durchblutung um so besser, je kräftiger, je tiefer die Rückenmuskulatur massiert wurde.

Aus demselben Grunde wird auch die Unterwasserdruckstrahlmassage empfohlen. Hierbei kommt es ja durch die weitgehende Aufhebung des Muskeltonus im warmen Bad zu einer besonders intensiven und mit der manuellen Massage nicht zu erreichenden Tiefenmassage. Wir wenden gerade bei den frühen Stadien der peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen die Unterwasserdruckstrahlmassage gerne an, die natürlich streng auf die Rücken- und Gesäßmuskulatur unter Auslassung der distalen Gebiete beschränkt ist.

Die Bindegewebsmassage — auch Reflexzonenmassage genannt — ist seit ihrem Entstehen praktisch die Massage der Wahl bei Durchblutungsstörungen; sie wird von uns auch beim schwerkranken, fest bettlägerigen Patienten angewandt. Es ist wohl bekannt, daß Frau DICKE (5), die selbst an einer schweren arteriellen Durchblutungsstörung der Beine erkrankt war, diese Methode sozusagen aus Versehen an sich selbst „entdeckt“ hat. KOHLRAUSCH und TEIRICH-LEUBE haben dann diese Methode als „Reflexzonenmassage“ weiterentwickelt (12). Diese Massage wird anfangs vorwiegend in den proximalen Segmentbereichen paravertebral und am Beckengürtel ausgeführt. Noch ist die Frage offen, ob es sich bei der peripheren Gefäß-erweiterung, die bei der Bindegewebsmassage auftritt, mehr um einen lokalen Effekt durch Freisetzung humoraler gefäßaktiver Substanzen (19) oder um einen sympathikolytischen Effekt auf die arterielle Beindurchblutung im Sinne einer echten Segmenttherapie handelt (16).

Die Bindegewebsmassage wird in täglichen oder zweitägigen Sitzungen, insgesamt nicht unter 15 Behandlungen, verabreicht. Ihre kurmäßige Kombination — vielleicht auch im täglichen Wechsel — mit medikamentöser oder Injektionstherapie, oder auch anderen physikalisch-therapeutischen Anwendungen, wie Reizstrombehandlungen oder Hydrotherapie, ist günstig.

Erfahrungsgemäß wird lokale Wärme bei allen Formen der arteriellen Durchblutungsstörungen schlecht vertragen; sie führt oft zu den schon anfangs angeführten sogenannten „paradoxen Reaktionen“. Wir raten daher den Patienten, die unter schweren Durchblutungsstörungen leiden, keine Wärme zuzuführen, aber die vom eigenen Körper produzierte Wärme auf alle Fälle zu halten.

Als Segmenttherapie (4) dagegen, also fern von dem durchblutungsgestörten Gefäßbereich, können alle in der physikalischen Therapie üblichen Wärmemaßnahmen, wie Fangopackungen, Kurzwelle oder Heißluft, eingesetzt werden (19).

Bei der Hydrotherapie bedient man sich ebenfalls meist indirekt angreifender Methoden in Form der sogenannten Fern-Teilbäder (3; 11). Die lokale Überwärmung eines Gliedes hat die reflektorische Hyperämie von Haut und Muskulatur des andersseitigen Gliedes, in geringerem Umfang auch der übrigen Extremitäten, zur Folge. Am bekanntesten ist wohl das sogenannte HAUFFESche temperaturanstiegende Arm- oder Fußbad. Je nach Reaktionslage oder — wie oben erwähnt — Zustandsdiagnose des Patienten, wird man die Anstiegszeit und die Endtemperatur des Bades wählen. Das Teilbad wird mit der Indifferenztempe-

ratur — also zwischen 33 und 35° C — begonnen. Innerhalb von 15 bis 20 oder 25 Minuten wird die Temperatur bis auf 42 oder 44° C, bis zur Erträglichkeitsgrenze, gesteigert. Die HAUFFESchen Arm- oder Fußbäder, die übrigens auch bei allen Störungen der koronaren Durchblutung ein altes und bewährtes Heilmittel darstellen, können vom Patienten auch sehr gut selbst zu Hause durchgeführt werden.

Es ist wichtig, daß der Patient darauf hingewiesen wird, nach diesen temperaturanstiegenden Fern-Teilbädern nicht zu ruhen, sondern die momentan verbesserte Durchblutung auch direkt anschließend zum Gehtraining auszunützen.

Wir wollen ja mit unseren Methoden nicht nur für den Augenblick die Durchblutung verbessern, sondern auch durch vorsichtig gesteigerte Anforderungen an die Gewebsdurchblutung einen weiteren Vaskularisationsreiz und damit schließlich eine Verbesserung der Kollateraldurchströmung erreichen. Die Ausnützung des hydrostatischen Druckes am stehenden oder gehenden Patienten sollte daher gerade nach dem temperaturanstiegenden Teilbad beachtet werden.

Eine weitere Anwendung aus dem Bereich der Hydrotherapie haben wir in den elektrischen Zwei- oder Vierzellenbädern. Arme und Beine werden in zwei bzw. vier verschiedene Porzellan- oder Kunststoffwannen gebracht, durch die in langsam steigender Dosierung Gleichstrom geleitet wird. Hierbei wird die bekannte gefäßerweiternde Wirkung des fließenden galvanischen Stromes ausgenützt. So konnte HILLE (10) mit fortlaufenden Wärmemessungen nachweisen, daß durch den Gleichstrom in der Haut aber auch in der tiefer gelegenen Muskulatur eine Mehrdurchblutung ausgelöst wird. Ein lokal appliziertes Gleichstrombad hat nach seinen Untersuchungen funktionell den gleichen Effekt, wie eine intraarterielle Injektion mit gefäßaktiven Substanzen, ohne daß dabei die Gefäßwand verletzt wird.

Das elektrische Zellenbad eignet sich gut für leichtere bis mittelschwere Durchblutungsstörungen. Da die Temperatur des Wassers indifferent gehalten werden kann, ist im allgemeinen eine paradoxe Reaktion nicht zu befürchten.

Im Gebiet der Elektrotherapie ist es weiter gelungen, mit ganz bestimmten Stromformen, den sogenannten BERNARDSchen Impulsströmen, gezielte analgetische, ödemresorptive, vor allem aber auch gefäßerweiternde Wirkungen hervorzurufen. Diese Ströme können nach Frequenz, Impulsanstieg und Stromstärke moduliert werden.

Unter den sechs möglichen Strommodulationen eignet sich vor allem die Verwendung des sogenannten DF (diphase fixé), ein vollweg gleichgerichteter Wechselstrom von 50 Hz. Dieser Stromform wird eine dämpfende Einwirkung auf den Sympathikus bei paravertebraler Anwendung zugeschrieben (14; 18).

PABST (13) hat Untersuchungen über diese Ströme mittels der Radiojodmethode bei Durchblutungsstörungen durchgeführt. Er kommt zum Ergebnis, daß die Impulsströme in der Lage sind, im akuten Versuch die Muskeldurchblutung zu verstärken und bei länger dauernder Therapie eine statistisch signifikante Verbesserung der Durchblutung zu bewirken. Uns stehen in Deutschland zwei Apparate für diese Behandlung zur Verfügung: der Jonomodulator und der Neodynator. Die günstigsten Ergebnisse ließen sich erzielen,

wenn die Elektroden paravertebral in Höhe der unteren LWS übereinander gelegt werden, und zwar mit dem negativen Pol kaudal. Mittels Radiojod-Resorptions-testungen konnte eine Steigerung der Durchblutung bis zu 80% nachgewiesen werden. Auch hier handelt es sich um eine Behandlung, die über einen längeren Zeitraum — oft bis zu 30 und mehr Sitzungen hintereinander — durchgeführt werden sollte.

Intermittierende Saug- und Druckverfahren werden zur Förderung der Durchblutung ebenfalls seit altersher verordnet. Hierher gehört einmal der BIERsche Stiefel, oder in seiner modernen Modifikation das sogenannte Vasotrain (4). In einem mit Gummi-Luftkissen abschließbaren Plexiglaszylinder wird in rhythmischen Abständen Saug- und Druckluft geleitet; eine Methode, die auch bei schwerer Durchblutungsstörung mit Gangrän anwendbar ist, und die oft die besonders schmerzhaften Stauungshyperämie beseitigen kann. Wir kombinieren diese Methode meistens mit der Anwendung von Kohlendioxidgas, das in den erwärmten Plexiglaszylinder geleitet wird.

Das Synkardon (6) besteht aus einem Druckluftimpulsgeber. Synchron mit der Herzarbeit — das Gerät ist mit einem EKG kombiniert — werden über Gummimanschetten Druckimpulse verabreicht, die die arterielle Druckwelle in der Peripherie verstärken sollen. Ein ähnliches Verfahren, allerdings nicht synchron mit dem Herzen arbeitend, haben wir in verschiedenen Druckluftverfahren, die auch mit Pulsmanschetten arbeiten.

Die Kohlensäure ist im übrigen als Trockengasbad, oder auch gelöst im Wasser, bei allen Durchblutungsstörungen indiziert. Die freie, gasförmige Kohlensäure wird in kleinen Mengen durch die intakte Haut resorbiert (9). Es kommt über die Erweiterung der Kapillaren hinaus zu einer Weiterstellung der unter der Haut gelegenen Arteriolen. Die Hauptwirkung des CO₂-Bades darf jedoch nicht in der lokalen Einwirkung, sondern in der allgemeinen Ökonomisierung der Herzarbeit gesehen werden.

In leichteren Fällen von Durchblutungsstörungen werden wir den Patienten im temperaturindifferenten oder kühlen Kohlensäurebad behandeln; bei schweren Fällen wird die Kohlensäure als Trockengasbad, häufig als Teilbad, seltener auch als Vollbad verwendet. Die natürlich vorkommende Kohlensäure wird z. B. auch in Bad Franzensbad verwertet. Die am Boden befindliche gasförmige Kohlensäure umströmt die Beine der Patienten, die sich in einem sonst gut gelüfteten Raum aufhalten.

Die Kohlensäure-trockengasbehandlung eignet sich besonders für die Behandlung schwerer organischer Angiopathien mit beginnender Nekrose. Das gilt für die arteriellen Durchblutungsstörungen ebenso wie für das Ulcus cruris varicosum (19). Dies führt hinüber zur Behandlung der venösen Durchblutungsstörungen (1), die hier nur kurz umrissen werden können.

Die physikalische Therapie des Vorstadiums venöser Durchblutungsstörungen, wie wir sie in den Lymphoedema praecox junger Frauen, in den „dicken Beinen“, oder in der Erythrocytosis crurum puellarum sehen, richtet sich vor allem an das noch normal reagierende Hautgefäßsystem.

Hier stehen KNEIPPsche Güsse, Wechselbäder, Trockenbürstungen, verbunden mit der Anregung zu Gymnastik und Sport im Vordergrund. Auch sollten

in diesem Stadium schon die entlastenden Lagerungsübungen (7) in den Therapieplan aufgenommen werden. Bei der chronischen venösen Insuffizienz dagegen ist — abgesehen von pflegerischen Maßnahmen — über die Haut therapeutisch nicht mehr viel auszurichten. Das Behandlungsziel besteht hier in der Entlastung der Peripherie und in der Abflußerleichterung durch Zirkulationsbeschleunigung und Hochlagerung der unteren Extremitäten.

Diese Behandlungen werden in der Klinik auch mit dem Oberbegriff Thromboseprophylaxe umschrieben. Der Angriffspunkt der krankengymnastischen Methoden ist die Kräftigung der Muskelpumpe, die sozusagen das Herz des venösen Kreislaufs darstellt. Alle noch zumutbaren gymnastischen Übungen, verbunden mit Lagerungsübungen und leichten ausstreichenden Massagegriffen, werden angewendet. Auch hat sich zur Tonisierung des venösen Systems der unteren Extremitäten die Bindegewebsmassage als Segmenttherapie bewährt. Diese Behandlungen nützen jedoch wenig, wenn es nicht gelingt, die oft trägen Patienten zu konsequentem Gehen und häuslicher Gymnastik anzuhalten. Gerade bei diesem Leiden bietet sich dem Hausarzt oft ein pädagogisches Aufgabenfeld.

Isometrische Spannungsübungen und Atemübungen als sogenanntes „Tiefatmen“ können mit hydrotherapeutischen Maßnahmen, wie KNEIPPschen Güssen, Wassertreten oder Schwimmen, kombiniert werden — alles mit dem Ziel, den venösen Rückstrom zu fördern und die insuffizienten Venen vom Dauerdruck zu entlasten (1).

Der Katalog der anwendbaren Verfahren der physikalischen Therapie bei peripheren Durchblutungsstörungen jeglicher Genese ließe sich noch erheblich erweitern. Spektakuläre Ergebnisse dürfen wir von unserem Behandlungsverfahren nicht erwarten. Am wichtigsten scheint mir der Hinweis, daß gerade das intensive Zusammenwirken unserer physikalisch-therapeutischen Methoden mit den jeweils vom Internisten, vom Chirurgen oder vom Orthopäden eingeleiteten Verfahren in Klinik und Praxis zum Erfolg führt. Meine Aufgabe war es, Sie auf die altbekannten und bewährten Methoden der physikalischen Therapie und ihrer vielgestaltigen Möglichkeiten hinzuweisen.

Literaturverzeichnis:

1. ARNIM, D. v.: Münch. Med. Wschr. 108 (1966), 601—607.
2. BRECHT, Th., R. HILD u. H. D. FUX: Münch. Med. Wschr. 108 (1966), 2458—2461.
3. BRÜGEMANN, W.: Physikal. Therapie peripherer arterieller Durchblutungsstörungen, Bad Wörishofen, Sanitas-Verlag 1964.
4. DEMBOWSKI, U.: Münch. Med. Wschr. 107 (1965), 522—526.
5. DICKE, E.: Meine Bindegewebsmassage, Stuttgart 1953, Hippokrates-Verlag.
6. FUCHS, M.: Schweiz. Med. Wschr. 24 (1945), 542.
7. GROH, H. u. E. HOFFMANN: Münch. Med. Wschr. 106 (1964), 836—842.
8. HEIPERTZ, W.: Fortschritte der Medizin, 81 (1963), Nr. 11, 454—458.
9. HENTSCHEL, H. D.: Münch. Med. Wschr. 103 (1961), 552—557.
10. HILLE, H.: Therapiewoche (1965), Nr. 15, S. 171.
11. JANTSCH, H.: Wien. Klin. Wschr. 78 (1964), 175—177.
12. KOHLRAUSCH, W.: Reflexzonenmassage in Muskulatur und Bindegewebe, Stuttgart 1959, Hippokrates-Verlag.
13. PABST, H. W.: Arch. Phys. Ther. 12 (1960), 337—342.
14. PETERSMANN, K. in: Therapie über das Nervensystem, Bd. 1, Grundlagen und Grenzen, Hippokrates-Verlag, Stuttgart, 1964.
15. RATSCHOW, M.: Wien. Klin. Wschr. 76 (1964), 233—238.
16. SCHLÜSSEL, H.: Münch. Med. Wschr. 107 (1965), 1772—1775.
17. TERRIER, J. C.: Arch. Phys. Ther. 13 (1961), 289—299.
18. TUNA, N.: Ärztl. Praxis XVIII (1966), 2197—2198.
19. VOLKER, R.: Ärztl. Forschung XIX (1965), 179—187.

Anschr. d. Verf.: Dr. D. von Arnim, Vorstand des Instituts für Physikalische Therapie der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, 8500 Nürnberg, Flurstraße 17

Sozialleistungen, Krankheitskosten und ärztliche Honorierung

Bericht über eine Tagung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung*)

Von Adolf von Lippmann

Im Oktober vorigen Jahres hat die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung in Baden-Baden eine Tagung unter dem Thema „Sozialer Ordnungsauftrag im letzten Drittel des Jahrhunderts“ abgehalten, an der sich nicht nur Vertreter der Sozial- und Individualversicherung des In- und Auslandes, sondern auch Sozialpolitiker, Soziologen und Vertreter namhafter Ärzteverbände beteiligt haben. Die Gesellschaft war bereits im Jahre 1958 mit einem vielbeachteten Gutachten zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung hervorgetreten. Eines der Hauptthemen der letzten Tagung war die Straffung und Ergänzung des Gefüges der sozialen Leistungen als permanente Aufgabe, über das einer der Mitarbeiter der Sozialenquete, Professor Dr. Wilfrid SCHREIBER von der Universität in Köln, referierte. Seine Ausführungen enthielten eine Reihe von Stellungnahmen zur Frage der gesetzlichen Krankenversicherung im Verhältnis zu den Krankheitskosten und der ärztlichen Honorierung, die in diesem Kreis von besonderem Interesse sein dürften, weil sie wesentliche Berufsinteressen der Ärzteschaft mittelbar oder unmittelbar berühren.

Nach Ansicht Schreibers kann zur Straffung des Leistungssystems in der sozialen Krankenversicherung die Befolgung des Grundsatzes beitragen, daß man in reinen Risikoversicherungen, wie sie die gesetzliche Krankenversicherung darstellt, auch nur Risiken versichern soll. Es wäre unwirtschaftlich, auch solche Haushaltsausgaben, die mit Gewißheit in jedem Haushalt anfallen, z. B. für Heftpflaster, Kopfschmerztabletten usw., durch eine Versicherung abzudecken. Ein gewisser Bodensatz für Gesundheitsgüter gehöre einfach heute zum normalen Haushaltsbedarf, nicht anders als Ausgaben für Körperpflege, Kosmetik und Friseur. Da diese Ausgaben mit Gewißheit entstehen, also in den Haushalt einplanbar sind, brauchte man dafür nicht den immerhin kostspieligen Weg über Beitrag und Versicherungsleistung zu beschreiten. Kostspielig deshalb, weil der Verwaltungsaufwand gerade bei den Bagatelleleistungen (Anmerkung der Schriftleitung: Bagatelle ist hier nur unter dem Aspekt der finanziellen Belastung verstanden) relativ besonders hoch ist. In den USA zieht die Bevölkerung den Kreis der einplanbaren Haushaltsleistungen, die keiner Versicherung bedürfen, noch viel weiter. Hier, wo es öffentlich-rechtliche Krankheitskostenversicherungen nur in Ansätzen gibt, werden normale Arztkonsultationen und Medikamentenkäufe überwiegend nicht als versicherungsbedürftige Risiken angesehen. Versichert werden in der Hauptsache nur die großen und schweren Risiken, wie Krankenhausbehandlung und Operation, zum anderen auch die erhöhte Krankheitsanfälligkeit im vorgerückten Lebensalter. Diese extreme Abstinenz bei der Inanspruchnahme des Versicherungsprinzips müsse für uns nicht absolut als Vorbild angesehen werden. Sie sei gewiß das andere Extrem. Die für Europa und die Bundesrepublik Deutschland angemessene

Norm dürfte auf einer mittleren Linie zu suchen sein. Wohl aber erschien es dem Referenten möglich, daß es bei einem weiter steigenden Realeinkommen irgendwann, vielleicht in 20 bis 30 Jahren, vorteilhaft sein könnte, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung wieder abzubauen; vorteilhaft natürlich für die Versicherten, deren Gesamtaufwand für die Gesundheitsgüter ohne Verschlechterung ihrer ärztlichen Versorgung dadurch verringert würde. Der eigentliche Sinn, den die Befürworter einer Selbstbeteiligung der Versicherten an den Hellungskosten einer derartigen gespaltenen Finanzierungsweise zusprechen, liegt wohl darin. Sie erwarten wahrscheinlich mit Recht, daß die Gesamtkosten geringer werden. Das heißt, daß bei ungeschmälertem Versorgungsniveau — also ohne Schaden für die Volksgesundheit — nach Einführung der Selbstbeteiligung der neue, dann ermäßigte Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung plus Selbstbeteiligungskosten im Durchschnitt eine geringere Aufwandssumme ergeben, als der bisherige Beitrag ohne Selbstbeteiligung. Der Sozialenquete-Bericht hat sich nicht bedingungslos für ein System der Selbstbeteiligung ausgesprochen. Er hat die Vorzüge, auch die immateriellen, mehr psychischen gewürdigt, aber auch die Gefahr erkannt, die darin liegt, daß eine spürbare Selbstbeteiligung manchen Versicherten, der mit jeder DM rechnen muß, von einem an sich gebotenen Arztbesuch abhalten könnte. Diese Gefahr könnte nach Ansicht Schreibers wohl am leichtesten dadurch gebannt werden, daß die Selbstbeteiligung in Form der ökonomisch äquivalenten Variante der Beitragsrückgewähr bei nur mäßiger Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen eingeführt wird. Sicherlich mangeln der Rückgewähr jene besonders von Ärzten hervorgehobenen wertvollen psychischen Wirkungen, die von einer sofortigen baren Selbstbeteiligung ausgehen. Die zahlreichen möglichen Formen und Modalitäten der Selbstbeteiligung oder Beitragsrückgewähr sind in dem Referat nicht behandelt worden.

Eines der schwierigsten Probleme einer Reform der gesetzlichen Krankenversicherung sieht Schreiber in der Honorierung der Kassenärzte. Er gestand, daß er gegenwärtig vor diesem Problem kapituliert habe, weil er keine Lösung wisse. Die Ärzte hätten sich seit 3000 Jahren außerhalb des Marktgeschehens angesiedelt. Sie haben seit jeher die Armen umsonst, die kleinen Leute zu sehr niedrigen Honoraren behandelt und sich dafür an den wohlhabenden und reichen Patienten schadlos halten können. Sie hätten also durch Preisdifferenzierung Sozialpolitik auf eigene Rechnung betrieben. Dieses Preisverhalten, das die Besonderheit der ärztlichen Dienstleistung nahelegt, ist seit Hippokrates Element des hohen ärztlichen Berufsethos und erheischt Respekt. Aber es leuchtet ein, daß die Einordnung einer so denkenden und handelnden Gruppe in die um den Markt zentrierte Gesellschaft Schwierigkeiten hervorrufen muß. Als vor neun Jahrzehnten die gesetzliche Krankenversicherung auf den Plan trat, umfaßte sie nur eine kleine Bevölkerungsgruppe, und

*) Der gesamte Tagungsbericht 1966 ist mit dem Titel „Sozialer Ordnungsauftrag im letzten Drittel unseres Jahrhunderts — Optimale Sicherung der Gesellschaft“, im Erich Schmidt Verlag, Berlin-Bielefeld-München, erschienen (190 Seiten, DIN A 5, kartoniert, DM 24,40).



**Viele
Cholagoga
in einem!**

zwar die Ärmsten der Armen, die damaligen Industrie-proletarier. Die Ärzte haben nicht widersprochen, als der Gesetzgeber ihnen zumutete, diese relativ kleine Gruppe zu sehr niedrigen Honorarsätzen zu behandeln. Dasselbe hatten sie ja aus freien Stücken schon 3000 Jahre getan. Zweierlei konnten die Ärzte damals nicht voraussehen: Erstens, daß der Kreis der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung auf heute rund 85% der Bevölkerung angewachsen würde; zweitens, daß das Einkommensniveau dieses Versichertenkreises ganz erheblich ansteigen würde, so daß er heute außer einem Rest von Bedürftigen in der Hauptsache wirtschaftlich gesunde Existenzen, ja auch schon recht wohlhabende umfaßt. Die Entgelte, die die Kassen den Ärzten für die Behandlung der Kassenmitglieder vergüten, sind zwar öfters durch Gesetz oder Kollektivvertrag angehoben worden. Sie liegen aber heute noch weit unter den Honorarsätzen, die die Ärzte den Privatpatienten in Rechnung stellen. Die frühere Gesamtrechnung geht aber nicht mehr auf; denn in fast allen Arztpraxen überwiegen die Kassenpatienten bei weitem. Nicht selten besteht die Klientel zu 95% und mehr aus den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Über diese totale Veränderung der wirtschaftlichen Lage der niedergelassenen Ärzte sind Gesellschaft und Gesetzgebung lange Zeit hinweggegangen. Man kann sagen, sie haben die Augen davor verschlossen. Und wie ist es heute? Soweit Erhebungen vorliegen, sind die Gesamteinkommen der Ärzte, auch derer mit fast ausschließlicher Kassenpraxis, jedenfalls im Durchschnitt nicht auffallend gering, sondern mit denen anderer freier Berufe durchaus vergleichbar. Und das trotz weiterhin relativ niedriger Einzelleistungsvergütungen.

Schreiber fragte, wie ist das zu erklären? Er meinte, nur damit, daß die Ärzte um ihrer wirtschaftlichen Existenz willen in die Zahl der Behandlungsfälle ausgewichen sind, d. h. ausweichen mußten. Nur so kamen sie und kommen sie, freilich um den Preis einer ungewöhnlich großen Arbeitslast, — man spricht von 60 bis 65 Wochenstunden — auf ein angemessenes Einkommen. Es hat sich also gegenüber den Kassenpatienten ein anderer Behandlungsstil entwickelt, abweichend von dem, der bei Privatpatienten angewandt wird. Wir wissen nicht, meinte der Referent, welcher dieser Behandlungsstile medizinisch und wirtschaftlich der rationellere ist. Wir können nur mutmaßen, daß die Behandlungsweise der Kassenpatienten bei gleichartigem Krankheitsfall nicht viel billiger ist als der des Privatpatienten, der im Durchschnitt weniger häufig, aber intensiver und mit höherem Zeitaufwand behandelt wird.

Sozialpolitisch erscheint es Schreiber wünschenswert, den Unterschied zwischen Kassenpatient und Privatpatient, in dem manche Sozialkritiker ein aufreizendes Relikt sozialer Klassenschichtung erblicken, nach Möglichkeit abzubauen, natürlich mit allen daraus folgenden Konsequenzen. Aber wie kann man dahin gelangen? Wer soll den Anfang machen? Ehe aber hierzu Empfehlungen gegeben oder Entscheidungen getroffen werden können, wären offenbar noch eine Menge sub-

70. Deutscher Ärztetag

vom 20. bis 24. Mai 1967

in Garmisch-Partenkirchen

tiler empirischer Forschungen notwendig, die zuerst einmal die Sachverhalte aufklären. Auf globale Vermutungen, wie sie bisher angesprochen worden sind, würden so schwerwiegende Entscheidungen nicht gegründet werden können. Im Sinne dieser Erwägungen wird nicht unbedingt ein Fortschritt darin gesehen, daß in den neueren Verträgen zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen das früher dominierende Pauschalhonorierungsverfahren mehr und mehr zugunsten des sogenannten Einzelleistungs-Honorierungsverfahrens aufgegeben wird. Dieser Wechsel, so glaubt der Referent, verengt den einkommenspolitischen Spielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen, und das könnte sich einmal als nachteilig erweisen. Eine strukturell befriedigende Lösung des Problems der Ärztehonorierung erscheint ihm ohne die Initiative, zumindest ohne die konstruktive Mitwirkung voll funktionsfähiger Kassenärztlicher Vereinigungen nicht vorstellbar. Das ist im übrigen in seinen Augen der Hauptgrund, der gegen einen Übergang vom Sachleistungszum Kostenerstattungs-Prinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung spricht, soviel auch andere Gründe dafür sprechen mögen. Wenn Patienten das Arzthonorar in bar vorlegen, so werde damit die Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen nur noch weiter ausgehöhlt.

Soweit Professor Schreiber zu dem angesprochenen Problemkomplex. Nun ist es natürlich, daß seine Ausführungen nicht in allen Teilen unwidersprochen bleiben werden. Sache dieses Berichtes konnte es nicht sein, zu den einzelnen Punkten kritisch Stellung zu nehmen. Infolgedessen sind die Ausführungen des Referenten dem Wortlaut nach, wie er uns von der Tagung her vorlag, ohne Kommentar wiedergegeben worden, um zu vermeiden, daß Berichterstattung und eigene Meinungsbildung in etwa zusammenfließt, was bei dieser diffizilen Problematik vermieden werden muß. Es erscheint aber wichtig, daß einer der am meisten von alledem betroffenen Kreise, nämlich die Ärzteschaft, über alle Aspekte, unter denen die Probleme angesehen werden können und angesehen werden, informiert wird. Dem diene auch unser Bericht in 11/1965, S. 828 ff., dieser Zeitschrift über den Stand der internationalen Diskussion über die Beziehungen der Ärzteschaft zu den Trägern der Sozialen Sicherheit.

AUS DEM STANDESLEBEN

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

37. Fortbildungskurs — Leitung Professor Dr. D. Jahn

Grüßwort von Dr. Sondermann

Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer

Sehr verehrte Anwesende, Herr Oberbürgermeister, lieber Herr Professor Jahn, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Leider ist es dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Kollege SEWERING, aus dienstlichen Gründen nicht möglich, heute zur feierlichen Eröffnung des 37. Fortbildungskurses anwesend zu sein. So müssen sie mit mir als seinem Stellvertreter vorlieb nehmen, der die Aufgabe hat, die Grüße und Wünsche des Präsidenten zu übermitteln und die Versicherung der Verbundenheit der Kammer mit dem Regensburger Kollegium; wie sollte diese Verbundenheit auch nicht bestehen, wo die Kammer doch in einer ihrer wichtigsten Aufgaben, der ärztlichen Fortbildung, angewiesen ist auf solche Fortbildungswerke. Die Kammer hat es nicht vergessen, daß diese gesamte Aufbauarbeit ärztlicher Fortbildung nach dem Zusammenbruch eben von hier ausgegangen ist, in das ganze Bundesgebiet hinein ausstrahlend, und daß Professor JAHN es war, der den Anstoß zu dieser Entwicklung gegeben hat. Dies als Wagnis — aus einem freien, persönlichen Entschlusse heraus.

Und gerade dies muß man heute ganz besonders betonen: Den Menschen, zumal in einem Volk, das schon einmal der Versuchung der totalitären Gewalt erlegen ist, liegt die Neigung, notwendige Dinge mit Zwang zu schaffen. Sie meinen, es sei dies der kürzeste und sicherste Weg. Und bei der Trägheit des menschlichen Herzens mag es auch manchmal so scheinen. Aber gerade an der ärztlichen Aufgabe scheiden sich die Geister: individuelle Freiheit oder staatlicher Zwang, diese Frage ist heute an uns Ärzte gestellt — wie sie ja wohl ein Grundthema der weiteren menschlichen Entwicklung ist — und es ist uns Ärzten aufgetragen, diese Frage im Sinne der individuellen Freiheit zu beantworten. Täuschen wir uns nicht, es wird dies noch harte Auseinandersetzungen bringen, schon wurde der Gedanke eines Zwanges zur Fortbildung ventiliert, noch ist es nicht ganz sicher, ob die präventive Medizin in den Händen der freipraktizierenden Ärzte bleiben soll, aber das Ziel der Freiheit ist diesen Kampf wert. Freilich will ich auch nicht angesichts so mancher Verfallserscheinungen des Westens die bange Sorge verhehlen, ob wir die zähe Kraft haben, diesen Kampf durchzustehen.

Nun — 1948 begann das Werk des Regensburger Kollegiums; ob Herr Professor Jahn geahnt hat, daß 18 Jahre darnach das erste Richtfest für die Regensburger Universität gefeiert würde? Wir wollen keinen Propheten aus ihm machen, aber es war doch ein ahnungsvoller Anfang schon in der Wahl des Ortes und hat kraftvoll mitgewirkt in der guten Entwicklung der Dinge.

Zum mindesten ist der Gedanke der Universalität, des notwendigen Übergreifens der Einzelwissenschaften betont in der bedeutsamen Gepflogenheit dieser Ta-

gungen, daß sie in — großartig — feierlicher Umrahmung durch einen Festvortrag eingeleitet werden, der über das Naturwissenschaftliche hinausweist und uns Ärzte bedeutungsvoll daran erinnert, daß unser Werk eben doch mehr ist als Naturwissenschaft und ohne die Verbindung mit der Welt des Geistes steuerlos zu werden droht. Daß dabei das fast Bedrückende der Historie in diesem Raume wohlthätig gemildert wird durch die frisch-hellen Knabenstimmen mag noch dankbar hinzugefügt werden.

„Philosophie der Medizin“ —? Die sich immer mehr in Einzelfächer zersplittende Medizin bedarf eines zusammenfassenden Bandes — möge eine Philosophie der Medizin dieses gemeinsame Haus sein.

Und nun darf ich abschließend namens der Bayerischen Landesärztekammer meine herzlichen Glückwünsche sowohl dem weiteren Gedeihen des Kollegiums sowie dem weiteren Ausbau der Regensburger Universität aussprechen und für Ihren 37. Fortbildungskurs einen guten Verlauf wünschen.

1. Hauptthema: Gastroenterologie in der Praxis

Dr. E. HAFTER, Zürich:

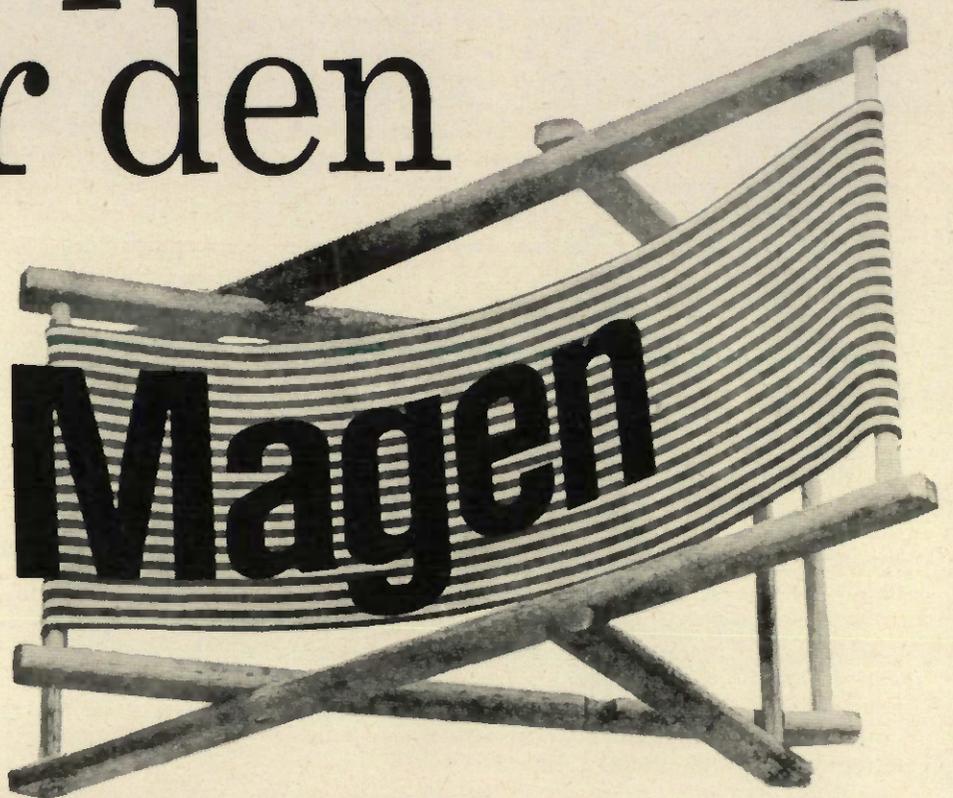
„Bewertung der Symptomatologie bei Erkrankungen des Magen-Darmtraktes“

Gerade in der Symptomatologie der Erkrankungen des Magen-Darmtraktes bietet die Anamnese mehr Wert und Möglichkeiten als vielfach im Zeichen des raschen technischen Fortschrittes geglaubt wird. Vier Fragen sind dabei dominierend: „Was, wo, wann und warum?“

Im Bereich des Ösophagus führt das Symptom der Dysphagie. Das Alter trennt die dazugehörigen Vermutungsdiagnosen ab, der Röntgenbefund und eventuell die Ösophagusskopie müssen den Verdacht von der Atresie über die Achalasie bis zum Karzinom klären. Ein Dauerschmerz spricht mehr für eine Infiltration, das sogenannte Sodbrennen für eine Reflux-ösophagitis, meist im Sinne der Hiatushernie.

Im Bereich des Oberbauches erlaubt das „Wo“ eine gewisse Abgrenzung nach Duodenum, Gallenblase und rechter Kolonflexur einerseits, sowie Magen, Pylorus, Gallengängen und Pankreas andererseits, wobei die in den Rücken durchdringenden Schmerzen in der Tat eher an der Hinterwand des Magens oder Duodenums oder gar im Pankreas penetrieren. Bei exakten Auskünften darf man das Brennen mehr auf die Schleimhaut, das Druckgefühl auf Dehnung oder Tonusstigerung, den Krampf auf die Muskularis und den bohrenden Schmerz auf die Serosa-nahen Partien der Magenwand beziehen. Tagesrhythmus, Stundenplan, Jahresablauf oder andere Periodik gestatten die bekannten Rückschlüsse im Sinne des „Wann“. Nausea entsteht bei Abflußbehinderung im oberen Verdauungstrakt durch funktionelle oder organische Stenose. Liegt diese im Magen-Darmbereich, so bringt das Erbrechen Erleichterung, geht sie von den Gallenwegen aus, so fehlt

Ruhe und Entspannung für den



Neuro-Ervasil®

neu

100 JAHRE
GODECKE
1866-1966

Nervöse Magenbeschwerden, Spasmen und Ulcera stellen häufig nur lokale Manifestationen einer Allgemeinerkrankung dar. Bei diesen gegenwärtig gehäuft auftretenden Krankheiten ist deshalb eine mehrgleisige Therapie angezeigt.

Neuro-Ervasil

- dämpft gesteigerte Erregbarkeit
- beseitigt Spasmen und Hypermotilität
- schützt die Magenschleimhaut

1 Tablette Neuro-Ervasil enthält:
2-Methyl-2-n-propyl-1,3-propandiol-
dicarbamat 0,1 g, Diphenyl-carbamid-
säure-(2-diaethylaminoethyl)-thio-
ester-naphthalin-1,5-disulfonat 0,01 g,
Magnesiumaluminium-Silikathydrat 0,25g

OP mit 20 und 50 Tabletten
Anstaltspackung



Dr. E. Hafter
Zürich



Prof. Dr. K. Heinkel
Bad Windsheim



Dr. E. Leuthold
Zürich

die Linderung. Die Gastritis macht meist keine Schmerzen, eher das Syndrom des „empfindlichen Magens“. Das Karzinom schimmert in der Symptomatik je nach Ausdehnung, Lokalisation und Verlaufsform.

Stenosen des Dün- und Dickdarmes verursachen um so häufigere, kolikartige Schmerzattacken, je höher die Stenose sitzt. Bei den Beschwerden des Enddarmes lassen sich das Rektumsyndrom und das Analsyndrom unterscheiden. Zu ersterem gehört der frustrane Stuhl- drang oder blutigschleimige Beimengungen, der Schmerz im linken Unterbauch, besonders vor der Defäkation. Im Gegensatz zum Rektumsyndrom ist der Analschmerz ein Frühmerkmal. Der Schmerz wird gesteigert durch die Stuhlpassage und überdauert diese. Sphinkter- krampf, Tenesmus und ausstrahlende Schmerzen sind die Regel. Häufigste Ursache ist die Analfissur. Besich- tigung und digitale Untersuchung sind selbstverständ- lich unumgänglich.

Magen-Darmblutungen jeglicher Art müssen endo- skopisch oder radiologisch lokalisiert und differenziert werden. Eine rein anamnestische Diagnose ist hier, wie am Beispiel der Hämorrhoiden bekannt, fehl am Platz.

Dr. W. WEGMANN, Zürich:

„Die Biopsie der Magen- und Dünndarmschleimhaut als Beitrag zur Diagnostik“

Als Kontraindikation der Magen- und Dünndarm- biopsie gelten lediglich hämorrhagische Diathesen, schwere Hypertonie und portaler Hochdruck. Die Magenbiopsie übertrifft vor allem bei den diffusen Gastropathien die übrigen diagnostischen Methoden, insbesondere Gastroskopie und Röntgenologie. Histo- pathologisch werden zwei Hauptgruppen unterschieden:

1. die chronische Gastritis ohne Atrophie
2. die chronische Gastritis mit partieller oder vollstän- diger Atrophie

Erstere könnte man auch Innenschichtgastritis nennen, letztere ist gekennzeichnet durch eine verdünnte Mukosa. Funktionell besteht natürlich eine Anazidität und Hyposekretion. Bei der perniziösen Anämie findet sich dieses Bild in 60% der Fälle. Diese Form der Gastritis mit intestinaler Metablasie entspricht ebenso wie das chronische Magenulkus und die Magenpolyposis einer Präkanzerose. Die häufig diagnostizierte, hyper- trophische Gastritis gibt es, abgesehen von der seltenen Riesenfaltengastritis oder MÉNETRIERSchen Krank- heit, nicht. Selbstverständlich kann die Schleimhaut- biopsie auch zur Diagnostik einer Hämochromatose, eines Magenkarzinoms oder einer Magensarkomatose mit herangezogen werden.

Für die Dünndarmbiopsie muß man vorausschicken, daß die einzelne Epithelzelle in ihrer Lebensdauer auf ein bis zwei Tage beschränkt ist. Eine sogenannte aus- geglichene Epithelbilanz richtet sich nach Verschleiß und Regeneration. Letzteres ist beispielsweise für die Zöliakie und idiopathische Sprue des Erwachsenen nachgewiesen worden, ebenso aber auch als Strahlen- folge. Histopathologisch wird der Grad der Oberflächen- veränderungen in verschiedene Stadien eingeteilt, bis hin zum vollständigen Schwund der Zotten. Die Zotten- atrophie beschreibt natürlich noch keine klinische Diagnose, vielmehr können sich die verschiedensten Bilder biotisch in ihr vereinigen: Colitis ulcerosa, Enteritis regionalis Crohn, portaler Hochdruck, Virus- hepatitis usw. Eindeutig histologisch läßt sich diagnosti- zieren: der Morbus Whipple und die Dünndarm- amyloidose sowie die intestinalen Lymphangiektasien.

Privatdozent Dr. H. FAHLÄNDER, Basei:

„Die diffusen Gastropathien und ihre Differentialdiagnose“

Das Thema meint ausschließlich die chronischen For- men der diffusen Gastropathien. Röntgenologisch ist diese Diagnose in den allermeisten Fällen nicht gestat- tet. Andererseits sind starre Falten immer ein Hinweis auf organische Prozesse im Magen, und dies nicht nur entzündlicher Art. Die biotischen, diagnostischen Methoden sind im Vorreferat beschrieben worden, die Beurteilung der Gastroskopie bleibt leider immer sub- jektiv. Bei der Prüfung des Sekretionsvermögens des Magens müßte man strenggenommen folgende Bedin- gungen erfüllen:

1. Durchleuchtungskontrolle der Sonde
2. Sekretionsstimulation mit Histamin oder Histalog, nicht mit Koffein oder Alkohol
3. Messung der Sekretionsmenge unter Dauersog

Eine Gegenüberstellung der beschriebenen objektiven Methoden mit den subjektiven Beschwerden, die man als Gastritis bezeichnet, ergab das interessante Resul- tat, daß in vielen Fällen keinerlei Korrelation dieser Größen besteht. Die subjektiven Beschwerden haben auch viel zu viele extragastrale Ursachen und Einfluß- möglichkeiten, als daß man dies epikritisch annehmen dürfte. Selbstverständlich dürfen die vielen differen- tialdiagnostischen Erwägungen nicht unterlassen werden. Ösophagiale und koronare Schmerzen, Ulzera, Magenkarzinome und Cholelithiasis sowie organische Darmleiden müssen ausgeschlossen werden. Die Sekun- därbeschwerden der atrophischen Gastritis, insbeson- dere des Säuremangels, wie häufige Diarrhöen, Eisen-



Prof. Dr. R. Nissen
Basel



Priv.-Doz. Dr. M. Rossetti
Basel



Prof. Dr. H. W. Hotz
Luzern

resorptionsstörungen und Kalziumstoffwechseländerungen sind schlecht begründet. Auch eine Pankreasinsuffizienz erklärt sich nie allein durch einen Mangel an Salzsäure. Der Ausfall des Intrinsic-Factors tritt erst im Endstadium der chronischen Gastritis auf.

Schließlich vermutet man ätiologisch sowohl Mikrotraumen im Laufe des Lebens, als auch indirekt Ernährungsstörungen, insbesondere Eisen- und Vitaminmangelzustände.

Professor Dr. K. HEINKEL, Bad Windsheim:

„Das Ulkus des Magens und Duodenums als pathogenetisches Problem und therapeutische Aufgabe“

Ein Ulkus ist die Folge eines gestörten Gleichgewichtes zwischen Abwehr und Verhütung einer Nekrose mit oder ohne peptische Andauung und Steigerung der schädigenden Faktoren. Anders ausgedrückt, ist neben den aggressiven Faktoren auch die Widerstandsfähigkeit der Schleimhaut bedeutungsvoll. An unphysiologischer Stelle, z. B. beim *Ulcus pepticum jejuni*, wird der verdauungsaktive Magensaft zur aggressiven Substanz. Ganz allgemein scheint die Darmschleimhaut bei Eiweißmangelernährung an Widerstandskraft zu verlieren, was von HENNING seinerzeit auch für das Kriegsulcus postuliert wurde. Verständlicherweise können entzündliche Schleimhautveränderungen die Widerstandskraft lokal herabsetzen. Beim sogenannten Altersulkus ist auch die Durchblutung der Schleimhaut ein pathogenetischer Faktor. Die Erfahrung gehäufter Ulzera bei Patienten mit Leberzirrhose und portaler Hypertension gründet sich wahrscheinlich auf ähnliche Durchblutungsstörungen, wahrscheinlich zusätzlich aber auf eine mangelnde Inaktivierung sekretionsfördernder Stoffe. Für den Begriff des „Streß-Ulkus“ gilt ein Überwiegen der aggressiven Faktoren, wie man es experimentell durch Histamin oder Betazol nachahmen kann. Aggressiv sind schließlich alle Faktoren, die die Säure- und Pepsinsekretion steigern, wie Vagotonika oder auch endokrine Fehlregulationen. Medikamentös wirken Koffein, Euphylin, Steroide, Isonikotinsäurehydrazide, Reserpin und Antirheumatika sekretionsstimulierend. Salizylate und Atophan hingegen wirken lokal irritierend. Eine azidotische Entgleisung des inneren Milieus fördert die Ulkusbildung, während beispielsweise Karbonatinfusionen eine protektive Wirkung haben. Die pathogenetische Analyse muß auch psychosomatische Deutungen mit einbeziehen; so wurde das *Ulcus ventriculi* als „Symptom eines Besitzverlustes“ und das *Ulcus duodeni* als „Symptom eines Aggressionsverzichtes“ bezeichnet.

Die vielfältigen pathogenetischen Faktoren machen die therapeutische Aufgabe schwierig. Je genauer die Analyse möglich ist, desto gezielter die Therapie. Vagolytika sind angezeigt. Kombinationen mit Psychopharmaka können manchmal günstig wirken. Hinzu kommt die Säureneutralisation durch lokale Antazida. Bei Komplikationen der Ulkusträger ist die chirurgische Intervention anzuraten.

Dr. E. LEUTHOLD, Zürich:

„Fortschritte in Beurteilung und Behandlung der Erkrankungen des Dünndarms unter besonderer Berücksichtigung der Malabsorption“

Analog der physiologischen Aufgabe des Dünndarms muß man zwischen Maldigestion und Malabsorption unterscheiden.

Malabsorption ist ein Syndrom verschiedenster Ätiologie. Das wichtigste Diagnostikum ist die Diarrhöe. In 5% besteht allerdings Obstipation. Unklare Hypovitaminosen, Eisenmangelanämien und Hypoproteinämien können wegweisend sein. Objektivierend können im Labor das Stuhlgewicht, die quantitative Fettbestimmung und der D-Xylose-Test herangezogen werden. Nach Gabe von 25 g Xylose finden sich normalerweise 5 g im Sammelurin der nächsten fünf Stunden. Pathologischerweise liegen die Werte unter 2 g. Auch radioaktives Vitamin B₁₂ ist eine gute Testsubstanz. Ein bedeutender Fortschritt ist schließlich die perorale Dünndarmbiopsie. Mit ihr kann das Syndrom, vor allem bei diffusen Veränderungen der Dünndarmschleimhaut, differenziert werden, z. B. nach Zöliakie, idiopathischer Sprue, intestinaler Lymphangiektasie, Amyloidose oder Morbus Whipple. Perorale Belastungen mit Glukose, Laktose und Saccharose vermögen entsprechende Disaccharase-Mangelzustände der Schleimhaut zu erfassen. Natürlich bleibt die Röntgenuntersuchung des Dünndarms unerlässlich. Durch sie müssen vor allem anatomische Ursachen — Strikturen, Divertikel, segmentale Entzündungen oder postoperative Veränderungen — dargestellt werden.

Therapeutisch gilt es, die Noxe auszuschalten, wobei sich bei der kindlichen Zöliakie und wahrscheinlich auch bei der Sprue eine Glutenempfindlichkeit erwiesen hat, im Falle einer anderen Intoleranz muß die Nahrung entsprechend abgestimmt werden. Die Korrektur anatomischer Mißverhältnisse, ergibt sich von selbst. Interessant ist die Mitteilung, daß der Morbus Whipple mittels Antibiotika heilbar geworden sein soll. Fermentsubstitutionen haben nur bei der pankreatogenen Malabsorption ihre Berechtigung. Neue

Möglichkeiten scheinen sich über die Verwendung von Triglyzeriden, welche weitgehend unabhängig von Pankreas-, Galle- und Dünndarmfunktion resorpiert werden können, zu ergeben.

Die eigentlichen Digestionsstörungen haben begrifflich ihre Abgrenzung in der Läsion der exkretorischen Verdauungsdrüsen und bedürfen je nach diagnostischer Analyse einer intensiven Substitution.

Professor Dr. R. NISSEN und
Privatdozent Dr. M. ROSSETTI, Basel:

„Neue Gesichtspunkte in der Magen-Darm-Chirurgie“

Das Karzinom des Ösophagus ist ein düsteres Kapitel geblieben. Leider werden immer noch zu wenig Frühfälle erfaßt, da der Patient die ersten Dysphagien unterbewertet. Beim distalen Tumor liegt die Operationsletalität knapp unter 20%, die Fünfjahresheilungen schwanken um 10—15%. Bei höher gelegenen Tumoren werden diese Resultate noch dubiöser. Letztere werden deshalb meist der Strahlentherapie direkt zugeführt. Bei dem qualvollen Leiden muß auch die palliative Behandlung mit alloplastischen Intubationen inoperabler Stenosen hervorgehoben werden.

Unerfreulich ist letztlich auch die Magenchirurgie beim Karzinom geblieben. Primär ist die Quote der Inoperablen zu hoch, und die Ergebnisse der Fünfjahresheilung bzw. die Rezidivzahl ist sehr entmutigend. Daraus die Konsequenz einer grundsätzlichen totalen Gastrektomie zu ziehen, bewährte sich keineswegs, weshalb seit 1954 die antrumerhaltende Gastrektomie bei Tumoren des oberen Magenabschnittes propagiert wurde. Die Hiatushernie indiziert nur bei subjektiven Beschwerden oder deutlichen Sekundärsymptomen eine Operation. Die abdominale Fundoplicatio bietet günstige Dauerresultate und ein geringes Risiko. Im Bewußtsein der nicht ungefährlichen chronischen Refluxösophagitis sollte deshalb die Indikation auch nicht zu eng gestellt werden. Die paraösophageale Hiatushernie, eine Erkrankung des höheren Lebensalters, ist einer benignen und harmlosen Operation zugänglich. Für die Achalasie ist die HELLERSche Myotomie seit längerem die Methode der Wahl. Eine Kombination mit einer Fundoplicatio hat sich in den Spätresultaten als günstig erwiesen. Für das Ulkus wurde die Chirurgie zur letzten Instanz nach Versagen korrekter konservativer Therapieversuche. Methodisch ist zur üblichen Zweidrittelresektion die selektive Vagotomie in Konkurrenz getreten, deren Ergebnisse zu einer endgültigen Beurteilung noch abgewartet werden müssen. An der Baseler Klinik ist die Resektion nach BILLROTH I die bevorzugte Therapie. Die Vagotomie bleibt Sonderformen der Ulkuskrankheit, in erster Linie den Anastomosenulezera vorbehalten. Die Dünndarmchirurgie wird von den akut entzündlichen und mechanischen Komplikationen mit Ileus und Peritonitis beherrscht und belastet. Die Behandlung des Kolonkarzinoms ist eine dankbare Aufgabe geworden. Deshalb sind die Bemühungen um Frühdiagnosen immer wieder zu fordern.

Das gilt auch für das Rektumkarzinom, dessen Spätergebnisse allerdings etwas ungünstiger sind. Schwierig kann die Indikation bei der rezidivierenden Divertikulitis sein. Nach dem Prinzip der „bewaffneten Neutralität“ bleibe man zunächst konservativ. Schließlich

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung



38. Fortbildungskurs

vom 4. bis 7. Mai 1967

sind die Enteritis regionalis und die Colitis ulcerosa nach wie vor mit einem großen Fragezeichen auch in der Chirurgie behaftet. Bei lebensbedrohlichen Komplikationen, wie unstillbaren Blutungen, Perforationszwischenfällen oder dem sogenannten „toxischen Kolon“, wird man häufig zum Eingreifen gezwungen.

Professor Dr. H. W. HOTZ, Luzern:

„Der operierte Magen“

Beschwerden nach operiertem Magen — in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erstaunlich wenig — lassen sich wie folgt einteilen:

1. Affektionen im Operationsgebiet
2. Ernährungs- und Stoffwechselstörungen
3. Postalimentäre Früh- und Spätsyndrome (das sogenannte Dumping-Syndrom)

Bei abdominalen Störungen, die im unmittelbaren Anschluß an die Operation auftreten, handelt es sich in der Regel um Folgen eines technischen Fehlers oder um postoperative Komplikationen (Magenatonie, Blutung, Nahtinsuffizienz, Obstruktion der Anastomose). Die praktisch wichtigsten lokalen Spätkomplikationen sind das Syndrom der zuführenden Schlinge, das postoperative Ulkus und das Stumpfkarcinom. Beschwerden bei der Nahrungsaufnahme, Störungen der Verdauung, und seltener auch der Absorption können zu Mangelzuständen führen, die allerdings nur ausnahmsweise schwerwiegend sind: Gewichtsverlust, Eisenmangel-syndrom, Anämien, Knochenerkrankungen, Avitaminosen. Tritt ein schweres Malabsorptionssyndrom auf, so liegt meist eine besondere Ursache vor (Stagnation der zuführenden Schlinge, gastrokolische Fistel, vorbestehende Sprue). Häufigste Spätkomplikation ist das Dumping-Syndrom, bei welchem es sich um eine komplexe Reaktion auf die überstürzte Füllung des Jejunums mit unverdauten, rasch hydrolysierbaren Nahrungsmitteln handelt, wobei intestinale und vasomotorische Störungen im Vordergrund der Beschwerden stehen. Bei der statistischen Auswertung der Operationsresultate nehmen die Mißerfolge zwar einen kleinen Raum ein, für den Betroffenen sind sie aber oft schwerwiegend und fallen um so mehr ins Gewicht, wenn ein gutartiges Magenleiden Grund zum Eingriff war. Dies mahnt zu vorsichtiger Operationsindikation, guter Operationsvorbereitung und sorgfältiger Prophylaxe von Ernährungsstörungen. Dem Praktischen Arzt fällt die Aufgabe postoperativer Nachkontrollen auch bei normalem Verlauf, und zwar in den ersten Jahren mindestens alle 3 Monate, zu. Ein solches Vorgehen bietet Gewähr dafür, daß eventuell auftretenden Operationen rechtzeitig begegnet werden kann.

(Fortsetzung folgt)

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Burghausen, Lkr. Altötting: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

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

Hohenpelsberg, 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

Leupoldgrün, 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 7a, zu richten.

Oberpfalz

Amberg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Beratzhausen: 1 Allgemeinpraktiker

Falkenstein: 1 Allgemeinpraktiker

Hirschau-Schnaittenbach (Ortsteil Schnaittenbach): 1 Allgemeinpraktiker

Maxhütte-Haldhof-Leonberg-Teublitz (Ortsteil Maxhütte-Haidhof): 1 Allgemeinpraktiker

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Roßbach/Wald: 1 Allgemeinpraktiker

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vohenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker

Waldthurn: 1 Allgemeinpraktiker

Weiden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz — 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, 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 Einzugsgebiet 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

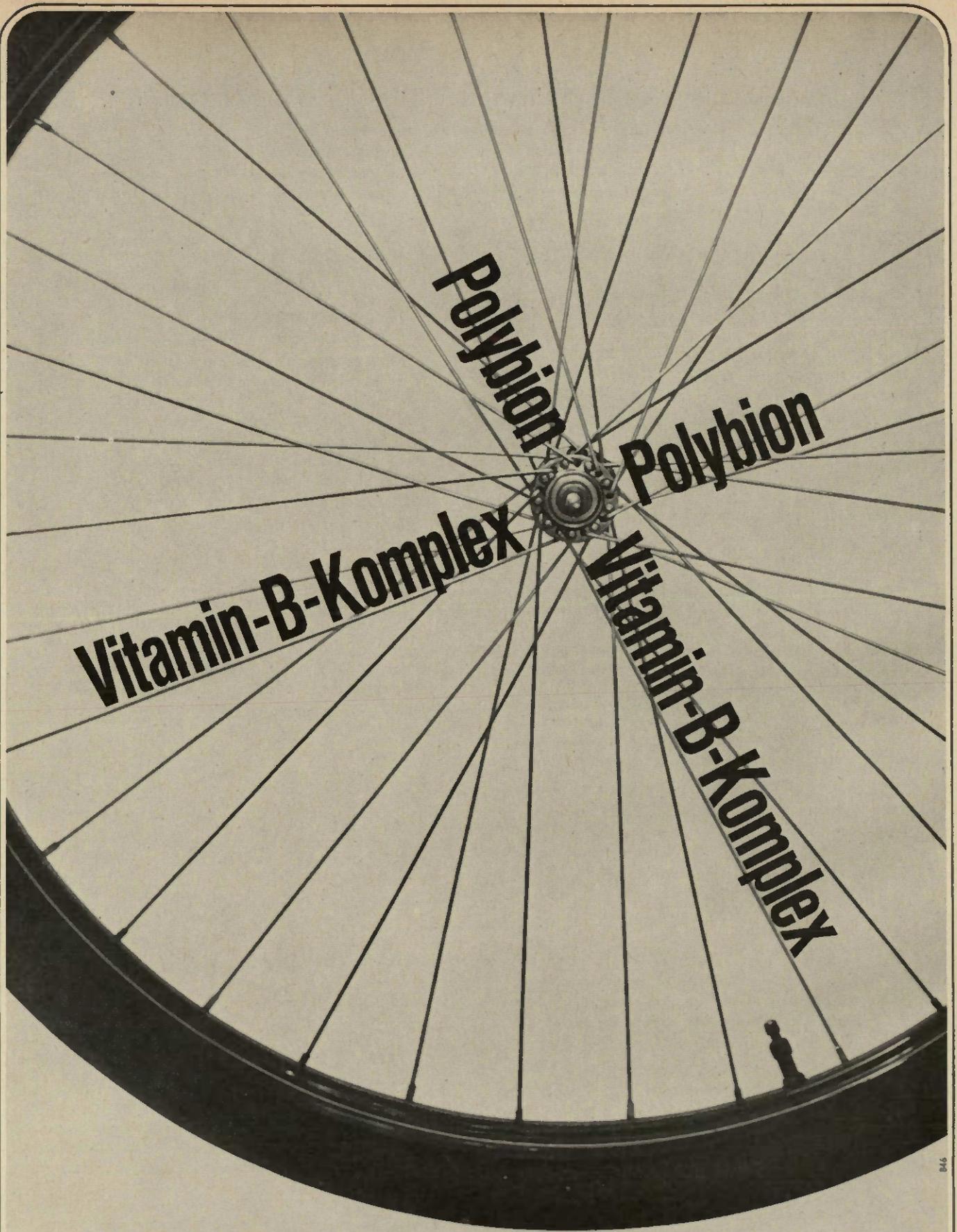
In Wegscheid, mit einem Einzugsgebiet von 4000 Einwohnern, ist zur Zeit nur ein freipraktizierender Kassenarzt tätig, dazu ein weiterer Kollege, der in seiner Eigenschaft als Chefarzt des Kreiskrankenhauses Wegscheid an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung auf dem Fachgebiet Chirurgie auf Überweisungsscheine gem. § 29 ZO-Ärzte beteiligt 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.

Band 5 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der 16. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

Therapie der unspezifischen Lungenerkrankungen Therapie der Gelenkerkrankungen Gewöhnung — Abusus — Sucht

steht unseren Kollegen **kostenlos** zur Verfügung. Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn bereits über die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die anderen Kollegen, die diesen Band ebenfalls zu erhalten wünschen, bitten wir um eine kurze Mitteilung; die Broschüre geht Ihnen dann durch die Post zu.



EMerck
DARMSTADT

Dragees
„forte“-Dragees
Tropfen
Ampullen

Appetitlosigkeit, Erschöpfungszustände
Nebenwirkungen der Antibiotikatherapie
Röntgenkater

Bericht über den III. Münchener Kurs für Arbeitsmedizin

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“

Veranstaltet vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer vom 26. September bis 21. Oktober 1966 im Hause des Arbeitsschutzes in München

Nach den einleitenden Grundsatzreferaten des Herrn Senator Direktor SCHRAMM und des Herrn BREDL wurden insgesamt 46 Vorträge gehalten. Die Referenten waren 13 Universitätsprofessoren, 9 Werksärzte, 7 Ärzte von Forschungsinstituten, Versicherungsträgern und Landesarbeitsämtern, 4 Gewerbeärzte, 2 sonstige Ärzte, 2 Gewerbeaufsichtsbeamte, 1 Chemiker eines Großbetriebes und 1 beratender Jurist der Bundesärztekammer.

Während der vier Wochen Dauer des Kurses wurden 18 Betriebe aus den verschiedenen Bereichen der gewerblichen Wirtschaft und eine berufsgenossenschaftliche Klinik besichtigt.

Da der III. Kurs zusammen mit den beiden vorhergehenden Kursen die theoretische Ausbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ vermitteln sollte, umfaßte er von der Thematik her die Gebiete, die in den beiden vorhergehenden Kursen nur am Rande oder überhaupt nicht behandelt wurden. Er bot jedoch, ebenso wie die beiden früheren Kurse, einen Querschnitt durch die gesamte Arbeitsmedizin, so daß es möglich war, auch Ärzten, die nur diesen einen Kurs besuchen konnten, einen Überblick zu vermitteln.

Außer den Ärzten nahmen an Einzelveranstaltungen auch Gewerbeaufsichtsbeamte und Sozialrichter teil.

Die 29 Teilnehmer des III. Münchener Kurses für Arbeitsmedizin schlüsseln sich wie folgt auf:

- 6 Praktische Ärzte
- 6 Gewerbeärzte
- 5 Werksärzte

- 4 Ärzte der Bundeswehr
- 3 Versorgungsärzte
- 3 Ärzte bei Versorgungsträgern
- 1 Assistenzarzt
- 1 Arzt des Bundesgrenzschutzes

Wie bereits in den früheren Kursen, so wurde auch im III. Münchener Kurs für Arbeitsmedizin eine schriftliche Umfrage über den Anklang, den der Kurs gefunden hat, und über Verbesserungsmöglichkeiten veranstaltet. Der überwiegende Teil der Kursteilnehmer beteiligte sich mit Namensnennung an der Umfrage. Zum Teil wurden ausführliche Stellungnahmen nicht anhand der Fragebögen, sondern in freier Form abgegeben.

Nach Auswertung der ausgefüllten Fragebögen kann festgestellt werden:

Die Beantwortung der Fragen durch die Kursteilnehmer deutet darauf hin, daß Zeiteinteilung und Organisation großen Anklang gefunden haben. Bei allgemeiner Zustimmung zur Grundkonzeption des Kurses wurden lediglich von einzelnen der Befragten noch zusätzliche Vorschläge für Vortragsthemen gemacht. Dies bestätigt den Eindruck, daß wesentliche Veränderungen im Stil der Kurse nicht notwendig und auch nicht wünschenswert sind.

In der Zwischenzeit wurde vom 20. Februar bis 17. März 1967 ein weiterer Kurs für Arbeitsmedizin erfolgreich abgeschlossen. Über diesen Kurs wird in der nächsten Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ berichtet werden.

Der nächste Münchener Kurs für Arbeitsmedizin findet zwischen dem 25. September und 20. Oktober 1967 statt.
Büh.

Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

Bericht über das Ärzte-Seminar vom 18. Januar 1967 im Kneippkurhotel „Kronprinz“ in Prien

Thema: „Erkältungskrankheiten“
Leitung: W. Hirsch, Traunstein

Medizinaldirektor Dr. SCHMIDT, Bad Reichenhall, berichtete anhand ausgezeichneter und didaktisch klug ausgewählter Diapositive über die neuesten Formen der Erkenntnisse, insbesondere über das bronchitische Syndrom. Neben der Diagnose und Differentialdiagnose wurde über die therapeutische Konsequenz gesprochen. Der Vortrag von Chefarzt Dr. SCHMITT, Kinderheilstätte Bad Geisach, Bad Tölz, war der Kinderheilkunde gewidmet. Das Referat wurde durch instruktive Röntgenbilder illustriert.

Unter besonderer Berücksichtigung der rhinogenen Erkrankungen ging Dozent Dr. SCHÜTZ, Berchtesgaden, auf die Differentialdiagnose und spezielle Therapie, insbesondere der katarrhalschen Erkrankungen ein.

Es erfolgte eine ausgiebige Diskussion unter den 178 Teilnehmern.

Bericht über das Ärzte-Seminar vom 22. Februar 1967 in der Krankenpflegeschule Traunstein

Im Rahmen der „Woche der Unfallhilfe im Straßenverkehr“ wurde von dem Ärztlichen Kreisverband Traunstein gemeinsam mit der Städtischen Krankenpflegeschule Traunstein ein Seminarabend abgehalten.

1. Demonstration des Notfall-Koffers des Arztes (Mitarbeiter des Deutschen Roten Kreuzes)

Die Mitarbeiter des Deutschen Roten Kreuzes zeigten verschiedene Ausrüstungsgegenstände, insbesondere des ärztlichen Unfallkoffers.

In einem guten Referat betonte Karl REITER, Mitarbeiter des Bayerischen Roten Kreuzes im Kreisverband Traunstein, die Dringlichkeit der vertieften

Aufklärung von Ärzten und Laien über Maßnahmen am Unfallort.

Der Unfalltod steht nach den Herzerkrankungen, Krebs und Schlaganfall in den hochindustrialisierten Ländern Europas und Nordamerikas an vierter Stelle. Es kann nicht gleichgültig sein, daß alle 30 Sekunden ein Mensch bei einem Unfall verletzt wird und alle 30 Minuten jemand an den erlittenen Unfallfolgen stirbt.

2. Das Depot der Notfall-Apotheke

Dr. med. JANDER von der Medizinischen Abteilung der Städtischen Krankenhäuser Traunstein berich-

tete über die Bedeutung und Bestückung einer Notfall-Apotheke.

3. Lehrfilm „Patient im Kreislaufschock“ (Bayer-Werke, Leverkusen)

Dieser Seminarabend wurde von Professor Dr. W. HIRSCH, Traunstein, eröffnet.

Den Dank und das Schlußwort des Abends sprach der Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Traunstein, Herr Dr. Christian GRUBER.

W. Hirsch, Traunstein

Das Allergieproblem — ein wissenschaftlicher Abend im „BAYER-Haus“

An den wissenschaftlichen Abenden im „BAYER-Haus“ München werden aktuelle Probleme aus den Grenzgebieten der Medizin vor Klinikern und Praktischen Ärzten zur Diskussion gestellt. Nachdem ein Vortragszyklus über „die Molekularbiologie als Fundament der modernen Medizin“ gute Beachtung gefunden hatte, sollen sich die wissenschaftlichen Abende in diesem Jahr mit Fragen der Immunpathologie beschäftigen.

Der erste Abend, am 25. Januar 1967, galt dem „Allergieproblem“. Der Hausherr, Dr. Gerhard MEYER-UHL, Leiter des „BAYER“ Pharma-Büros München, begrüßte die geladenen Gäste, diesmal vornehmlich Dermatologen und Internisten, und stellte die beiden Vortragenden des Abends: Professor Dr. Günther STÜTTGEN, Hautklinik Frankfurt, und Professor Dr. Hans-Jürgen BANDMANN, Hautklinik München, vor.

Professor Stüttgen sprach über „Immunbiologische Grundlagen der Allergie“. Da die Entwicklung der Allergie und der Immunbiologie eng mit den Hautreaktionen in Zusammenhang steht, ergriff man frühzeitig die Chance, Patho-Histogenese und Morphe der Dermatosen unter allergologischen Gesichtspunkten zu betrachten. Nach kurzer Besprechung der auslösenden Faktoren, die er in vollständige Allergene mit einem Molekulargewicht von über 4000 und in niedermolekulare Substanzen, die erst einer Koppelung bedürfen, einteilte, folgte eine Darstellung der verschiedenen Typen allergischer Reaktionen. Hierbei wurde die Haut als biologisches Modell herangezogen, um die Vielfalt der allergischen Phänomene zu vergegenwärtigen. Nach der Allergeneinverleibung bildet sich ein ganzes Spektrum von Antikörpern, dessen Qualität und Quantität die allergische Reaktion bestimmen. Je nach Typ der gebildeten Antikörper erfolgt eine Früh- bzw. Sofortreaktion oder eine Spätreaktion. Das Hauptgewicht der Sofortreaktion liegt auf der Gefäßpermeabilität, damit auf Ödem und Entzündung. Der hier überstürzt ablaufende biologische Wirkungsmechanismus wird durch frei zirkulierende Antikörper verursacht. Das Hauptgewicht der Spätreaktion liegt auf der Bildung der Infiltrate. Dieser Vorgang wird von gewebsgebundenen Antikörpern verursacht. Gelegentlich kommt es innerhalb der derben Infiltrate und Knötchen zur Nekrose.

Bei einer dritten Art der allergischen Reaktion, der sogenannten Arthos-Reaktion, vereinigen sich monovalente und bivalente Antikörper mit Allergenen zu Aggregaten unter Komplementaktivierung. Diese Er-

scheinungen spielen sich an Endothelzellen, Basalmembran, Synovia und an der glatten Muskulatur ab.

Mit der Darstellung der auslösenden Faktoren einer allergischen Reaktion und der Feststellung der verschiedenen Arten der Reaktionskinetik lassen sich therapeutische Wirkungsprinzipien ableiten. Eines dieser Prinzipien ist die Unterdrückung von frei zirkulierenden Antikörpern durch Zytostatika.

Abschließend wies der Vortragende noch auf die für den Dermatologen sehr wesentliche Penicillin-Allergie hin. In der sich anschließenden Diskussion wurde betont, daß das Penicillin trotz der Allergiegefahr das bestverträgliche Antibiotikum sei. Es sei das Mittel der Wahl und sei in der Venerologie auch ohne vorherige Testung nach sorgfältiger Erhebung der Anamnese anzuwenden.

Im zweiten Vortrag beschäftigte sich Professor Bandmann mit der Kontaktallergie, die feststellbar 7% aller Fälle einer Klinik ausmacht, deren tatsächliches Vorkommen aber wahrscheinlich noch häufiger ist. Er stellte die allergische Reaktion, das Kontaktekzem, der toxischen Reaktion, der toxischen Dermatitis, wie sie durch offensichtlich schädigende Substanzen, z. B. Säuren, entsteht, gegenüber. Wenn die toxische Reaktion in deutlicher Relation zum chemischen oder pharmazeutischen Charakter der Substanz, zur Konzentration, zu Ort und Zeit der Einwirkung steht, so hat im Gegensatz dazu die allergische Reaktion qualitativ stets das gleiche Aussehen. Auch quantitativ ist die allergische Reaktion ab einer bestimmten Menge weder durch die Konzentration des Stoffes noch durch seine Verweildauer beeinflussbar. Sie bleibt nicht auf den Ort der Einwirkung beschränkt. Ausschlaggebend ist hier allein der Sensibilisierungsgrad des Patienten. Histologisch verläuft die allergische Reaktion, nachdem die irritierende Substanz die Haut durchwandert hat, von innen nach außen. Zellige Infiltrate erreichen vom Corium ausgehend die Epidermis und bilden dort interzelluläre Ödeme und intraepidermale Bläschen. Bei der toxischen Reaktion, deren Verlauf in umgekehrter Richtung verläuft, bilden sich im subkornealen Raum Hohlräume und Nekrosen, die äußerlich Risse verursachen.

Von den unzähligen Stoffen, die zum Kontaktallergen werden können, nennt man die bekannten Ekzematogene, Milieuekzematogene oder medikamentöse Ekzematogene. Von den Milieuekzematogenen spielt das Kalium-

Wieviel ist eine Hämorrhoidalsalbe wert?



Soviel wie
ihre Wirkstoffe?

oder
soviel wie
ihre Salbengrundlage?

Bei dieser Frage gibt es kein „entweder — oder“! Wirkstoffe und Salbengrundlage müssen sich gegenseitig ergänzen und zusammen „passen“; denn oft werden wertvolle therapeutisch wirksame Substanzen durch eine unzureichende Salbenbasis regelrecht „eingemauert“!

Anusol[®] – Salbe
Anusol[®]+H – Salbe
besitzen jetzt eine neue, verbesserte Salbengrundlage

Und das sind die Vorteile:

1. Gleichbleibende Geschmeidigkeit der Salbe — selbst bei extremen Temperaturschwankungen
2. Optimaler Effekt durch schnelle Wirkstoff-Freisetzung aus der Salbengrundlage

3. Völlige Reizlosigkeit auch bei Hautempfindlichen
4. Gute Haftfähigkeit und deutlicher Trocknungseffekt bei nässenden Prozessen

GÖDECKE

bichromat die größte Rolle und hat die früher an erster Stelle stehenden Terpene überflügelt. Weite Berufskreise kommen mit Kallumbichromat oder dessen Verbindungen in Berührung (Maurer, Mechaniker, Maschinisten, Maler, Färber usw.). Beim Milfeukzemato-gen, wie auch beim medikamentösen Ekzemato-gen gibt es Koppelungsallergien. So ist z. B. Penicillin ein hochpotentes Kontaktallergen. In diesem Zusammenhang ist gerade für den Dermatologen die genaue Kenntnis der Zusammensetzung einer zu verordnenden Substanz besonders wichtig. Farbstoffe, Konservierungsmittel, wie z. B. Nipagin, auch Salbengrundlagen können zur Koppelungsallergie führen.

In der sich anschließenden lebhaften Diskussion wurden Fälle besprochen, in denen frei verkäufliche Antimykotika die Mykose längst zum Abklingen gebracht hatten, ein allergisches Ekzem jedoch für Wochen und Monate an seine Stelle getreten war und in Unkenntnis immer weiter mit dem gleichen Allergie erzeugenden Pilzmittel behandelt wurde.

M.-Ks.

FAKULTÄT

Erlangen - Nürnberg

Professor Dr. med. C. M. HASSELMANN, Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, erhielt von der Hochschule für Politische Wissenschaften in München einen Lehrauftrag.

Apl. Professorin Dr. rer. nat. Dr. med. Helene WEINLAND, Konservatorin am Physiologisch-Chemischen Institut, wurde zur Wissenschaftlichen Rätin ernannt.

Privatdozent Dr. med. Claus-Jürgen ESTLER, Wissenschaftlicher Assistent am Pharmakologischen Institut, wurde zum Oberassistenten ernannt.

Dr. med. Gerhard LEHNERT, Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin, wurde zum Oberarzt ernannt.

Dr. med. Karl Theodor SCHRICKER, Konservator an der Medizinischen Klinik und Poliklinik, wurde zum Oberkonservator ernannt.

Herr Rudolf NEUWIRTH, Dipl.-Physiker an der Medizinischen Klinik mit Poliklinik, wurde zum Konservator ernannt.

München

Professor Dr. med. Hans Georg ZACHAU, Leiter der Abteilung für genetische Biochemie im Institut für Genetik der Universität Köln, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Physiologische Chemie in der Medizinischen Fakultät berufen.

Dr. med. Otto HUG, ordentlicher Professor für Strahlenbiologie in der Medizinischen Fakultät, lehnte einen Ruf als Direktor am Max-Planck-Institut für Biophysik nach Frankfurt/Main ab.

Dr. med. Walter BRENDEL wurde zum „außerordentlichen Professor“ für Experimentelle Chirurgie ernannt.

Dr. med. Ewald KRAFT, apl. Professor an der Universität Köln, wurde zum „außerordentlichen Professor“ der Prothetik ernannt.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt:

Dr. med. Ernst LOEBELL für das Fach „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde unter besonderer Berücksichtigung der Stimm- und Sprachheilkunde“;

Dr. med. Hans LUDWIG für das Fach „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“;

Dr. med. Norbert MATUSSEK für das Fach „Experimentelle Psychiatrie“;

Dr. med. Peter SCRIBA für das Fach „Innere Medizin“.

Würzburg

Professor Dr. med. Wolfgang SCHWERD, ordentlicher Professor für Gerichtliche und Soziale Medizin und Dekan der Medizinischen Fakultät für das Amtsjahr 1966/67, hat einen Ruf auf den Lehrstuhl für Gerichtliche Medizin an der Universität Heidelberg erhalten.

Professor Dr. Erich BAUEREISEN, ordentlicher Professor für Physiologie, wurde zum neuen Vorsitzenden der Deutschen Physiologischen Gesellschaft gewählt.

Professor Dr. med. Johannes LANG, Direktor des Pathologischen Instituts der Akademie Hannover, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Anatomie in der Medizinischen Fakultät berufen.

Professor Dr. Josef STRÖDER, ordentlicher Professor für Kinderheilkunde, wurde zum korrespondierenden Mitglied der Société Française de Pédiatrie gewählt.

Professor Dr. Heribert BRAUN, apl. Professor für Röntgenologie und Strahlenheilkunde und Oberarzt der Medizinischen Klinik, erhielt für seine Arbeit „Ein Verfahren zur Anfertigung von Schichtaufnahmen in kurzen Zeiten“ den Preis der Berliner Röntgengesellschaft.

Professor Dr. Konstantin CRETIUS, apl. Professor für Geburtshilfe und Frauenheilkunde und Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik Würzburg, ist zum Ärztlichen Direktor der Städtischen Frauenklinik Stuttgart gewählt worden.

Professor Dr. Joachim GERLACH, a. o. Professor für Neurochirurgie, wurde zum ordentlichen Mitglied der Society for Cryobiology mit dem Sitz in Silver Spring, Maryland, USA, gewählt.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt:

Dr. med. Hubert FROHMÜLLER, Wiss. Ass. an der Chirurgischen Klinik, für das Fach „Urologie“;

Dr. med. Ruthard JACOB, Wiss. Ass. am Physiologischen Institut, für das Fach „Physiologie“;

Dr. med. Gerhard LIEBALDT, Konservator an der Nervenambulanz, für das Fach „Neuropathologie“;

Dr. med. Heinrich WERNZE, Wiss. Ass. an der Medizinischen Klinik, für das Fach „Innere Medizin“;

Dr. med. Wolfgang WESTPHAL, Wiss. Ass. am Physiologischen Institut, für das Fach „Physiologie“;

Dr. med. Dr. med. dent. Siegfried ZEHEM, Wiss. Ass. an der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, für das Fach „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“.

IN MEMORIAM**Dr. David Forchheimer †**

David Forchheimer ist tot. Er starb am 4. März 1967, für uns alle unerwartet — und doch seit einem Jahr fast ständig befürchtet. An einem strahlenden Vorfrühlingstag trugen wir ihn in Straubing, seiner Heimatstadt, zu Grabe.

David Forchheimer war seit 1922 Praktischer Arzt in seiner Vaterstadt Straubing und erwarb sich in 44 Jahren, die er praktizierte, ein ungewöhnlich hohes Ansehen bei seinen Patienten und der gesamten Bevölkerung dieser Stadt. Besonders während der Kriegsjahre hat er sich unermüdlich um die Kranken bemüht und vielen beigestanden in einer Zeit, da Menschenleben nur sehr leicht gewogen wurden.

Sofort nach dem Zusammenbruch nahm er es neben seiner Praxis auf sich, eine ärztliche Landesorganisation in Niederbayern aufzubauen und damit den Ärzten seines Regierungsbezirkes wieder einen organisatorischen Rahmen und Halt zu geben. Aber auch die kassenärztliche Versorgung hat er sofort organisiert und in Gang gebracht und auf diese Weise dafür gesorgt, daß die niederbayerische Bevölkerung ärztliche Betreuung auch in diesen schweren Jahren nicht vermissen mußte. Von 1946 bis zu seinem Tode war David Forchheimer dann auch der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern und der Bezirksstelle Niederbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Das Amt des Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Straubing hat er wenige Wochen vor seinem Tode in jüngere Hände übergeben. Als Ver-

treter der niederbayerischen Ärzteschaft gehörte David Forchheimer 20 Jahre der Vollversammlung und dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer sowie der Vertreterversammlung und dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an. In der gleichen Zeit war er als Repräsentant der Ärzte seines Bezirks Delegierter der Deutschen Ärztetage und Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Diese nüchterne Aufzählung seiner Funktionen umreißt ein Lebenswerk, das allein unter dem Leitgedanken des Dienstes für seine Kollegen und für seine Mitmenschen stand. David Forchheimer war kein Freund vieler Worte, aber wenn er sprach, dann waren es Fakten oder Feststellungen, die stets Zeugnis gaben von einem Arzt und Kollegen, der beide Begriffe im schönsten Sinne wahr machte und der gleichzeitig bewies, daß er ein Fachmann war in Fragen des ärztlichen Standesrechtes und der Kassenarztprobleme.

Mit seinen niederbayerischen Kollegen war er in geradezu einmaliger Weise eng verbunden. Kaum einer war unter ihnen, den er nicht persönlich kannte. In regelmäßigen Abständen fuhr er hinaus zu seinen Ärztlichen Kreisverbänden, um die Kollegen über alle aktuellen Fragen zu unterrichten, ihre Wünsche und Sorgen entgegenzunehmen.

Besonders große Verdienste erwarb er sich durch die Errichtung des Hilfswerks der niederbayerischen Ärzte, einer für die Witwen der niederbayerischen Kollegen sehr segensreichen Einrichtung, deren Bestand und Entwicklung seiner großen Energie zu verdanken ist.

Aber noch eine andere Seite des Kollegen und Menschen Forchheimer muß man erwähnen, wenn man sein Bild zeichnen will. Wer die Gelegenheit und das Glück hatte, mit ihm manche gemütliche Stunde verbringen zu dürfen, der lernte in dem meist so ernst blickenden Mann einen Menschen kennen, der mit all seiner Härte in der Vertretung ärztlicher Belange Humor und menschliche Wärme verband, wie sie nur wenigen von uns gegeben sind. So muß man die Erinnerung an den unermüdlichen und unerschütterlichen Mitarbeiter und Mitstreiter David Forchheimer verbinden mit der Erinnerung an einen lieben Freund und frohen Gesellschafter, der in zwei Jahrzehnten eines gemeinsamen Wirkens nie enttäuscht hat.

So wird unser Freund David Forchheimer für uns unvergessen bleiben.

H. Sewering

Lymphozi

KLEINTABLETTEN

® die Umstimmungszarznei
für Lymphatiker
bei ungenügender Infektabwehr

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
HAUENECKERSTEIN b/BADEN-BADEN



Friedrich Ekert †

Unerwartet, nach kurzem schwerem Leiden, und viel zu früh ist am 3. Februar 1967 Friedrich EKERT, Dozent für Röntgenologie und Physikalische Therapie und Chefarzt i. R. der Röntgen- und Physikalisch-therapeutischen Abteilung des Krankenhauses rechts der Isar, im Alter von 69 Jahren von uns gegangen. Mit ihm haben nicht nur die bayerischen Radiologen, sondern alle bayerischen Ärzte einen Mann verloren, der ihnen jahrzehntelang mit uneigennützigem, stets ausgewogenem und allein an den Tatsachen orientiertem Urteil und Rat zur Verfügung gestanden ist.

Friedrich Ekert entstammte einer angesehenen fränkischen Familie. Sein Vater war evangelischer Geistlicher und Gründer zahlreicher caritativer Einrichtungen und Krankenhäuser. Eine entbehrensreiche Jugend, durch den frühen Verlust beider Eltern bedingt, hat den analysierenden Geist des jungen Ekert in eine skeptische, keine Behauptung ohne eigene Prüfung akzeptierende Richtung gedrängt. In Nürnberg absolvierte er das humanistische Gymnasium, begann dann in Erlangen das Studium, das er als Werkstudent selbst finanzierte und 1926 in München abschloß. Bei Friedrich von Müller bildete er sich zum Facharzt für innere Medizin, bei Boehm von 1931 ab zum Facharzt für Röntgenologie aus.

1936 übertrug ihm Boehm die Funktion des Oberarztes an dem von ihm geleiteten Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität, das — auf Initiative Ekerts — seit Jahren nach seinem Gründer „Rieder-Institut“ benannt und bekannt geworden ist.

Lange Jahre hat Ekert dieses Institut in Stellvertretung Boehms selbst geleitet, als dieser durch Auslandsaufenthalte und infolge der Kriegs- und Nachkriegswirren daran verhindert war. Nicht zuletzt dem Standvermögen, dem diplomatischen Geschick und der Logik der Argumentation Ekerts ist es zu verdanken, daß das Rieder-Institut im Kompetenzstreit der mächtigen Kliniken nicht unterging, sondern als Hort der Physikalischen Therapie und einer objektiven, auch auf die Bedürfnisse der Klinik ausgerichteten Röntgenologie und als wertvolles Ausbildungszentrum erhalten geblieben ist.

1950 wurde Ekert als Nachfolger Gotthards von der Stadt München zur Leitung der Röntgen- und Physikalisch-therapeutischen Abteilung des Krankenhauses rechts der Isar berufen, die er aus bescheidenem Rahmen zu einer der größten, leistungsstärksten und mustergültigen Abteilungen im Gebiet der Bundesrepublik ausbaute. 1964 ging er aus voller Schaffenskraft — dem außerhalb des Universitätslebens gültigen Gesetz folgend — in den „Ruhestand“, gab die Leitung der Abteilung ab und widmete sich noch intensiver als bisher seinen mannigfaltigen wissenschaftlichen, beratenden und organisatorischen Pflichten im Rahmen des bayerischen Facharztwesens, der Gesetzgebung zur Ausbildung ärztlicher Hilfsberufe und zu Strahlenschutzfragen sowie der Bayerischen und der Deutschen Röntgengesellschaft.

Schon als Oberarzt und stellvertretendem Leiter des Rieder-Institutes war ihm die Aufgabe zugefallen, das Fachgebiet des Institutes in Haupt- und Ergänzungsvorlesungen akademisch zu vertreten. Seine Praktikumsvorlesungen über Röntgenologie waren berühmt wegen ihrer Klarheit, der Fülle des Stoffes und der Intensität, mit der Ekert den Hörer auf mögliche Fehldeutungen hinwies. Das unaufhörliche Streben nach dem technisch Optimalen und der möglichsten Objektivität einer Beurteilung des Untersuchungsergebnisses, das vorsichtige Abwägen von Vor- und Nachteilen, die einem Patienten aus diagnostischen oder therapeutischen ärztlichen Maßnahmen erwachsen können, und die zentrale Stellung des Patienten-Interesses, das ihm vor jeden Forscherdrang ging, kennzeichnen Ekert und seine Schule. Denn Ekert hat eine „Schule“ geschaffen, die auch jetzt noch — zumindest zum Teil — an seinen Wirkungsstätten, dem Krankenhaus rechts der Isar und dem Rieder-Institut, weiterlebt und von seinen Schülern außerhalb dieser Stätten verbreitet wird.



beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

NERVO-OPT[®]

OP zu 200 ccm
OP zu 50 Dragees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

Als Lehrer war er von allen seinen Schülern verehrt und gefürchtet: Die Verehrung galt seiner profunden Kenntnis, seiner Beherrschung der wissenschaftlichen Literatur, seinem unbestechlichen Blick und auch seiner menschlichen Güte, Gerechtigkeit und Hilfe, die er dem Schüler angedeihen ließ, auch wenn sie sich hinter der Maske der Zurückhaltung verbarg. In den Jahren nach dem Krieg, als die meisten jungen Ärzte unbezahlt arbeiteten, hat er mit Zustimmung Boehms im Rieder-Institut den Status von „gelegentlich oder regelmäßig bezuschußten unbezahlten Volontärassistenten“ geschaffen dadurch, daß von den regelmäßigen Instituts-einkünften ein Teil in einen Assistentenfonds geflossen sind, aus dem die verschiedenen Mitarbeiter Zuschüsse erhielten. Nicht wenigen wurde so die Ausbildung ermöglicht. Nicht zuletzt dafür sei Ekert übers Grab hinaus gedankt.

Die Furcht galt seiner unbarmherzigen Kritik, mit der er jeden Fehler paraphierte und die beißend werden konnte, wenn der Fehler auf Unachtsamkeit, Nachlässigkeit oder gar Pflichtverletzung beruhte. Nur dadurch konnte er die Spitzenleistungen der von ihm geleiteten Abteilungen sichern, die der Kritik und den o. a. Bestrebungen zur Zerschlagung des Rieder-Institutes — die Rolle Schittenhelms ist bekannt — den Wind aus den Segeln nahm.

Einen großen Teil seiner Arbeitszeit hat Ekert Ausbildungsfragen gewidmet, wobei er nicht nur der Lehrer seiner Mitarbeiter, der immer zu eingehender Erklärung bereite Kollege der ihn konsultierenden Ärzte, sondern auch der Initiator, Organisator und Lehrer in der Ausbildung Medizinisch-technischer Mitarbeiterinnen war.

Sein umfangreiches wissenschaftliches Wirken zu würdigen, ist hier nicht Raum. Allein die von ihm für die „Münchener Medizinische Wochenschrift“ redigierten Sammelreferate über das Gesamtgebiet der Radiologie zeigen den Umfang seines Horizontes. Die ihm von Boehm jahrelang nahegelegte Habilitation — ohne die er als Lehrbeauftragter viele Jahre im akademischen Lehramt tätig war — schob er vor den Pflichten des Alltags als Lehrer, Vorgesetzter und Arzt immer wieder auf. Die Ernennung zum Honorarprofessor lehnte er ab. 1952 hat er sich dann doch habilitiert und als Thema seines Vortrages die „Fehlermöglichkeiten in der Röntgendiagnostik“ gewählt. Daß ihm in der Folgezeit die Ernennung zum apl. Professor nicht erteilt wurde, wird jedem, der ihn kannte und seine Leistung objektiv zu würdigen imstande und willens war, immer unverstänlich bleiben. Es spricht nicht gegen seine Fähigkeiten und Leistungen, sondern gegen das System.

Sein zurückhaltendes Wesen war öffentlichen Ehrungen abhold. Die akademische Zurücksetzung hat ihn jedoch noch mehr geschmerzt als das Schicksal, nicht — wie viele seiner Schüler gehofft hatten — als Nachfolger Boehms an die akademische Lehrstätte zurückkehren zu können, von der er ausgegangen war, die er maßgeblich entwickelt und an der er das Fundament seiner Schule gelegt hat. So war die Verleihung der Rieder-Medaille durch die Deutsche Röntgengesellschaft 1966 eine der wenigen offiziellen Ehrungen, die ihm für sein überreiches Maß an Einsatz und Arbeit für das öffentliche Wohl zuteil geworden sind.

In der 1956 eigens für ihn geschaffenen Position des „Ständigen Schriftführers“ der Bayerischen Röntgengesellschaft hat er dieser wissenschaftlichen Vereinigung lange Jahre die entscheidenden Impulse gegeben und die Entwicklung der bayerischen Röntgenologie beeinflusst. Seine Tätigkeit in der Facharztkommission der Bayerischen Landesärztekammer hat die Bayerische Facharztordnung zum bisher unerreichten Vorbild für gewissenhafte, der Entwicklung des Faches wie dem Interesse des Patienten dienende Ausbildungsvorschriften werden lassen. Sein besonderes Anliegen war wie immer die Qualität der Ausbildung, die nicht nur durch hinreichende materielle Voraussetzungen erzielt werden könne, sondern ein überdurchschnittliches fachliches Wissen des Ausbildungsleiters erfordere.

Bemühungen um die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes hat der Tod überflügelt. Das Wirken von Ekert, die dankbare Anhänglichkeit seiner Schüler, das Fortdauern seiner Gedanken kann er nicht auslöschen.

Hubert Keim, Kaufbeuren

AMTLICHES

Berichtigung

der Bekanntgabe des Ergebnisses der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer vom 5. bis 9. bzw. 10. Dezember 1966 (in „Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 12/1966)

Bei der Bekanntgabe des Ergebnisses der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer 1966 für den **Wahlbezirk Mittelfranken, Stimmkreis B** (Ärztlicher Kreisverband Erlangen), ist hinsichtlich der gewählten Delegierten und Ersatzmänner in der Reihenfolge ihrer Wahl ein Fehler unterlaufen.

Die richtige Reihenfolge lautet:

Delegierte:

Dr. Rothlauf Rudolf, Erlangen
 Dr. Kasper Werner, Erlangen
 Dr. Wenzel Ruppert, Erlangen
 Dr. Breining Helmut, Erlangen-Bruck
 Dr. Wolf Friedrich, Buckenhof

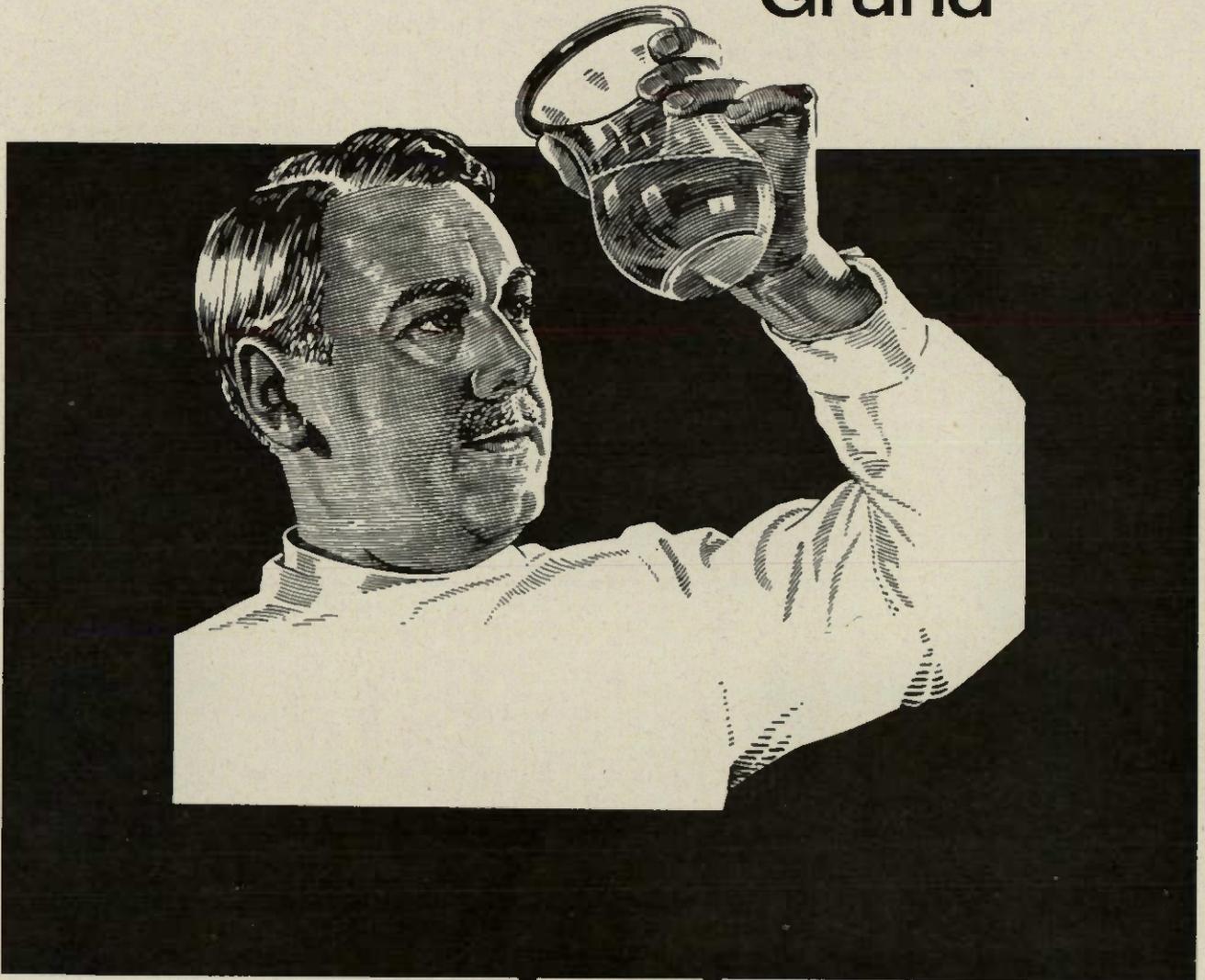
Ersatzmänner:

Dr. Stephan Ulrich, Bubenreuth
 Dr. Grimm Herbert, Erlangen
 Dr. Scherbel Oskar, Erlangen
 Dr. Neumann Walter, Erlangen
 Dr. Saller Anna, Erlangen
 Dr. von Rauffer Ludwig, Baiersdorf
 Dr. Ganser Fritz, Erlangen-Bruck
 Dr. Seiler Josef, Erlangen-Bruck
 Dr. Rieden Hanna, Erlangen
 Dr. Weitowitz Hans-Joachim, Erlangen

München, 14. März 1967

Landeswahlleiter
 Poellinger
 Rechtsanwalt

klar
bis auf
den
Grund



Arctuvan

Das schnellwirkende Harndesinficiens



Besetzung des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München

Mit Wirkung vom 23. März 1967 wird Herr Oberlandesgerichtsrat Dr. Alwin WÜRSTLE auf die Dauer von fünf Jahren zum Stellvertreter des Vorsitzenden des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München ernannt.

Meldepflicht nach dem Bundes-Seuchengesetz (BSeuchG)

Der Bundesminister für das Gesundheitswesen hat an die Bundesärztekammer das nachstehend abgedruckte Schreiben gerichtet, das wir den bayerischen Ärzten hiermit zur Kenntnis bringen:

„Zur Beantwortung der mündlichen Anfrage eines Mitgliedes des Deutschen Bundestages nach der Zahl der Erkrankungen und Sterbefälle an Wundstarrkrampf wurden mir vom Statistischen Bundesamt folgende Zahlen gemeldet:

Im Jahre	Nach den Meldungen gem. § 3 Abs. 2 BSeuchG		Nach der Todesursachenstatistik Todesfälle
	Erkrankungen	Todesfälle	
1962	123	52	159
1963	109	50	117
1964	139	62	149
1965	85	41	103
1966	93	47	*)

(voriäufiges Ergebnis)

Diese Zahlen legen den Schluß nahe, daß die Meldepflicht nach dem BSeuchG nur unvollständig erfüllt wird. Da die geringere Zahl der gemäß § 3 Abs. 2 BSeuchG gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle etwa im gleichen Abstand den Zahlen der Todesursachenstatistik folgt, ist m. E. sogar der Schluß erlaubt, daß manche Ärzte regelmäßig, andere überhaupt nicht melden.

Ich muß annehmen, daß das nicht nur für den Tetanus, sondern auch für die anderen meldepflichtigen Krankheiten gilt. Die Kenntnis der Zahl der Erkrankungen und Sterbefälle ist jedoch für die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten unerlässlich, eine unvollständig erfüllte Meldepflicht kann einen falschen Überblick geben und damit zu Fehlbeurteilungen der jeweiligen Seuchenlage führen.

Ich wäre daher dankbar, wenn Sie die Ärzteschaft in geeigneter Weise auf diesen Sachverhalt hinweisen und sie damit sicherlich auch zu einer besseren Erfüllung der Meldepflicht veranlassen würden.

Den obersten Landesgesundheitsbehörden und dem Bundesgesundheitsamt habe ich Abschrift dieses Schreibens zur Kenntnisnahme übersandt.“

*) Zahlen liegen noch nicht vor.

STEUERFRAGEN

Einkommensteuerliche Behandlung von Aufwendungen für Studienreisen

Wirtschafts- und Berufsverbände und Fachgruppen veranstalten in zunehmendem Maße als Fachstudienreisen bezeichnete Reisen in das Ausland, und hier vornehmlich in die USA. Sie überlassen dabei die Programmgestaltung und die Organisation bestimmten Reisebüros, so zum Beispiel den Wirtschaftsdienst-Studienreisen in der Hapag Lloyd Reisebüro Organisation, Frankfurt am Main, und dem Reisedienst der Wirtschaft GmbH & Co. KG, Frankfurt am Main. Zur Frage, ob die Aufwendungen für derartige Reisen Betriebsausgaben oder Werbungskosten sind, wird folgende Auffassung vertreten:

Aufwendungen für eine Studienreise sind Betriebsausgaben oder Werbungskosten, wenn die Reise beruflich bedingt ist. Das ist der Fall, wenn die Reise durch eine lehrgangsmäßige Organisation oder in ähnlicher Weise so auf die berufliche Fortbildung ausgerichtet ist, daß die Möglichkeit eines privaten Reisezwecks nahezu ausgeschlossen ist (vgl. BFH-Urteile vom 9. 12. 1960, BStBl. 1961 III S. 99), und fehlt es an einer solchen zweckbestimmten organisatorischen Ausrichtung der Studienreise, so gehören die Aufwendungen zur privaten Lebenshaltung, es sei denn, daß die Reise im Zusammenhang mit bereits hereingekommenen oder angestrebten Aufträgen steht (vgl. BFH-Urteil vom 18. 12. 1965, BStBl. III S. 279).

Eine Studienreise, die in erster Linie der Erholung und der Bildung im allgemeinen dient und nur einzelne Berufsgeschäfte damit verbindet, ist somit nicht beruflich bedingt (BFH-Urteil vom 11. 10. 1962, BStBl. 1963 III S. 36). Das gilt auch für die von den Fachverbänden und Berufsgruppen veranstalteten Reisen, wenn sie sich nach ihrem Gesamtbild als eine der üblichen Erholungs- und Bildungsreisen darstellen und nur gleichzeitig das berufliche Interesse der Teilnehmer ansprechen (BFH-Urteil vom 22. 7. 1965, BStBl. III S. 646). Die Studienreisen ins Ausland, die Berufsverbände und Fachgruppen veranstalten, dienen nach ihrem äußeren Verlauf in der Regel weniger der Berufsfortbildung als anderen Zwecken. Sie stehen im allgemeinen auch nicht im Zusammenhang mit speziellen Geschäftsverbindungen, die der Reisende pflegen oder anknüpfen will.

Diese EntschlieÙung ergeht im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen und den Finanzministern (Finanzsenatoren) der anderen Länder.

(EntschlieÙung des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen vom 12. 7. 1966 — S 2118 — 119 — 29750 II — DStZ E — 1966 S. 306)

RECORSAN

®

-HERZSALBE

Jetzt noch wirtschaftlicher:

30 g DM 2,70 o.U.

- Gesellschaften Gräffing und Lüneburg

Was vergessen wird: Der Aktionär will Dividende!

Von Bernd Baehring

Seit ein paar Jahren — nach der großen Hausse von 1957 bis 1960 — ist der Besitz von Aktien keine reine Freude mehr. Das will zunächst nicht viel heißen, denn es war immer nur höchst vorübergehend „reine“ Freude, Unternehmerrisiko mit zu tragen, aber weder vom fraglichen Unternehmen etwas zu verstehen, noch über den Gang der Geschäfte dieser Firma einigermaßen großzügig informiert zu werden. Man sieht indessen ein, daß es mehr oder weniger so sein muß, und ist in der Praxis denn auch meist mit dem Ausmaß an Information und dem bescheidenen Umfang an Mitspracherecht zufrieden, das man als kleiner Aktionär hat.

Aber wie das so ist: Jenes Sichbescheiden hat die Männer, deren unternehmerischer Obhut der Publikumsaktionär sein Geld in der Hoffnung auf gute Gewinne anvertraut, hier und da selbstgerecht gemacht. So wie es im Staat einen Übermut der Ämter gibt, so gibt es bei den Aktiengesellschaften — längst nicht bei allen, und Gott sei Dank bei immer wenigeren — einen leichten Mut der Vorstände. Daß dies auch schon in der guten alten Zeit des sogenannten Kapitalismus so gewesen ist, zeigt der berühmt gewordene Ausspruch des Berliner Bankiers Carl FÜRSTENBERG, wonach der Aktionär „dumm und frech“ sei, und zwar dumm, weil er sein Geld gebe, und frech, weil er auch noch Dividende dafür haben wolle.

Nun, so maliziös konnte über Aktionäre geredet werden, als man mit ihnen gewissermaßen unter sich war. Heute bedeutet Aktionär sein nicht mehr einer wie immer abgrenzbaren Klasse anzugehören. Aber was die Dividende angeht, hat sich am Wunsch, sie zu erhalten, gewiß nichts geändert. Wer „früher“ Aktien besaß, so darf vielleicht gesagt werden, hatte gleich so viele, daß er aus den Dividenden seine Daseinsführung zu einem ins Gewicht fallenden Teil — etwa auch zusammen mit Anleihe- und Pfandbriefzinsen — bestreiten konnte. Heute hat man den Eindruck, als sei mit dem Verschwinden des „Kapitalisten“ und Rentiers bei vielen Aktiengesellschaften auch die Einsicht geschwunden, daß nach Maßgabe — was nicht schon heißt: im Umfang — der erzielten Jahresgewinne Dividenden gezahlt werden sollten.

Niemand bezweifelt, daß Unternehmensinvestitionen heute viel mehr Geld erfordern als früher, weil die Technik immer bessere Aggregate zur Verfügung stellt und weil der weitgehende Ersatz der immer knapper und immer teurer werdenden menschlichen Arbeitskraft längst zur Existenzfrage für viele Unternehmungen geworden ist. Jeder sieht deshalb ein, daß die Aktiengesellschaften daran interessiert sind, erwirtschaftete Gewinne zu einem mehr oder weniger großen Teil einzubehalten und nicht als Dividende auszuschütten. Aber es ist doch symptomatisch, daß ein bekannter, jüngerer Professor der Volkswirtschaftslehre mißbilligend erklärt, jede Dividendenverteilung sei nichts anderes als eine „Teilliquidation von Unternehmensvermögen“ — so, als sei es am Ende ein schwer erträglicher Zustand, daß der Aktionär überhaupt einen Pfennig als bare Rendite seines hingegebenen Kapitals bekommt.

Nun, auch wer nicht so hart im Denken und Reden ist wie jener Ordinarius, kann sich manchmal des Ein-



Altersherz
Stress
Myokardschwäche

Confludin®

**kräftigt
das strapazierte Herz**

Steigerung der Koronardurchblutung.
Sauerstoffspeisung des Myokards.
Frequenz- und Rhythmusregulierung
des hypotonen und hypertonen Herzens.
Angenehme Sedierung.
Der kardiale Schmerz hört auf.

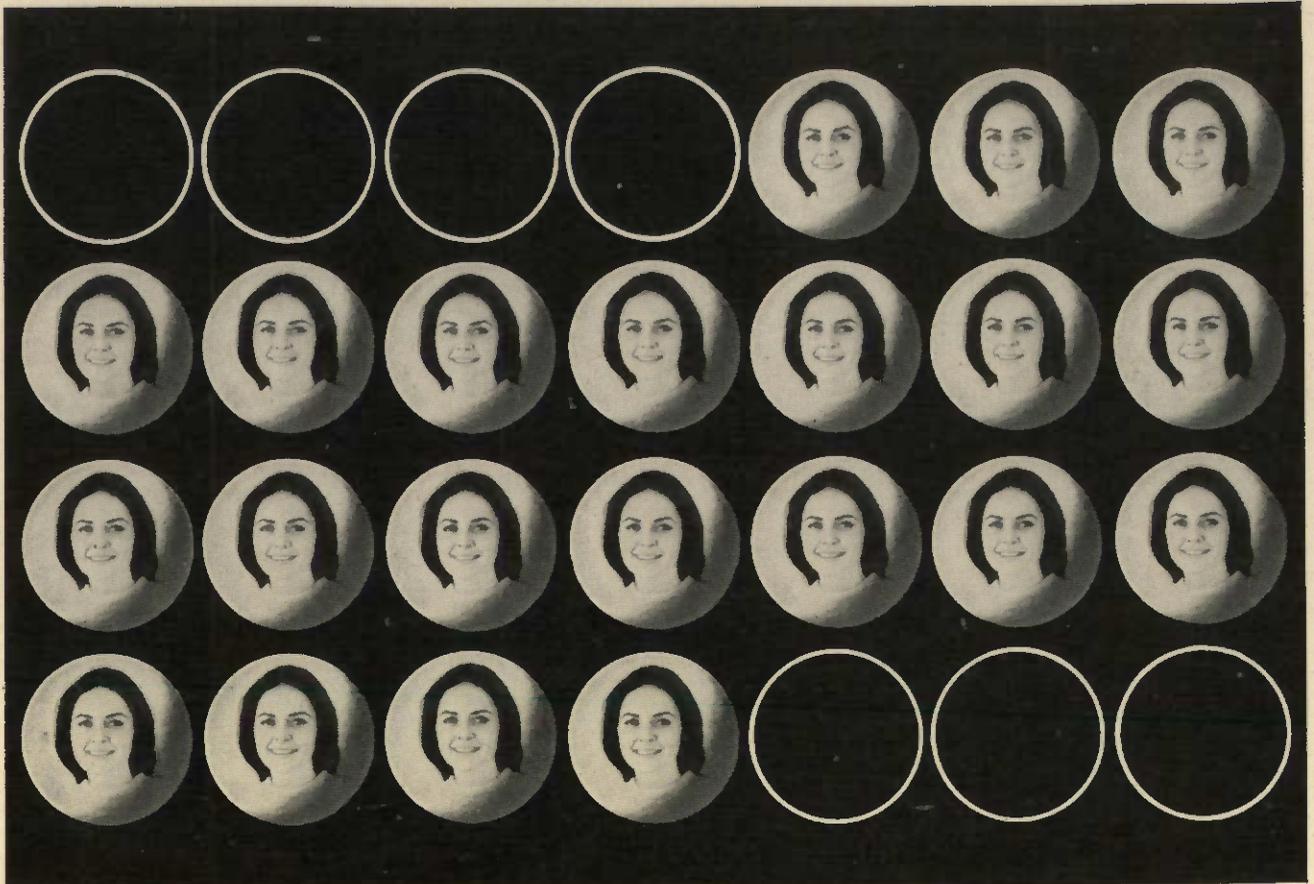
Für die Dauertherapie. Für digitalisüberempfindliche und digitalisrefraktäre Patienten.



ArzneiMüller
Bielefeld

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

Wyeth-Pharma präsentiert



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

STEDIRIL®

DL-13-Äthyl-17 α -äthinyf-17 β -hydroxy-4-gonen-3-on + Äthinyföstradiol

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

drucks nicht erwehren, als werde die Dividende nach Existenz und Höhe allein aus der Überlegung heraus gewährt, daß ihr Nichtvorhandensein bzw. ein bescheidener Satz in einer in überalterten Vorstellungen befangenen Welt als schlechtes Zeichen für die Kreditwürdigkeit des Unternehmens genommen werden könnte. Dann ist die Barrendite für den Aktionär gewissermaßen nur Nebenprodukt einer sich in höheren Sphären vollziehenden geschäftlichen Überlegung — man sieht nur noch das Unternehmen und nicht mehr den Aktionär, dem das Unternehmen ja letztendlich gehört, auch wenn er im einzelnen nur Kleinbesitz hat und damit persönlich ohne jeden Einfluß ist.

Diesen — zugegeben: überspitzten — Gedanken zu Ende geführt, käme man zu dem Resultat, daß es nur eine Frage der Erziehung breiter Volkskreise sein könnte, bis eines Tages gerade das Nichtverteilen von Dividende als Beweis äußerster Kreditwürdigkeit genommen wird; denn wenn einer allen Kapitalzins in sich hineinfrischt, dann muß er innen ja im Gelde schwimmen... Dann endlich hätten wir die chemisch reine Wohlstandslandschaft; keiner würde mehr „Vermögen liquidieren“, und (fast) alle Aktionäre wären stolz und glücklich, Träger einer so überzeugend gefestigten ökonomischen Ordnung zu sein!

Oder auch nicht. Denn keiner könnte mehr mit den Zinsen, die sein Spargeid als haftendes Kapital in einem Unternehmen verdient, die ihm am vernünftigsten erscheinende neue Anlage suchen — vom nicht erfüllbaren Wunsch nach dem Konsum von Dividenden für Brot, Butter und Reisen, z. B. als Altersrente, einmal ganz abgesehen. Wer sein Aktienvermögen auch nur im geringsten umschichten möchte, der könnte die ihm gehörenden Zinserträge nur freibekommen, indem er einen Teil seiner Aktien verkaufte, um den Erlös dann dort zu investieren, wo er sonst die Summe seiner Dividenden angelegt hätte.

Es zeigt sich aber, daß Aktien selbst erstklassiger Gesellschaften auch dann fallen können, wenn es der Wirtschaft gut, ja glänzend geht (wie andererseits vor einem Tiefpunkt der Konjunktur steigende Aktienkurse nichts Ungewöhnliches sind). Es könnte also sein, daß der Mann, der Aktien eines dividendenlosen, aber ertragsstarken Unternehmens zur Liquidisierung der Zinsen verkaufen will, dafür auch noch weniger erhalte, als er aufgewendet hat — eventuell sogar fühlbar weniger.

Konzentration muß es geben, gerade auch die Konzentration von Kapital. Es ist aber nicht der optimale Weg, diese dadurch zu erreichen, daß dem Kapitalgeber die Verfügungsgewalt über einen erheblichen Teil seiner Zinsen vorenthalten wird. Es liege beim Kapitalgeber, zu entscheiden, ob das Erträgnis der Anlage wieder Kapital sein soll, und wenn ja, an welcher Stelle in Wirtschaft und Staat es diese Funktion zu erfüllen habe. Das Kapital, die Ersparnis, muß mög-

lichst frei sein, damit es leicht dahinfließen und sich dort konzentrieren kann, wo die besten Ertragschancen oder die größte Sicherheit vermutet werden. Die Wirtschaft wird dann optimal produktiv sein, wenn mit ihrer Expansion auch alljährlich die Milliardenbeträge steigen, die zur freien Wiederanlage an jene ausgezahlt werden, die ihr das Eigenkapital zur Verfügung stellen.

Selbstverständlich müssen die Gewinnausschüttungen sinken, wenn weniger verdient wird, und sie müssen steigen, wenn die Erträge in die Höhe gehen. Bei uns aber gilt die „Dividendenkontinuität“ als der Weisheit letzter Schluß für die Behandlung von Aktionären. Ganz gleich, wie es einem Unternehmen geht, es gibt möglichst immer den gleichen Dividendensatz. Das ist bei den drei Großbanken sogar noch dahin gehend akzentuiert, daß nicht nur seit Jahren die gleichen Dividendensätze gezahlt werden, sondern daß auch noch die Gesellschaften einer Branche, obwohl gleichfalls von unterschiedlicher Ertragskraft, die gleichen Dividendensätze anwenden. Die Aktie ist dadurch weitgehend zu einem risikobehafteten Rentenpapier denaturiert, zu einem mit niedriger Rendite sogar — Pfandbriefe verzinsen sich mindestens doppelt so hoch.

Und da ist es nun kein Wunder, daß die chronische Klage der Banken und der Börse lautet: Das Publikum fehlt, es gibt keine echten Orders, in der Baisse kommt keine „Widerstandslinie“ zustande und was dergleichen in der Tat unschöne Erscheinungen mehr sind. Der Aktionär wird ganz einfach falsch behandelt.

Immer wieder erklärt man ihm, hohe Gewinneinbehalten — also niedrige Dividenden — ließen den Wert seines Unternehmens steigen. Dabei sieht er an der Börse, die ihm die legitime Orientierung in diesem Punkt ist und sein muß, daß das genaue Gegenteil nur zu oft der Fall ist. Er will daher, daß nicht ein erheblicher Teil des mit seinem Kapital erzielten Gewinns von vornherein dort wieder investiert wird, wo nach der Erfahrung der letzten Jahre der Wert des angelegten Geldes im Schnitt nur erhalten wird und allzu oft auch Wertebüßen erwartet werden müssen, das bei der sehr bescheidenen baren Rendite, ja auch der Reinvestition des Zinses.

Man muß diese Dinge klar sehen, um zu verstehen, was die Fachleute welthin nicht verstanden haben, daß nämlich die Reaktion der Börse sogleich stark negativ war, als erklärt wurde, trotz eines Jahres mit Rekordgewinnen (1964) würden die Dividenden von praktisch allen Aktiengesellschaften nicht erhöht werden.

Nun ist es so eine Sache mit der Dividendenoptik bei uns. Es gibt sicher Gesellschaften, die ein so verhältnismäßig kleines Aktienkapital haben und die so relativ gut verdienen, daß sie auch einmal statt — sagen wir — 16% Dividende leicht 24% bezahlen könnten, und es bliebe ihnen immer noch einiges für die notwendige Selbstfinanzierung. Aber 24% beispielsweise sind ein Satz, der sich sozialpolitisch provokant ausnimmt; das

Strophoperm

zur perlinguale Herztherapie

Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesia

sei zugegeben. Diese reine Optik spielt bei der Dividendendiskussion grundsätzlich eine wichtige Rolle. Sie zeigt, daß und wie die Dinge inzwischen verfahren sind. Man hat die Aktie „schwer“ gemacht, d. h. ihre Notierung auf ein hohes Niveau gehoben, indem neue Aktien, nur möglichst wenig zahlreich, dafür aber zu Preisen ausgegeben worden sind, die den Hauptteil der Kapitaleinzahlungen in die — dividendenfreien — Rücklagen brachten. Wenn sich der Wert eines Unternehmens in einem relativ nur kleinen Aktienkapital manifestiert, wird dieses Aktienkapital eben relativ hoch bewertet. Wer von diesem Kapital etwas kaufen will, muß viel Geld anlegen — wieviel, das zeigt ihm der Börsenkurs. Wird nun mit dem Dividendensatz bei z. B. 18% haltgemacht, so ist die Rendite des in die Aktie investierten Kapitals — wann immer das Geld für die Aktie aufgebracht worden ist — entsprechend niedrig, zu niedrig. Gleichzeitig bleibt ein (zu) hoher Teil des Gewinns im Unternehmen, und das wirkt dann tendenziell in die Richtung einer weiteren Kurs-erhöhung.

Das ist also der prinzipielle Kreislauf, der freilich — und gelegentlich überaus wirkungsvoll — durch Baissen und Börsenkapriolen unterbrochen wird. Will man das Publikum an den Aktienmarkt zurückholen, dann ist vor allem anderen das Folgende notwendig: Man arbeite der aufgezeigten Tendenz in den Publikums-gesellschaften dadurch entgegen, daß junge Aktien zu einem möglichst niedrigen Preis emittiert werden (also viele neue Aktien, gemessen am zuffießenden Kapital). Auf diese Weise käme es zu der bei den Gesellschaften so wenig beliebten „Kapitalverwässerung“, d. h., wenn das Aktienkapital schneller ansteigt als der Unternehmenswert, sinkt der Preis (Kurs) je Aktieneinheit. Aber gerade das ist notwendig, um das Interesse des Publikums an der Börse und an den

Fortbildungsveranstaltungen in Bayern

Mai 1967

- 4.— 7. 5. **Regensburg** — 38. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums
- 5.— 6. 5. **Bad Wörishofen** — II. Symposium des Kneippärztebundes e. V.
- 5.— 6. 5. **München** — Bayerischer Zahnärztetag
- 5.— 6. 5. **Nürnberg** — Jahresversammlung der Bayerischen Nervenärzte
- 7.—11. 5. **Bad Reichenhall** — 38. Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte
- 10.—12. 5. **München** — Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie
- 18.—19. 5. **München** — Gefäßchirurgische Arbeitstagung
- 20.—24. 5. **Garmisch-Partenkirchen** — 70. Deutscher Ärztetag
- 26.—27. 5. **Nürnberg** — Tagung der Deutschen Gesellschaft für Altersforschung
- 29. 5.—10. 6. **Neuherberg** — Einführungskurs in den Strahlenschutz für Oberinnen, Lehrschwestern, Röntgen- und Radiumschwestern, Medizinisch-technische Assistentinnen

Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem **Kongreßkalender** auf Seite 324

Aktiengesellschaften zu erhalten bzw. neu zu beleben. Mit relativ rasch wachsendem Aktienkapital können dann auch die Dividendensätze zunächst einmal trotz steigender Gewinne gleichbleiben, da sie auf ein höheres Kapital gezahlt werden, steigen die auszusüttenden Gewinnbeträge.

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

MITTEILUNGEN

Erholungsverschickung für Empfänger von Unterhaltshilfe

Für manchen Empfänger von Unterhaltshilfe wird schon das Problem ergeben haben oder ergeben, wer die Kosten des oft so dringend notwendigen Erholungsaufenthaltes trägt. In diesem Zusammenhang sollen hier zwei Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie ein Zuschuß oder eventuell sogar die gesamten Kosten des Erholungsaufenthaltes durch den Sozialhilfeträger gewährt werden können.

a) Für Empfänger der freien Krankenversorgung gem. § 276 LAG:

Nach § 276 des Lastenausgleichsgesetzes (LAG) erhalten Empfänger von Unterhaltshilfe und deren zuschlagsberechtigte Angehörige als zusätzliche Leistung im Falle der Krankheit Krankenhilfe nach Art und Umfang der Sozialhilfe, soweit sie nicht anderweitig Krankenversicherungsschutz nach gesetzlichen Vorschriften genießen. Diese Krankenversorgung obliegt den Sozialhilfeträgern, wobei es sich bei diesen Leistungen aber keineswegs um Sozialhilfeeleistungen handelt. Der Sozialhilfeträger hat diese Leistungen sicherzustellen ohne Rücksicht auf die Höhe des Einkommens und unter Verzicht auf

die Heranziehung Unterhaltspflichtiger. Auf diese Ausgleichsleistungen, die lediglich aus praktischen Erwägungen von den Sozialhilfeträgern erbracht werden, hat der Berechtigte einen notfalls einklagbaren Rechtsanspruch. Die Kosten einer notwendigen Erholungsverschickung können dann vom Sozialhilfeträger im Rahmen der freien Krankenversorgung des § 276 LAG übernommen werden, wenn es sich hierbei um eine Maßnahme zur Herstellung oder Wiederherstellung der Gesundheit, also eine „Krankheit“ handelt. Für die Gewährung von Erholungsverschickungen im Rahmen der freien Krankenversorgung des § 276 LAG ist Voraussetzung, daß diese Maßnahme amts- oder vertrauensärztlich befürwortet und ärztlich überwacht wird. Das gleiche gilt auch für Mütter- und Kindererholungskuren, die dann im Rahmen der freien Krankenversorgung übernommen werden können, wenn durch ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten die Notwendigkeit einer Erholungskur wegen eines bereits bestehenden Leidens bestätigt wird. Weitergehende Maßnahmen der Gesundheitshilfe, z. B. im Rahmen der vorbeugenden Sozialhilfe oder zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, können im Rahmen des § 276 LAG nicht durchgeführt werden

(siehe auch Waiter SCHELLHORN „Die Krankenversorgung der UH-Empfänger nach § 276 LAG“).

b) Für die übrigen Empfänger von Unterhaltshilfe:

Die übrigen Empfänger von Unterhaltshilfe sind entweder aufgrund gesetzlicher Bestimmungen gegen Krankheit versichert oder erhalten den Zuschuß zum Krankenkassenbeitrag bis zu 12,— DM monatlich. Die folgenden Ausführungen gelten aber auch für die Empfänger der freien Krankenversorgung des § 276 LAG, soweit es sich um vorbeugende Erholungsmaßnahmen handelt, die nicht im Rahmen der freien Krankenversorgung übernommen werden können. Soweit ein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz vorliegt, beteiligen sich der Rentenversicherungsträger und die Krankenkasse an den entstehenden Kosten mit Zuschüssen. Diese Zuschüsse decken aber auch nur einen Teil der notwendig werdenden Aufwendungen. In solchen Fällen kann der Sozialhilfeträger die durch Versicherungsleistungen nicht gedeckten notwendigen Aufwendungen als Sozialhilfeleistung im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) übernehmen. Die Kostenbeteiligung des Sozialhilfeträgers ist dabei aber von zwei Voraussetzungen abhängig.

Vorbeugende Gesundheitshilfe soll nach den näheren Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes jenen Personen gewährt werden, bei denen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht. Zu diesen Maßnahmen gehören vor allem die nach ärztlichem Gutachten erforderliche Erholungsverschickung, besonders für Kinder, Jugendliche und alte Menschen, sowie für Mütter in geeignete Müttergenesungsheime. Voraussetzung für eine Kostenbeteiligung des Sozialhilfeträgers ist daher zunächst, daß die Notwendigkeit der Erholungsverschickung ärztlicherseits bestätigt wird.

Der Sozialhilfeträger beteiligt sich weiterhin nur dann an den Kosten der Erholungsverschickung, wenn das Nettoeinkommen des Erholungsbedürftigen oder bei Minderjährigen der Eltern die maßgebliche Einkommensgrenze nicht oder nicht wesentlich überschreitet. Diese Einkommensgrenze setzt sich zusammen aus einem Grundbetrag in Höhe des doppelten Sozialhilferegelsatzes eines Haushaltsvorstandes von zur Zeit etwa 260,— DM, den Kosten der Unterkunft und Familienzuschlägen von 80,— DM für den Ehegatten und jede überwiegend unterhaltene Person.

Bei einem Ehepaar mit drei Kindern würde diese Einkommensgrenze bei einer Miete von monatlich 100,— DM sich wie folgt berechnen:

Grundbetrag (örtlich etwas verschieden) ca.	260,— DM
Kosten der Unterkunft	100,— DM
Familienzuschläge für Ehegatten u. 3 Kinder	320,— DM
	<u>680,— DM</u>

Aber selbst wenn das Einkommen über dieser maßgeblichen Einkommensgrenze liegt, ist noch eine — wenigstens teilweise — Beteiligung des Sozialhilfeträgers möglich, weil das die Einkommensgrenze übersteigende Einkommen nur in zumutbarem Umfang berücksichtigt wird. Soweit andererseits durch den Erholungsurlaub häusliche Einsparungen erzielt werden, kann der Sozialhilfeträger diese in angemessenem Umfang mit berücksichtigen. Nachdem es sich bei der vorbeugenden Gesundheitshilfe, zu der die Er-

holungsverschickung gehört, um eine der Hilfen in besonderen Lebenslagen des Bundessozialhilfegesetzes handelt, brauchen die angefallenen Sozialhilfeleistungen in der Regel später einmal nicht mehr zurückgezahlt zu werden. Anträge auf Kostenbeteiligung des Sozialhilfeträgers, die übrigens rechtzeitig vor Beginn der beabsichtigten Erholungsverschickung gestellt werden sollten, können entweder direkt bei den Sozialämtern der Stadt- und Landkreise, oder aber auch über die Träger der freien Wohlfahrtspflege, die ja in der Hauptsache die Erholungsverschickungen durchführen, gestellt werden.

Zusammenfassend wäre daher festzustellen, daß, wenn es sich bei der Erholungsverschickung bei Empfängern freier Krankenversorgung um eine Maßnahme zur Behebung einer Krankheit handelt, die Möglichkeit der vollen Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger im Rahmen des § 276 LAG ausgeschöpft werden sollte. In allen übrigen Fällen bietet sich noch der Ausweg über das Bundessozialhilfegesetz — allerdings unter Beachtung der Einkommensgrenzen — an. —alpe-

Ferienaustausch München — England

Ein englischer Arzt sucht eine deutsche Arztfamilie in München, die bereit wäre, seine 18jährige Tochter für den Monat August 1967 aufzunehmen. Im Austausch könnte dann die deutsche Arzttochter drei bis vier Wochen in der englischen Familie verbringen.

Anfragen sind an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 23, Königinstraße 85, zu richten.

Der Standpunkt der Deutschen Arbeitgeberverbände zur Krankenversicherungsreform

Der Präsident der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Professor Dr. BALKE, erklärte auf der letzten Jahresversammlung, die Reform der Krankenversicherung könne unmöglich noch länger aufgeschoben werden. Die Erhöhung der Bemessungsgrenze sei kein Ausweg aus den bestehenden Schwierigkeiten. Auch weitere Leistungsverbesserungen seien bis auf weiteres nicht mehr durchführbar, da die möglichen bereits vorweggenommen worden seien. Um die Krankenversicherung wirksam sanieren zu können, müßten alle Beteiligten Opfer bringen. In diesem Zusammenhang wird verlangt: Von den Versicherten eine individuelle Beteiligung an ihren Krankheitskosten, von den Ärzten eine der Situation der Krankenversicherung angemessene Honorargestaltung, von den öffentlichen Haushalten die volle Finanzierung der Krankenhausinvestitionen und von den Arbeitgebern die wirtschaftliche Sicherung aller Arbeitnehmer im Krankheitsfall. Im übrigen erklärte sich Balke für die Einführung eines Kostenerstattungsverfahrens, bei dem entweder der Versicherte das Arzthonorar vorlegt und dann den Kassenanteil erstattet bekommt, oder der Versicherte seinen Anteil an die Krankenkasse bezahlt, die dann die Arztrechnung begleicht. Eine wirkungsvolle Kostenbeteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten sei seiner Ansicht nach die Voraussetzung für die Verpflichtung der Arbeitgeber zur Arbeiter-Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, für die nur der versicherungsrechtliche Weg in Frage komme. Bei den Angestellten ist für eine Aufrechterhaltung der arbeitsrechtlichen Lösung plädiert worden. v. L.-n.

NEUE THERAPEUTIKA

xitix®

Vitamin-C-Lutschtabletten: Außerordentlich wohlschmeckend durch neue galenische Form.

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Acid. ascorbic. 250 mg; Natr. ascorbic. 281,25 mg.

Indikationen: Abgespanntsein, Müdigkeit, Arbeitsunlust, erhöhte Anfälligkeit gegen Infektionskrankheiten und Erkältungen, Zahnfleischbluten, Rekonvaleszenz.

Dosierung: Zur Prophylaxe: 1 Lutschtablette pro Tag. Zur Therapie: 2–3 Lutschtabletten pro Tag.

Handelsformen: Originalpackungen mit 10 und 20 xitix-Vitamin-C-Lutschtabletten zu je 500 mg.

Hinweis für Diabetiker: 1 Lutschtablette enthält nur 1,37 g KH = 0,113 WBE (bzw. BE).

Hersteller: M. Woelm, Eschwege

Lanacard®

Zusammensetzung: 1 Dragée bzw. 1/2 ml Liquidum (zwölf Tropfen) enthält 0,125 mg wasserlösliche Lanataglykoside in 0,833 mg Begleitstoffen gleicher Hydrophilie (Lanacardin®), 0,125 mg Digoxin. 1 ml Liquidum = 25 Tropfen = 2 Dragées. 1 Suppositorium enthält 0,350 wasserlösliche Lanataglykoside in 2,330 mg Begleitstoffen gleicher Hydrophilie (Lanacardin®), 0,350 mg Digoxin.

Indikationen: Herzinsuffizienzen verschiedenster Schweregrade mit oder ohne Störung der Frequenz oder des Rhythmus, z. B.: tachykarde, normofrequente bis leicht bradykarde Insuffizienzformen, Insuffizienz bei Klappenfehlern, eingeschränkte Glykosidtoleranz auch bei Rechts-herz, Herzinsuffizienz im Kindesalter.

Dosierung: Im allgemeinen benötigen Erwachsene zur Sättigungsbehandlung: 3- bis 4mal täglich 2 Dragées bzw. 25 Tropfen bzw. 1 Zäpfchen. Erhaltungsdosis: 2- bis 3mal täglich 1 Dragée bzw. 12 Tropfen oder 2mal täglich 1 Zäpfchen. Dragées und Tropfen mit bzw. in etwas Flüssigkeit einnehmen lassen. Suppositorien sollten möglichst nach dem Stuhlgang eingeführt werden.

Handelsformen:

- O. P. mit 20 Dragées DM 1,90 o. U. lt. A. T.
- O. P. mit 50 Dragées DM 4,15 o. U. lt. A. T.
- O. P. mit 100 Dragées DM 7,80 o. U. lt. A. T.
- O. P. mit etwa 10 ml DM 1,90 o. U. lt. A. T.
- O. P. mit etwa 25 ml DM 4,15 o. U. lt. A. T.
- O. P. mit etwa 50 ml DM 7,80 o. U. lt. A. T.
- O. P. mit 10 Suppositorien DM 3,80 o. U. lt. A. T.

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

Spasmo-Nervogastrol®

Zusammensetzung: 1 Tablette Spasmo-Nervogastrol® enthält: 1-Pyrrolidino-4,4-diphenyl-butin-(2)-ol-(4) · H₂PO₄ 2 mg, Calcium carbonicum 600 mg, Bismutum subnitricum 150 mg.

Indikationen: Krampf- und Säureschmerzen, Ulcus ventriculi et duodeni, akute und chronische Gastritis, Gastro-duodenitis.

Dosierung: Dreimal täglich 1 Tablette, bei besonders heftigen Krampfschmerzen auch 2 Tabletten als Einzelosis.

Handelsformen: Packung mit 24 Tabletten DM 3,75 o. U. Packung mit 48 Tabletten DM 6,50 o. U. Anstaltspackung mit 250 Tabletten.

Hersteller: Ludwig Heumann & Co., Chem.-pharm. Fabrik, Nürnberg

Prigenta (i. m.)

Prigenta (i. v.)

Zusammensetzung: 1 Ampulle zu 5 ml enthält: 600 mg Natriumgentisat, 750 mg Novaminsulfon, 100 mg Coffein, 2,5 mg Adenosin und Prigenta (i. m.) außerdem 50 mg Lidocain-Hydrochlorid, Prigenta (i. v.) enthält kein Lokalanästhetikum.

Indikationen: Analgetikum, Antiphlogistikum, Antirheumatikum. Polyarthritiden, Infektarthritiden, Rheumatoide, Spondylosis, Spondylarthrosis, Gicht, Ischias, Lumbago, Tendinitis, Tendovaginitis, Bursitis, Pleuritis, Neuritiden und Neuralgien. Adnexitis, Salpingitis, Parametritis. Kon-tusionen, Distorsionen, Luxationen. Als Myotonolytikum vor manueiler Redression bei akuter Wirbelgelenk-blockierung.

Dosierung: Prigenta (i. m.): zur schmerzfreien intramuskulären Injektion. 1 bis 2 Ampullen à 5 ml täglich tief intragluteal injizieren. Bei chronischen Fällen Serien von 6–12–18 i. m. Injektionen.

Prigenta (i. v.): zur zügigen intravenösen Injektion. Täglich 1 bis 2 Ampullen à 5 ml intravenös bis zum Eintritt von Schmerzfreiheit. Injektionsbehandlung über 2 Wochen, Serien von 6–12–18 i. v. Injektionen.

Handelsformen: Prigenta (i. m.) 3 Ampullen zu 5 ml 5,80 DM Anstaltspackungen zu 20 und 100 Ampullen.

Prigenta (i. v.) 3 Ampullen zu 5 ml 5,80 DM. Anstalts-packungen zu 20 und 100 Ampullen.

Hersteller: Dr. Rudolf Reiß Chemische Werke, 1 Berlin 21, Erasmustraße 20-24



bei emesis

emesan®

emesan FORTE®

Gesicherte therapeutische Wirkung ohne störende Begleiterscheinungen durch Kombination mehrerer antiemetischer Substanzen in entsprechend niedriger Dosierung

emesan-Zäpfchen* 5/10 Stück · emesan forte-Zäpfchen* 5/10 Stück
emesan forte-Kapseln 10 Stück · emesan-Kinderzäpfchen* 5/10 Stück
*Gelatine-Rektal-Kapseln

Lindopharm KG Hilden Rhld für Mova GmbH Wiesbaden



DUO MEDIHALER®

Zusammensetzung: DUO MEDIHALER mit 10 ml Suspension = 400 Einzeldosen. 1 ml Suspension enthält: 12 mg mikronisiertes 1-1-(3'-Oxyphenyl)-2-methylaminoethanolbitartrat (Phenylephrin-bitartrat), 8 mg mikronisiertes N-Isopropyl-noradrenalin-hydrochlorid (Isoprenalin-hydrochlorid), suspendiert in einem unter Druck flüssigen Gemisch halogener Kohlenwasserstoffe. Der Inhalt der Wirkstoff-Flasche wurde gegenüber der alten Form von 15 ml auf 10 ml verringert, gleichzeitig aber die Wirkstoffkonzentration der Suspension verdoppelt, die Flasche selbst verkleinert. Das Dosier-Ventil wurde geändert: Es gibt bei jeder Betätigung jetzt nur noch $\frac{1}{100}$ ml (= 25 Mikroliter) anstatt bisher $\frac{1}{200}$ ml (= 50 Mikroliter) Suspension frei. Die kleinere Wirkstoff-Flasche enthält also um $\frac{1}{2}$ mehr Wirkstoff = 400 Einzeldosen. Die Wirkstoffmenge pro Einzeldosis bleibt gegenüber der bisherigen MEDIHALER-Form unverändert.

Dosierung: Im allgemeinen genügen 1–2 Inhalationen, um den vollen therapeutischen Effekt zu erreichen. Der Abstand zwischen den einzelnen Inhalationen soll mindestens 5 Minuten betragen. Tritt dann noch keine Erleichterung ein, darf die Inhalation wiederholt werden. Die individuell unterschiedliche Reaktion macht es notwendig, im Selbstversuch zu testen, welche Wirkstoffmenge einen ausreichenden Effekt ergibt. Es empfiehlt sich, nicht mehr zu inhalieren, als zur Erleichterung notwendig ist. Die Abschwellung von Ödemen der Bronchialschleimhaut benötigt $\frac{1}{2}$ –1½ Stunden!

Bellasthman Medihaler®

Zusammensetzung: BELLASTHMAN MEDIHALER mit 10 ml Suspension = 400 Einzeldosen. 1 ml Suspension enthält: 4 mg mikronisiertes N-Isopropyl-noradrenalin-sulfat (Isoprenalin-sulfat) suspendiert in einem unter Druck flüssigen Gemisch halogener Kohlenwasserstoffe. Der Inhalt der Wirkstoff-Flasche wurde gegenüber der alten Form von 15 ml auf 10 ml verringert, gleichzeitig aber die Wirkstoffkonzentration der Suspension verdoppelt, die Flasche selbst verkleinert. Das Dosier-Ventil wurde geändert: Es gibt bei jeder Betätigung jetzt nur noch $\frac{1}{100}$ ml (= 25 Mikroliter) anstatt bisher $\frac{1}{200}$ ml (= 50 Mikroliter) Suspension frei. Die kleinere Wirkstoff-Flasche enthält also um $\frac{1}{2}$ mehr Wirkstoff = 400 Einzeldosen. Die Wirkstoffmenge pro Einzeldosis bleibt gegenüber der bisherigen Medihaler-Form unverändert.

Dosierung: Im allgemeinen genügen 1–2 Inhalationen, um den vollen therapeutischen Effekt zu erreichen. Grundsätzlich nach der Inhalation 1 Minute warten. Tritt dann noch keine Erleichterung ein, darf die Inhalation wiederholt werden. Die individuell unterschiedliche Reaktion macht es notwendig, im Selbstversuch zu testen, welche Wirkstoffmenge einen ausreichenden Effekt ergibt. Es empfiehlt sich, nicht mehr zu inhalieren als zur Erleichterung notwendig ist. Bei zusätzlichem Ödem der Bronchialschleimhaut ist der Duo Medihaler vorzuziehen.

Indikationen: Drohender und bestehender Anfall von Asthma bronchiale, Bronchitis, chronische Emphysem-Bronchitis, Bronchitis mit spastischer Komponente, Bronchialspasmen verschiedener Genese, postoperative Atelektasen (massiver Lungenkollaps), Vorbereitung und Unterstützung einer ärztlich angezeigten Aerosoltherapie mit Chemotherapie und Antibiotika, die nach Erweiterung der Bronchien tiefer in das Bronchialsystem eindringen können.

Vorteile der neuen MEDIHALER: Immer gebrauchsfertig. Das Mundstück umschließt die Wirkstoff-Flasche in einsetzbarer Position und braucht nicht mehr umgesteckt zu werden. Die neue Form ist handlicher und paßt sich den Lippen besser an. Durch Umstellung von 300 auf 400 Einzeldosen noch größere Wirtschaftlichkeit.

Handelsformen: Originalpackung mit Mundstück zu 10 ml Suspension = 400 Einzeldosen. Ergänzungspackung ohne Mundstück zu 10 ml Suspension = 400 Einzeldosen.

Hersteller: Kettelhack Riker Pharma GmbH Borken/Westfalen

So sieht man ihn seit Tagen husten, anstatt den Doktor gleich zu rufen - der hätt das Übel fortgeschafft mit

TUSS INFANTUM® Hustensaft



Apotheker Kurt Merz - 6497 Steinau

**TOSSA
ARZNEI**

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Februar 1967*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach nahm im Februar — wie auch im Februar vorigen Jahres — wieder zu, und zwar von 71 Fällen je 100 000 der Bevölkerung im Januar auf 86 im Februar (jeweils auf ein Jahr umgerechnet). Drei Personen erkrankten an Diphtherie, eine an übertragbarer Kinderlähmung, jedoch ohne Lähmungserscheinungen. Geringfügig höher als im Januar war im Berichtsmonat auch die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung.

Nur wenige Fälle von Typhus abdominalis, Paratyphus und bakterieller Ruhr wurden im Februar gemeldet. Auch die Zahl von Salmonellose-Fällen (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) war wie im Vormonat verhältnismäßig niedrig. Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) wurden im Berichtsmonat weniger häufig als im Januar gemeldet; ihre Ziffer sank von 61 auf 43 je 100 000 der Bevölkerung.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. Januar bis 25. Februar 1967 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa							
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		Übrige Formen					
					dar pers. Fälle		Meningokokken Meningitis		Übrige Formen															
E ¹ ST ²		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST				
Oberbayern	—	—	302	—	—	—	—	—	6	2	2	1	—	—	1	—	—	—	3	—	20	—	—	—
Niederbayern	1	—	39	—	1	—	—	—	1	—	2	—	1	1	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Oberpfalz	—	—	39	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Oberfranken	2	—	68	—	—	—	—	—	3	—	5	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—
Mittelfranken	—	—	100	—	—	—	—	—	5	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Unterfranken	—	—	48	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1	3	—
Schwaben	—	—	81	—	—	—	—	—	2	—	3	—	1	1	3	—	—	—	—	—	4	—	1	—
Bayern	3	—	677	—	1	—	—	—	21	2	17	1	3	3	5	—	1	—	5	—	32	1	4	—
München	—	—	139	—	—	—	—	—	5	2	2	1	—	—	—	—	—	—	3	—	10	—	—	—
Nürnberg	—	—	23	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (Übrige Formen)		Amöbenruhr		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Tularämie		Bang'sche Krankheit		Kindbettfieber bei oder nach Fehlgeburt		Malaria-Ersterkrankung		Q-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
															E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	74	—	3	—	—	—	14	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Niederbayern	—	—	64	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	33	1	—	—	—	—	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	19	—	1	—	—	—	14	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Mittelfranken	—	—	42	1	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—
Unterfranken	—	—	71	—	—	—	1	—	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—
Schwaben	—	—	35	—	—	—	—	—	44	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—
Bayern	—	—	338	2	5	—	1	—	150	—	2	—	1	—	2	—	1	—	4	—	6	—	3	—
München	—	—	26	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Nürnberg	—	—	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Augsburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	4	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

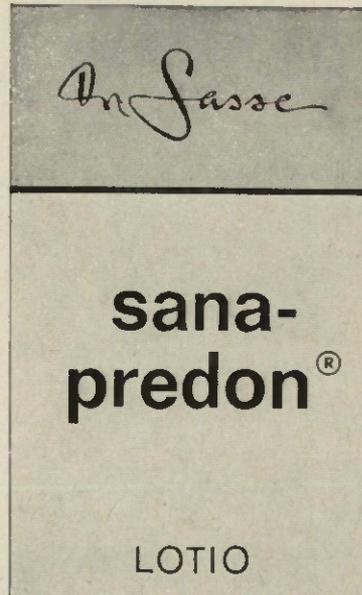
1) „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) „ST“ = Sterbefälle.

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



DERMATOLOGICA *Dr. Sasse*



Die antibakterielle Kortikoid-Lotio Sanapredon jetzt mit verstärkter juckreizstillender Wirkung durch Zusatz des Antipruriginosums Oxypolyaethoxydecane.

Indikationen:

Nässende und intertriginöse Ekzeme, auch an behaarten Körperstellen, Dyshidrosis, juckende Dermatosen sowie Sonnenbrand.

Auf Wunsch stehen Muster und Literatur zur Verfügung.

Handelsformen: Plastikflasche 20g DM 5,75 m.U.
Plastikflasche 40g OM 8,40 m.U.

DR. FRIEDRICH SASSE
1 BERLIN 10 - POSTFACH 640

Die Sterbefälle in Bayern im Jahre 1965*)

nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen

Die Sterbefälle 1965 nach ausgewählten Todesursachen

Nr. 1)	Todesursache	Sterbefälle				
		männlich	weiblich	insgesamt		
				Zahl	auf 100 000 d. Bev.	auf 100 Gestorbene
00-03	Tuberkulose	1 162	408	1 570	15,6	1,4
00,01	dav. Tuberkulose der Atmungsorgane	1 127	376	1 503	14,9	1,3
02,03	Tuberkulose sonstiger Organe	35	32	67	0,7	0,1
20-24	8ösartige Neubildungen	11 123	11 192	22 315	221,8	19,5
21	dar. der Verdauungsorgane	6 275	5 801	12 076	120,0	10,6
22	der Atmungsorgane	2 481	471	2 952	29,3	2,6
23	der Brustdrüse sowie der Harn- und Geschlechts- organe	1 583	3 920	5 503	54,7	4,8
37,40-49	Herz-, Gefäß- und sonstige Kreislaufkrankheiten	22 416	24 768	47 184	469,1	41,2
371	dar. Gehirnblutung und sonstige Gefäßstörungen des Zentralnervensystems	6 148	8 411	14 559	144,7	12,7
42-45	Herzkrankungen	12 631	11 037	23 668	235,3	20,7
422,432,452	dar. Herzmuskelerkrankungen	3 732	5 347	9 079	90,3	7,9
455	Erkrankungen der Herzkranzgefäße'	7 357	4 073	11 430	113,6	10,0
52	Grippe	495	627	1 122	11,2	1,0
53,844	Pneumonie	1 110	1 264	2 374	23,6	2,1
75-77	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	-	131	131	72,5 ²⁾	0,1
891,892	Altersschwäche mit und ohne Geistesstörung	1 532	2 665	4 197	41,7	3,7
90-96	Unfälle aller Art	3 368	1 487	4 855	48,3	4,2
901	dar. Kraftfahrzeugunfälle	2 046	667	2 713	27,0	2,4
97	Selbstmord	1 238	683	1 921	19,1	1,7
	Sterbefälle insgesamt	58 160	56 226	114 386	1 137,1	100

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) Nr. des deutschen Todesursachenverzeichnisses 1958; zweistellige Ziffer = Hauptgruppe, dreistellige Ziffer = Untergruppe.

2) Auf 100 000 Lebendgeborene.

Omnisedan®

TAGESSEDATIVUM

hilft bei nervöser Erschöpfung
geistiger Überbeanspruchung
vegetativer Dystonie
bei Spannungs- und Angstzuständen
Einschlafstörungen
bei Cervikal- und Lumbalsyndrom



barbituratfrei
Kapseln
Zäpfchen



T A E S C H N E R

Die Sterbefälle 1965 nach Todesursachen,

Nr. 1)	Todesursache	Gestorbene Personen					
		insgesamt		davon im Alter von ... Jahren			
				0 bis unter 1		1 bis unter 5	
		männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
0-1	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1 344	597	16	22	23	26
00-03	dar. Tuberkulose	1 162	408	-	1	4	2
00,01	dar. der Atmungsorgane	1 127	376	-	-	2	-
151,152	Übertragbare Kinderlähmung	1	3	-	-	-	-
2	Neubildungen (Tumoren)	12 484	12 496	12	7	45	53
20-24	dar. bösartige Neubildungen	11 123	11 192	6	3	9	16
212	dar. des Magens	3 449	2 960	1	-	-	-
22	der Atmungsorgane	2 481	471	-	-	-	-
23	der Brustdrüse sowie der Harn- und Geschlechtsorgane	1 583	3 920	3	1	4	9
253	Leukämie und Aleukämie	315	281	1	1	24	24
3	Allergische Krankheiten, Stoffwechsel- und Ernährungs- krankheiten, Störungen der inneren Sekretion, Psychosen, Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen, sowie Krank- heiten des Nervensystems	9 564	12 820	72	54	49	32
301	dar. Asthma bronchiale	900	511	-	1	2	1
371	Gehirnblutung und sonstige Gefäßstörungen des Zentralnervensystems	6 148	8 411	3	1	5	-
372	Cerebralsklerose	1 001	1 547	-	-	-	-
4	Krankheiten des Kreislaufsystems	15 267	14 810	3	1	4	1
42-45	dar. Herzerkrankungen	12 631	11 037	2	1	3	1
422,432,452	dar. Herzmuskelerkrankungen	3 732	5 347	1	1	-	-
455	Erkrankungen der Herzkranzgefäße	7 357	4 073	-	-	-	-
46	Bluthochdruck	531	956	-	-	-	-
481	Allgemeine Arteriosklerose	1 491	1 968	-	-	-	-
5	Krankheiten der Atmungsorgane	3 841	3 321	174	113	97	49
52	dar. Grippe	495	627	18	10	17	7
53	Pneumonie der Personen im Alter von 4 Wochen und darüber	1 057	1 237	107	68	35	32
6	Krankheiten der Verdauungsorgane	3 946	3 184	70	40	35	18
63	dar. Blinddarmentzündung	186	147	-	-	8	7
67	Krankheiten der Leber	1 854	1 070	4	3	3	2
7	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, Komplika- tionen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochen- bett, Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes .	2 105	1 209	4	1	2	3
75-77	dar. Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	-	131	-	-	-	-
8	Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane, angeborene Mißbildungen, besondere Krankheiten der frühesten Kind- heit, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, Krankheiten der Sinnesorgane, Altersschwäche, sowie mangelhaft bezeichnete Krankheiten und Todesursachen .	4 928	5 574	2 255	1 690	57	66
891,892	dar. Altersschwäche mit und ohne Geistesstörung . . .	1 532	2 665	-	-	-	-
9	Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen (nach äußeren Ursachen)	4 681	2 215	54	40	157	103
90-96	dar. Unfälle aller Art	3 368	1 487	49	38	152	99
97	Selbstmord und Selbstbeschädigung	1 238	683	-	-	-	-
	Sterbefälle insgesamt	58 160	56 226	2 660	1 968	469	351

1) Nr. des deutschen Todesursachenverzeichnisses 1958; einstellige Ziffer = Obergruppe, zweistellige Ziffer = Hauptgruppe, dreistellige Ziffer = Untergruppe.



Acalon[®]

zur unspezifischen Reiztherapie, insbesondere
der infektiösen Erkrankungen 15 ml – 30 Tabletten

Benzoderm[®]

bei Dermatomykosen, Dermatosen und
Ekzemen

20 ml, 50 ml, 100 ml Lösung - 70 ml Puder - 20 ml, 50 ml Salbe
100 g Seife

Benzoderm-H-Salbe[®]

bei akut entzündlichen Dermatomykosen

20 ml

Strophanon[®]

zur peroralen glykosidischen Herztherapie

20 Dragées

Vegomed[®]

bei allen Formen von vegetativer Dystonie

30 Dragées – 10 und 20 ml Liquidum – Suppos.

Neo-Vegomed[®]

das verträgliche Sedativum und
Einschlafmittel

20 und 50 Dragées

Vipericin[®]

beim rheum. Symptomenkomplex,
Arthralgien, Arthritiden, Neuralgien, Myalgien
5 Ampullen - 5 forte-Ampullen - 20 ml Salbe - 20 ml forte-Salbe

Vipericin[®] -Liniment

Tiefenhyperaemikum, Antirheumatikum

70 ml

Arzneimittel Hüls

Dr. Albin Hense

4153 Hüls

Geschlecht und Altersgruppen

Gestorbene Personen												Nr. 1)
davon im Alter von ... Jahren												
5 bis unter 15		15 bis unter 30		30 bis unter 45		45 bis unter 60		60 bis unter 70		70 und mehr		
männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	
13	7	35	24	110	50	353	104	475	149	319	215	0-1
3	-	26	19	99	38	319	73	425	111	286	164	00-03
2	-	21	16	94	34	309	66	419	109	280	151	00,01
1	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	151,152
70	35	157	112	385	628	2 091	2 467	4 299	3 465	5 425	5 729	2
16	17	82	58	264	510	1 805	2 220	3 900	3 157	5 041	5 211	20-24
-	-	3	5	59	50	502	338	1 140	759	1 744	1 808	212
2	1	13	5	43	20	530	120	1 168	136	725	189	22
3	6	27	33	39	331	169	1 125	433	1 163	905	1 252	23
27	11	26	19	27	25	45	45	90	68	75	88	253
41	27	92	69	185	198	803	829	2 293	2 329	6 029	9 282	3
-	2	1	5	13	23	102	72	328	95	454	312	301
2	4	11	7	53	46	428	438	1 421	1 532	4 225	6 383	371
-	-	-	-	-	-	18	12	134	112	849	1 423	372
4	5	66	36	431	174	2 364	1 030	4 513	2 826	7 882	10 737	4
3	4	58	28	399	146	2 174	869	4 014	2 316	5 978	7 672	42-45
1	-	7	5	30	23	242	196	855	801	2 596	4 321	422,432,452
1	1	31	8	268	51	1 623	399	2 643	1 111	2 791	2 503	455
-	-	3	5	10	11	62	67	162	213	274	660	46
-	-	-	-	2	1	24	5	159	94	1 306	1 868	481
26	18	27	16	53	36	271	132	938	448	2 255	2 509	5
7	4	7	3	12	7	18	30	87	69	329	497	52
12	7	9	5	18	10	60	46	171	166	645	903	53
13	22	51	34	262	125	864	453	1 184	769	1 467	1 723	6
4	7	12	5	20	12	35	16	44	39	63	61	63
2	3	11	7	123	40	482	168	629	268	600	559	67
4	4	34	88	75	150	214	196	405	301	1 367	466	7
-	-	-	58	-	73	-	-	-	-	-	-	75-77
32	30	37	19	54	44	184	113	295	274	2 014	3 338	8
-	-	-	-	-	-	-	-	4	22	1 528	2 643	891,892
218	96	1 203	239	765	231	948	397	661	316	675	793	9
202	90	936	133	505	98	578	156	433	199	513	674	90-96
8	2	246	95	245	127	361	233	218	111	160	115	97
421	244	1 702	637	2 320	1 636	8 092	5 721	15 063	10 877	27 433	34 792	

Säuglingssterblichkeit 1965

Todesursache (Nr. des deutschen Todesursachenver- zeichnisses 1958)	Gestorbene Säug- linge insgesamt		davon starben im Alter von							
			0 bis unter 1 Tag		1 bis unter 7 Tagen		7 bis unter 28 Tagen		28 Tagen bis unter 1 Jahr	
	Zahl	auf 1 000 Lebendge- borene	Zahl	auf 1 000 Lebendge- borene	Zahl	auf 1 000 Lebendge- borene	Zahl	auf 1 000 Lebendge- borene	Zahl	auf 1 000 Lebendge- borene
Frühgeburt (852) ...	1 615	8,9	1 001	5,5	533	2,9	53	0,3	28	0,2
Angeborene Mißbildun- gen (830-839)	705	3,9	154	0,9	181	1,0	117	0,6	253	1,4
Asphyxie (842).....	527	2,9	258	1,4	246	1,4	14	0,1	9	0,0
Geburtsverletzungen (841)	374	2,1	145	0,8	209	1,2	16	0,1	4	0,0
Lungenentzündung (531, 533, 538, 844)	253	1,4	8	0,1	44	0,2	26	0,1	175	1,0
Mehrlingsgeburt (853)	208	1,1	114	0,6	84	0,5	7	0,0	3	0,0
Angeborene Lebens- schwäche (851)	154	0,8	112	0,6	34	0,2	5	0,0	3	0,0
Entzündliche Darm- krankheiten und chronische Ernährungs- störungen (661, 843, 847)	117	0,7	-	-	3	0,0	16	0,1	98	0,6
Alle übrigen Todes- ursachen	675	3,8	46	0,3	38	0,2	67	0,4	524	2,9
Insgesamt	4 628	25,6	1 838	10,2	1 372	7,6	321	1,7	1 097	6,1

Tödlich Verunglückte 1964 und 1965 nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe in Jahren	Tödlich Verunglückte											
	männlich				weiblich				zusammen			
	Zahl		auf 100 000 Personen 1)		Zahl		auf 100 000 Personen 1)		Zahl		auf 100 000 Personen 1)	
	1964	1965	1964	1965	1964	1965	1964	1965	1964	1965	1964	1965
Durch Unfälle aller Art (901-969) 2)												
0 bis unter 20 ..	724	703	48,3	46,9	273	275	19,1	19,2	997	978	34,0	33,4
20 " " 25 ..	454	358	116,2	91,6	50	42	13,6	11,4	504	400	66,5	52,7
25 " " 30 ..	266	278	68,8	66,8	39	43	10,0	11,0	325	321	40,3	39,8
30 " " 40 ..	364	360	56,3	55,6	66	53	10,1	8,1	430	413	33,0	31,7
40 " " 50 ..	321	249	69,8	54,2	84	71	13,1	11,0	405	320	36,7	29,0
50 " " 60 ..	479	474	84,2	83,3	137	130	18,2	17,3	616	604	46,6	45,7
60 " " 70 ..	496	433	110,9	96,8	215	199	35,3	32,7	711	632	67,3	59,9
70 " " 80 ..	319	308	157,3	151,9	326	344	96,6	101,9	645	652	119,4	120,7
80 und mehr	239	205	396,7	340,2	391	330	397,2	335,2	630	535	397,0	337,1
Insgesamt	3 682	3 368	78,9	71,0	1 581	1 487	30,1	28,0	5 263	4 855	53,0	48,3
Darunter durch Kraftfahrzeugunfälle (901) 2)												
0 bis unter 20 ..	362	398	24,1	26,5	140	126	9,8	8,8	502	524	17,1	17,9
20 " " 25 ..	324	270	82,9	69,1	37	30	10,1	8,2	361	300	47,6	39,6
25 " " 30 ..	206	200	49,5	48,1	29	36	7,4	9,2	235	236	29,1	29,3
30 " " 40 ..	222	231	34,3	35,7	43	32	6,6	4,9	265	263	20,4	20,2
40 " " 50 ..	193	168	42,0	36,5	61	47	9,5	7,3	254	215	23,0	19,5
50 " " 60 ..	294	284	51,7	49,9	87	80	11,6	10,6	381	364	28,8	27,6
60 " " 70 ..	283	255	63,3	57,0	124	110	20,4	18,1	407	365	38,5	34,6
70 " " 80 ..	164	165	80,9	81,4	99	139	29,3	41,2	263	304	48,7	56,3
80 und mehr	79	75	131,1	124,5	59	67	59,9	68,1	138	142	87,0	89,5
Insgesamt	2 127	2 046	45,6	43,1	679	667	12,9	12,6	2 806	2 713	28,3	27,0

1) Gleichen Alters und Geschlechts.

2) Nr. des deutschen Todesursachenverzeichnisses 1958.

BUCHBESPRECHUNGEN

Prof. Dr. H. Blömer: „Auskultation des Herzens und ihre hämodynamischen Grundlagen“. 348 Seiten, 209 Abbildungen, Ganzleinen, DM 68,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Das vorliegende Werk BLÖMERs, die „Auskultation des Herzens und ihre theoretischen Grundlagen“, stützt sich auf eine reiche kardiologische Erfahrung, gewonnen an der Medizinischen Universitätsklinik München und dem Krankenhaus rechts der Isar. Das Buch ist in einer klaren, verständlichen Form geschrieben und wendet sich in gleicher Weise an den Studenten und den Praktischen Arzt. Auch der klinisch tätige Arzt wird es wegen seiner Übersichtlichkeit und seines reichen Inhalts gerne zur Hand nehmen.

Nach einem kurzen Überblick über die Möglichkeiten der Auskultation werden in sehr anschaulicher Weise die zum Verständnis notwendigen physiologischen und pathophysiologischen Vorgänge im Herzen beschrieben. Im allgemeinen Teil handelt Blömer ausführlich die theoretischen Grundlagen der normalen und pathologischen Herztöne sowie der Herzgeräusche ab. Auf die Bedeutung des Mitralöffnungsstones wird ausführlich eingegangen.

Im speziellen Teil werden die einzelnen Herzvitien abgehandelt. Die Pathophysiologie und die Hämodynamik werden stets vorangestellt, die Herztöne und die Geräuschphänomene beschrieben. Einen breiten Raum nimmt die Differentialdiagnose ein, in der die einzelnen in Betracht kommenden Vitien einander gegenübergestellt werden.

Die Ausstattung des Buches ist hervorragend. 209, zum Teil farbige Abbildungen veranschaulichen in überzeugender Weise die von Blömer ausgewählten Fälle. Die Druck- und Strömungsverhältnisse sind schematisch dargestellt, die Schemata zum Teil herausklappbar und zum Verständnis des Textes sichtbar zur Hand. Bei einem Umfang von 348 Seiten ist der Preis mit DM 68,— durchaus angemessen. Ein Sachverzeichnis erleichtert die Orientierung besonders bei gezielter Fragestellung. Das vorliegende Werk dürfte sich bald unter Studenten und Ärzten großer Beliebtheit erfreuen, es ist eine Bereicherung der kardiologischen Literatur.

Professor Dr. med. R. Schubert, Nürnberg

„Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer“. Lehrbuch und Leitfaden. Herausgegeben von W. HEESSEN, unter Mitarbeit von D. Bruck, H. P. Fischer, P. Gierlich, D. Heesen, H. Melliwa, G. Olivier, M. Schleicher, M. E. Besche; mit einem Geleitwort von Msgr. W. MÜHLENBROCK, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft. 800 Seiten Kunstdruck, 541 Abbildungen, 8 Tabellen, Halbleinen, DM 38,50. Schlütersche Buchdruckerei und Verlagsanstalt, Hannover.

Dieses spezielle Lehrbuch für den neuen Beruf der Krankenpflegehelferin und des Krankenpflegehelfers ist eine Teamarbeit von Ärzten, Juristen, Schwestern und Krankenpflegern. Es wurde nach den neuesten Unterrichtserfahrungen gestaltet und bietet deshalb Lehrern und Schülern außerordentliche Vorteile.

Der Inhalt umfaßt folgende Hauptkapitel: Beruf und Berufsethik — Der menschliche Körper, seine Funktionen und seine Krankheiten — Infektionskrankheiten — Allgemeine Einführung in die Körpervorgänge unter Krankheiten und Hinweise auf Therapiearten — Das Krankenhaus und die Hygiene im Krankenhaus — Desinfektionslehre — Instrumentenkunde — Erste Hilfe durch das Pflegepersonal — Verbandlehre, Verbände — Ernährungslehre — Fachkunde, Theorie der praktischen Krankenpflege — Besondere Pflegehilfen — Berufsrecht und andere Rechtsvorschriften — Ergän-

zende Wissensgebiete — Fremdwörterlexikon — Stichwortverzeichnis.

Die klare Anordnung der Kapitel, die Übersicht der Unterkapitel, die durchlaufende Numerierung der einzelnen Textabschnitte sowie die auf allen Seiten durchlaufende Kapitelangabe machen eine schnelle Orientierung mühelos. Die Nummernhinweise im Stichwortverzeichnis bzw. im Text ermöglichen das unmittelbare Auffinden jeder gewünschten Textstelle, ohne daß erst auf der betreffenden Seite danach gesucht werden muß.

Der Erfahrung, daß der Lernende in großem Maße visuell eingestellt ist und sich dabei einfache Strichzeichnungen als besonders einprägsam erwiesen haben, wurde durch 541 Abbildungen und 8 Tabellen Rechnung getragen. Diese reiche Bildausstattung ist einmalig für ein Lehrbuch dieser Art, das auch als Nachschlagewerk hervorragende Dienste leistet, denn viele Fragen ergeben sich im Pflegeberuf nicht immer schon während der Ausbildung.

Die übersichtliche Gliederung, die reiche Bildausstattung und die Tatsache, daß der gesamte Wissensstoff aus einem Buch vermittelt werden kann, machen dieses Lehrbuch zu einem guten Helfer für Lehrer und Schüler.

Anstelle einer Besprechung möge ein Brief des Verfassers abgedruckt sein:

Eric Weiser: „Die gewonnenen Jahre“ — Wissenschaft weist Wege zu sinnvollerem und längerem Leben — 192 Seiten, Leinen, DM 14,—. Econ-Verlag, Wien-Düsseldorf.

„Ich bin sechzig Jahre alt. In diesem Alter nimmt man leicht die schlechte Gewohnheit an, beim Durchblättern der Zeitung einen ein wenig ängstlichen Blick auf die Todesanzeigen zu werfen. Während der Tod eines wesentlich jüngeren oder älteren Unbekannten keinen besonderen Eindruck hinterläßt, erzeugt der eines Altersgenossen ein gewisses Unbehagen in der Magengrube.

Von dieser schlechten Angewohnheit hat mich ein Freund geheilt. Er ist von Beruf Statistiker, aber trotzdem ein netter Mensch. Eines Tages sagte er zu mir: „Je älter man ist, desto mehr Chancen hat man, sehr alt zu werden...“

Das erschien mir als leeres Wortspiel; aber er bewies es mir schwarz auf weiß: Nach statistischer Wahrscheinlichkeit hat heute ein neugeborenes Kind männlichen Geschlechts eine Lebenserwartung von 67 Jahren. Ich aber habe mit meinen 60 Jahren schon allerhand Kinderkrankheiten und andere Gefahren hinter mir und kann damit rechnen, 75 zu werden. Erreiche ich aber dieses Alter, so darf ich hoffen, noch meinen 82. Geburtstag zu feiern. Und so weiter.

Das sind jedoch nur Durchschnittszahlen. Es gibt also auch eine Menge Leute, die länger leben, als ihnen die Statistik zubilligt. Mit anderen Worten: Jeder von uns — wie alt er auch sein mag — hat normalerweise noch eine ganze Reihe von Lebensjahren vor sich. Deshalb lohnt es sich noch für ihn, ein Haus zu bauen oder einen jungen Baum in seinen Garten zu pflanzen, für eine Weltreise zu sparen oder Italienisch zu lernen, eine Spanielzucht oder eine Miniaturensammlung zu beginnen, wenn ihm der Sinn danach steht.

Vor allem aber lohnt es sich für ihn, alles zu tun, was in seiner Macht steht, um sinnvoll und möglichst lange zu leben — was im Grunde dasselbe ist — und von den Erkenntnissen der modernen Wissenschaft Gebrauch zu machen, die ihm dabei helfen können. Das ist der Sinn und Inhalt dieses Buches.

Ich jedenfalls denke jetzt nur noch an die Freuden der gewonnenen Jahre, die noch vor mir liegen. Deshalb habe ich den Satz „Es lohnt sich nicht mehr“ aus meinem Sprachschatz gestrichen.

Es lohnt sich immer.“

Dr. Eric Weiser

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**17. Ärztlicher Fortbildungskurs in Bad Kissingen**

Vom 22. bis 23. April 1967

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. Schettler, Heidelberg

Samstag, 22. April 1967

Vorsitzender: Prof. Dr. Schettler, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg

Thema: Dünndarmerkrankungen

Priv.-Doz. Dr. Müller-Wieland, Oberarzt der I. Medizinischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf: „Fortschritte in der Diagnostik der Dünndarmerkrankungen“

Dr. Kaess, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg: „Biochemische Untersuchungsverfahren“

Prof. Dr. H. J. Sielaff, Chefarzt der Strahlenabteilung der Städtischen Krankenanstalten Hellbronn: „Röntgenuntersuchungen bei Dünndarmerkrankungen“

Priv.-Doz. Dr. Aly, Medizinische Universitätsklinik Tübingen: „Exsudative Enteropathie“

Prof. Dr. K. W. Schneider, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg: „Kreislauf- und Dünndarmerkrankungen“

Priv.-Doz. Dr. H. Ch. Drube, Oberarzt der I. Medizinischen Universitätsklinik Kiel: „Interne Therapie bei Dünndarmerkrankungen“

Priv.-Doz. Dr. F. P. Gall, Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen: „Dünndarmerkrankungen aus chirurgischer Sicht“

Dr. med. habil. G. Volkheimer, Berlin: „Zur Pathophysiologie der Dünndarmresorption“

Prof. Dr. M. Fucik, Direktor der IV. Medizinischen Klinik Prag: „Therapie der Uleuskrankheit im Lichte neuerer Erkenntnisse“

Thema: Pankreaserkrankungen

Priv.-Doz. Dr. W. Nagel, Physiologisch-chemisches Institut der Universität Heidelberg: „Fortschritte auf dem Gebiet der Physiologie und Pathologie der Pankreaserkrankungen“

Prof. Dr. K. Herfort, Direktor der II. Medizinischen Klinik Prag: „Neuere Gesichtspunkte zur Ätiologie und der klinischen Manifestation der Pankreopathie“

Priv.-Doz. Dr. B. Kommereil, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg: „Maldigestion bei Pankreaserkrankungen“

Sonntag, 23. April 1967

Vorsitzender: Dr. W. A. Müller, Chefarzt der II. Inneren Abteilung des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart

Thema: Die Niere bei Allgemeinerkrankungen

Dr. W. A. Müller, Chefarzt der II. Inneren Abteilung des Robert-Bosch-Krankenhauses Stuttgart: „Klinisch wichtige Aspekte über moderne Auffassungen der Nierenfunktion“

Prof. Dr. H. U. Zollinger, Pathologisches Institut der Universität Freiburg: „Die Pathologie der Niere bei Stoffwechselstörungen“

Priv.-Doz. Dr. H. J. Krecke, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg: „Niere und Nierenfunktion bei Diabetes“

Prof. Dr. U. Gessler, Chefarzt der 4. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg: „Die Niere bei Vergiftungen und beim Schock“

Doz. Dr. D. P. Mertz, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg: „Die Niere bei Gicht und bei chronischen Elektrolytstörungen“

Priv.-Doz. Dr. L. Pippig, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg: „Nierenstörungen in der Schwangerschaft“

Priv.-Doz. Dr. W. Dölle, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Marburg/Lahn: „Nierenfunktion bei schweren Lebererkrankungen“

Prof. Dr. H. Harders, Ltd. Oberarzt der I. Medizinischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf: „Nierenstörungen bei den sogenannten Kollagenkrankheiten“

Diskussion über das Thema „Die Niere bei Allgemeinerkrankungen“ am runden Tisch.

Auskunft: Chefarzt Dr. Brügel, Saale-Sanatorium, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20

17. Lindauer Psychotherapiewoche

vom 24. April bis 6. Mai 1967

Die 17. Lindauer Psychotherapiewoche findet vom 24. 4. bis 6. 5. 1967 statt. Das Programm umfaßt:

1. Vorträge an den Vormittagen (vom 24. bis 29. April) zu den Themen: „Die Bedeutung der Familie für die Psychotherapie“ (vier Tage) und „Psychologische Gesichtspunkte zur Anwendung medikamentöser und physikalischer Behandlungsverfahren“ (zwei Tage)
2. Einführende Vorlesung (vom 25. bis 28. April) in die neueren Entwicklungen der Ich-Psychologie mit einem nachmittäglichen Seminar
3. Nachmittagskurse (vom 24. bis 28. April) in Form von Arbeitsgruppen über praktisch wichtige Fragen der Psychotherapie, kasuistischen Seminaren und analytischen Selbsterfahrungsgruppen
4. Übungen in Autogenem Training und Konzentrativer Bewegungstherapie (vom 24. April bis 6. Mai), in Hypnose, Traumbearbeitung, Atemtherapie und Psychodrama (vom 1. bis 6. Mai)

Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, 8000 München 27, Adalbert-Stifter-Straße 31

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

Eine schlanke Figur sollte weniger ein kosmetisches sondern mehr ein gesundheitliches Anliegen sein.



effox-spezial reduziert schonend Übergewicht

effox-spezial bewirkt Gewichtsabnahme wie sie sein soll: nachhaltig und schonend

- effox-spezial baut Fett direkt ab.
- effox-spezial reguliert den Appetit.
- effox-spezial wirkt leicht abführend und entwässernd.
- effox-spezial entlastet die Leber.
- effox-spezial verhindert Mangelerscheinungen durch Vitamine und Mineralstoffe.
- effox-spezial wirkt in 2 Phasen (Tages- und Nachtform).

effox-spezial gibt es in Kurpackungen zu 48 Dragées und in Originalpackungen zu 24 Dragées.

effox-spezial enthält einen Appetitzügler, der nicht stimulierend wirkt

Bei Behandlung der exogenen Fettsucht sind appetitzügelnde Substanzen kaum noch wegzu-denken. — effox-spezial enthält neben anderen Stoffen einen gut wirksamen Appetitzügler, der im Tierversuch selbst in toxischen Dosen keine zentral-erregende Wirkung zeigte.

Adipositas erschwert die Therapie vieler Krankheiten

Eine länger bestehende ausgeprägte Adipositas führt oft zu einer Reihe von Krankheiten. Daran zweifelt heute niemand mehr. Der Adipöse ist wesentlich anfälliger.

Häufig könnten Arteriosklerose, Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, chronische Gallenleiden, degenerative Erkrankungen des Gelenk- und Stützapparates durch rechtzeitige Gewichtsreduzierung vermieden werden.

Musteranforderung

Stempel erbeten

effox
spezial



Melusin
Arzneimittel
GmbH
4 Düsseldorf
Postfach 5634

melusin
ARZNEIMITTEL

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

veranstaltet vom 4. bis 7. Mai 1967 im Auftrage der Bayerischen Landesärztekammer den 38. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg. — Kursleitung: Professor Dr. Dietrich J a h n , Nürnberg.

Donnerstag, den 4. Mai 1967

20.00 Uhr

Festvortrag:

Prof. Dr. Ralf Dahrendorf, Ph. D. Universität Konstanz

„Nach dem Klassenkampf“ — Soziale Grundlagen des politischen Konflikts im Wandel.

Freitag, den 5. Mai 1967

I. Hauptthema: Symptom Rheuma

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.30 Uhr: Begrüßung

9.30—10.00 Uhr:

Prof. Dr. H. G. Faßbender, Leitender Pathologe der Bundeswehr, Institut für experimentelle und allgemeine Pathologie der BW, Mainz:

„Fortschritte in Pathogenese, Klassifizierung und Pathologie rheumatischer Erkrankungen“

10.00—10.30 Uhr:

Prof. Dr. K. O. Vorlaender, Medizinische Universitäts-Klinik für innere und Nervenkrankheiten, Bonn: „Aktuelle Fragen der Immunologie und immunodepressiver Therapie rheumatischer Erkrankungen“

11.00—11.40 Uhr:

Prof. Dr. V. R. Ott, Direktor von Klinik und Institut für Physikalische Medizin und Balneologie der Universität Gießen, Bad Nauheim:

„Fortschritte in Differentialdiagnose und Therapie chronisch-entzündlicher rheumatischer Erkrankungen“

11.40—12.20 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. P. Otte, Orthopädische Universitäts-Klinik Hamburg:

„Klinik und Therapie degenerativer Gelenkleiden“

14.30—15.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film (Farbtonfilm — Pfizer GmbH, Karlsruhe):

„Chronischer Gelenkrheumatismus“

15.00—15.30 Uhr:

Dr. N. Gschwend, Chefarzt der Klinik Wilhelm Schulthess, Zürich:

„Indikationen und Erfolge der chirurgisch-orthopädischen Rehabilitierung bei Polyarthritikern“

15.30—16.00 Uhr:

Dr. F. Schilling, Oberarzt der Klinik für Rheumakranke, Bad Kreuznach:

„Differentialdiagnose und Fortschritte in der Therapie der Gicht“

16.30—17.00 Uhr:

Dr. G. Kölle, Oberarzt der Kinderreumaklinik Garmisch-Partenkirchen:

„Rheumatische Erkrankungen im Kindesalter“ — Beurteilung und Behandlung

17.00—17.30 Uhr:

Dr. R. Schäfer, Chefarzt der Rheumatologisch-geriatrischen Abteilung am Stadtspital Waid, Zürich:

„Rheumaprobleme in der Geriatrie“

17.40—18.40 Uhr:

Round-Table

„Aktuelle Fragen der Rheumatherapie in der Praxis“
Gesprächsleitung: Prof. Dr. V. R. Ott, Bad Nauheim, unter Beteiligung der Referenten des Tages
Diskussionsfragen zum Tagesthema werden im Rahmen des Gespräches beantwortet

Samstag, den 6. Mai 1967

2. Hauptthema: Haut- und innere Erkrankungen

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.30 Uhr:

Prof. Dr. Dr. h. c. J. Hämel, Universität Heidelberg: „Der Wandel in Beurteilung und Behandlung von Erkrankungen der Haut“

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. R. M. Bohnstedt, Direktor der Universitäts-Hautklinik, Gießen:

„Die Bedeutung von Hautsymptomen für die allgemeine Diagnostik innerer Erkrankungen“

10.10—10.40 Uhr:

Prof. Dr. R. Schuppel, Vorsteher der Dermatologischen Universitätsklinik Basel:

„Beurteilung und Behandlung von Hautveränderungen bei rheumatischen Krankheiten“

11.10—11.40 Uhr:

Prof. Dr. W. Schneider, Direktor der Universitäts-Hautklinik, Tübingen:

„Hautveränderungen bei endokrinen Erkrankungen“ — Ein Beitrag zur Diagnostik

11.40—12.10 Uhr:

Prof. Dr. Dr. W. Braun, Leiter der Abteilung für Allergie und Berufskrankheiten der Haut, Universitäts-Hautklinik Heidelberg:

„Die Haut als Manifestationsorgan allergischer Erkrankungen in Differentialdiagnose und Therapie“

14.30—15.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film (Farbtonfilm — Sharp & Dohme GmbH, München)

„Mechanismen der Entzündung“

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Götz, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten Klinikum Essen der Universität Münster, Essen:

„Fortschritte in Beurteilung und Behandlung von mykotischen Erkrankungen der Haut“

15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Thomä, Psychosomatische Universitätsklinik Heidelberg:

„Psychotherapie in der Dermatologie“

16.00—16.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Gartmann, Universitäts-Hautklinik, Köln-Lindenthal:

„Maligne Manifestationen der Haut in ihrer Bedeutung für Diagnostik und Therapie“

Sinupret[®]

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

17.00—18.00 Uhr:

Round-Table

„Diskussion des Tagesthemas und Beantwortung der eingegangenen Fragen aus der Praxis“

Gesprächsleitung: Prof. Dr. J. Hämei unter Beteiligung der Referenten des Tages

Sonntag, den 7. Mai 1967**3. Hauptthema: Hormonelle Therapie**

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.30 Uhr:

Prof. Dr. E. F. Pfeiffer, Vorstandsvorsitzender des Zentrums für Innere Medizin und Leiter der Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel an der Medizinisch-Naturwissenschaftlichen Hochschule Ulm:

„Alte Probleme und neue Perspektiven der Endokrinologie“

9.30—10.00 Uhr:

Prof. Dr. C. Lauritzen, Universitäts-Frauenklinik und Hebammenlehranstalt Kiel:

„Grundlagen und Praxis der Substitutionstherapie bei der Ovarialinsuffizienz“

10.00—10.30 Uhr:

Prof. Dr. K. Schöffing, Geschäftsführender Oberarzt des Zentrums für Innere Medizin und Leiter der Abteilung für Hereditäre Erkrankungen und Gerontologie der Medizinisch-Naturwissenschaftlichen Hochschule Ulm:

„Aktuelle Probleme in der Therapie des Diabetes mellitus“

11.00—11.30 Uhr:

Prof. Dr. F. Krück, II. Medizinische Universitätsklinik und Poliklinik, Homburg/Saar:

„Grenzen und Möglichkeiten der Substitutionstherapie bei der Nebenniereninsuffizienz“

11.30—12.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. D. Reinwein, Medizinische Universitätsklinik, Düsseldorf:

„Beurteilung und Substitutionstherapie der euthyreoten und hypothyreoten Struma“

12.00—12.30 Uhr:

Prof. Dr. Dr. h. c. L. Heilmeyer, Rektor der Medizinisch-Naturwissenschaftlichen Hochschule Ulm und Doz. Dr. H. Heimpel, Oberarzt der Abteilung für Hämatologie und Gerinnungsphysiologie des Zentrums für Innere Medizin:

„Hormontherapie bei Erkrankungen des Blutes“

14.15—14.30 Uhr:

Wissenschaftlicher Film(Farbfilm — Farbenfabriken Bayer AG., Leverkusen)
„Experimentelle und klinische Studien zum Rheumaproblem“

14.30—15.00 Uhr:

Prof. Dr. O. Käser, Direktor der Universitäts-Frauenklinik, Frankfurt/Main:

„Probleme bei der Anwendung von Ovulationshemmern“

15.00—15.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Dipl.-Chem. H.-F. von Oidershausen, Medizinische Universitätsklinik Tübingen:

„Die Therapie mit Kortikosteroiden bei Infektionskrankheiten“

15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Creutzfeldt, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Göttingen:

„Zur Kritik einer Hormontherapie bei Lebererkrankungen“

16.30—17.30 Uhr:

Round-Table

„Themenkreise aus der Praxis“:

1. Dosiswirkungsbeziehungen
2. Hormontherapie im Alter
3. Gefährdung durch Hormone

Gesprächsleitung: Prof. Dr. E. F. Pfeiffer, Ulm, unter Beteiligung der Referenten des Tages

Diskussionsfragen zum Tagesthema werden im Rahmen des Gesprächs beantwortet

Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildung, 8400 Regensburg, Aites Rathaus, Zimmer 5a, Telefon 5 20 61 (Nebenstelle 521)

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. Weitbrecht, 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, Siegen:

„Die operative Therapie der extrapyramidalen und zerebellären Bewegungsstörungen“

Dr. Bammer, Würzburg:

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

Dr. Jovanovic, Würzburg:

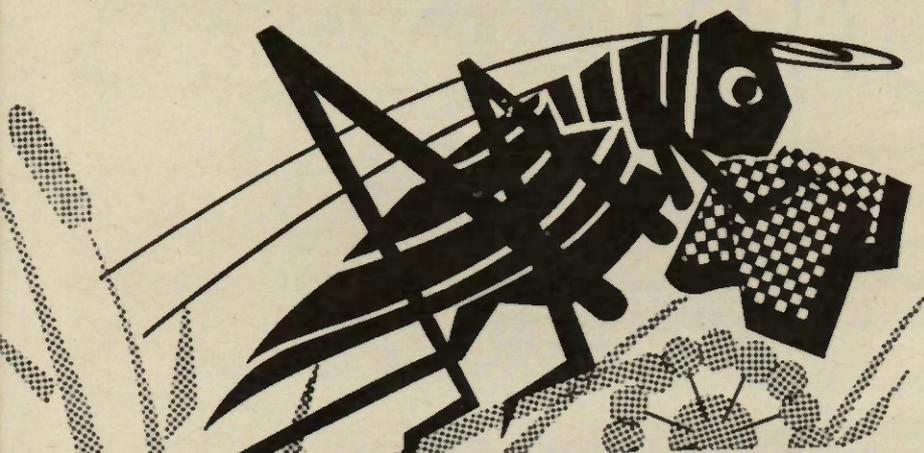
„Der gegenwärtige Stand der Schlafforschung“

Dr. Feuerlein, München:

„Neuere Ergebnisse der Alkoholdelirforschung“

Jeweils freie Diskussion.

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



Bei Heuschnupfen

Prospen

Biologisches Antiallergikum

O.-P. 25 Dragées
O.-P. 100 Dragées
O.-P. 10 ccm Tropfen



IFAH GMBH · HAMBURG

Nicht ohne Grund verordnen 89 von 100 Ärzten

bei Hautsubstanzverlusten
bei chronisch eiternden Wunden
bei überschüssiger Granulation
bei schlecht heilenden Wunden

antibiotika- und kortikosteroidfreie Heilsalben



Descresept[®] - Heilsalbe

erfüllt alle vom Arzt geforderten Bedingungen:

Förderung der Wundreinigung

Förderung der Granulation

Epidermisbildung mit kosmetisch einwandfreier Vernarbung

Verordnungsform: Descresept-Heilsalbe: Salbe zu 40,0

(auch: Descresept-Dragees: 1 OP; Dragees Nr. XXIV und L)

Descresept[®] ist antibiotika- und kortikosteroidfrei!

Chemipharm - Saarbrücken

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Altersforschung

vom 26. bis 27. Mai 1967

Kongreßleiter: Professor Dr. R. Schubert, Nürnberg — Kongreßort: Nürnberg, Meistersingerhalle

Freitag, 26. Mai 1967

1. Hauptthema:

Geriatric: Erkrankungen des Herzens und der Atmungsorgane

9.30 Uhr e. t.:

Eröffnung und Begrüßung

10.00—10.15 Uhr:

Prof. Dr. R. Schubert, Vorstand der 2. Medizinischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg: „Erfordernisse einer neuzeitlichen gerontologischen Forschung“

10.15—10.45 Uhr:

Prof. Dr. G. Pließ, Vorstand des Pathologischen Instituts der Städt. Krankenanstalten Nürnberg: „Morphologisch-funktionelle Beziehungen beim Altern“

10.45—11.15 Uhr:

Prof. Dr. O. Gsell, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Basel: „Longitudinale Altersforschung, Ergebnisse über zehn Jahre“

11.35—12.05 Uhr:

Prof. Dr. E. Wollheim, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg: „Koronarerkrankungen im Alter“

12.05—12.30 Uhr:

Prof. Dr. J. Nöcker und Dr. O. Hartleb, Chefarzt der Medizinischen Klinik des Städt. Krankenhauses Leverkusen: „Prophylaxe und Therapie der latenten und manifesten Herzinsuffizienz im Alter“

12.30—12.50 Uhr:

Prof. Dr. V. Böhlau, Leitender Arzt des Taunus-Sanatoriums der LVA Württemberg Bad Soden/Taunus: „Neue Gesichtspunkte zur Prophylaxe und Therapie bei Emphysem und Cor pulmonale“

12.50—13.00 Uhr:

Dr. D. v. Arnim und Dr. W. Rulffs, Vorstand des Instituts für Physikalische Therapie der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg: „Neue Ergebnisse der Physikalischen Therapie nach Herzinfarkt bei alten Patienten“

14.15—14.35 Uhr:

Prof. Dr. G. Theissing und Prof. Dr. G. Birnmeyer, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen: „Neuere Erkenntnisse in der Therapie der Erkrankungen der oberen Luftwege bei alten Menschen“

14.35—15.05 Uhr:

Prof. Dr. F. Wyss und Prof. Dr. Max Scherrer, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Bern: „Geriatrische Probleme bei der Bronchitis und Pneumonie“

15.05—15.25 Uhr:

Prof. Dr. R. Schubert und Dr. O. Lindner, Vorstand der 2. Medizinischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg: „Besonderheiten des Asthma bronchiale im Alter“

15.25—15.35 Uhr:

Dr. E. Eil und H. Wolff, 2. Medizinische Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg: „Der Lungenabszeß verschiedener Ursache im Alter“

15.35—16.00 Uhr:

Prof. Dr. E. Holder, Vorstand der 1. Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg: „Indikationsstellung und therapeutische Ergebnisse bei chirurgischen Lungenerkrankungen im höheren Lebensalter“

16.20—16.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. B. Mikat und Dr. H. Schoonmaker, Institut für Medizinische Statistik der Freien Universität Berlin: „Die Sterblichkeit der alten Menschen“

16.30—16.45 Uhr:

Dozent Dr. H. J. Holtmeier, Medizinische Universitätsklinik Freiburg: „Die Bedeutung der Ernährungswissenschaften in der Geriatrie“

16.45—17.00 Uhr:

Prof. Dr. G. Quadbeck, Direktor des Instituts für Pathochemie und allgemeine Neurochemie am Pathologischen Institut der Universität Heidelberg: „Tierexperimentelle Untersuchungen zur Frege der Therapie von Alterskrankheiten“

Die Diät

ist die Grundlage jeder Diabetes-Therapie

Eine Diät, die trotz Beschränkung der Kohlenhydrate und Fette abwechslungsreich wie eine Normalkost ist, ist möglich dank Diabetiker-Zucker **SIONON**® *Zuckersüß*

SIDNDN „zuckersüß“ ist ein Idealer Zuckeraustausch für Diabetiker:

- keine Anrechnung auf BE
- wird vom Organismus insulin-unabhängig verwertet
- langsame Resorption aus dem Darm, langsame Umwandlung in der Leber zu Fruchtzucker („Depot-Fruktzucker“)
- hervorragender Glykogenbildner, selbst bei gestörter Leberfunktion
- in der Küche wie normaler Haushaltszucker zu verarbeiten
- SIONON „zuckersüß“ regt den Gallenfluß an, unterstützt die Leberfunktion und aktiviert den Leberstoffwechsel. Es ist daher gleichzeitig ein wertvolles Diätetikum mit Leberschutzeffekt bei Leber- und Gallenleiden.

Selt über 35 Jahren als Diabetikerzucker bewährt.

DRUGOFA GMBH, 5 KÖLN-MOLHEIM 1, POSTFACH 180



17.00—17.10 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. Beneke, Dr. W. Schmitt und Dr. U. Teuber, Pathologisches Institut der Universität Gießen:

„Altersabhängige Veränderungen am Klappenapparat menschlicher Herzen“

17.10—17.20 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. E. Müller, Chefarzt der Neurologischen Abteilung des St.-Josef-Hospitals Bochum:

„Die Dekompensation von Kopfverletzungsfolgen im Alter“

17.20—17.35 Uhr:

Dr. M. Bergener, Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf:

„Probleme der Klinik und Diagnostik seniler und präseniler Demenz unter besonderer Berücksichtigung differential-diagnostischer Gesichtspunkte und hirnpathologischer Befunde“

17.35—17.45 Uhr:

Prof. Dr. Cl. Beck, Universitäts-Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Freiburg:

„Die Versorgung der Altersschwerhörigkeit als soziale Aufgabe“

17.45—18.00 Uhr:

Dr. H. Birkner, Vorstand der 2. Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Die Schenkelhalsfraktur des alten Menschen und seine Folgen aus klinischer und sozialer Sicht“ (1000 Fälle)

18.00—18.10 Uhr:

Dr. W. Jansen, Heimarzt der Nürnberger Altersversorgungsanstalten:

„Systematische Gliederung der Altenhilfe (2000 Betten) in Nürnberg“

Diskussion

Samstag, 27. Mai 1967

2. Hauptthema:

Die Psychologie und Soziologie in der Gerontologie

9.00 Uhr:

s. t. zur Einführung Prof. Dr. H. Thomaе (Tagungsleitung), Direktor des Psychologischen Instituts der Universität Bonn:

9.10—9.25 Uhr:

Prof. Dr. R. Bergler, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg:

„Das Selbstbild im Alter“

9.25—9.40 Uhr:

Prof. Dr. A. Karsten, Lehrbeauftragte an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Frankfurt:

„Die sozialpsychologische Situation älterer Menschen auf dem Lande“

9.40—10.00 Uhr:

Prof. Dr. K. Gottschaldt, Direktor des Psychologischen Instituts der Universität Göttingen:

„Zwillingsuntersuchungen vom 1. bis zum 6. Lebensjahrzehnt“

10.00—10.15 Uhr:

Dozent Dr. W. Fröhlich, Dr. U. Lehr, Psychologisches Institut der Universität Bonn, und Priv.-Doz. Dr. P. Reichertz, Medizinische Poliklinik der Universität Bonn:

„Probleme der Beurteilung psychischer Wirkungen eines Geriatrikum“

10.35—11.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Thomaе, Direktor des Psychologischen Instituts der Universität Bonn:

„Persönlichkeit und Altern“

11.00—11.15 Uhr:

Dipl.-Psych. I. Pusehner, Dipl.-Psych. M. Schreiner, und Dipl.-Psych. H. G. Tismer, Psychologisches Institut der Universität Bonn:

„Expansion und Restriktion in der Lebensthematik älterer Menschen“

11.15—11.30 Uhr:

Dr. H. Simons, Pädagogische Hochschule Bamberg, Dipl.-Math. D. Mehler, Institut für Instrumentelle Mathematik an der Universität Bonn, Dipl.-Psych. N. Erlmeier, Psychologisches Institut der Universität Bonn:

„Probleme der Erfassung der formalen Persönlichkeitsstruktur“

11.30—11.40 Uhr:

Dr. F. J. Mathey, Psychologisches Institut der Universität Bonn:

„Reaktionen auf eine Belastungssituation (Kleier Determinationsgerät)“

11.40—11.50 Uhr:

Dr. W. Essing, Psychologisches Institut der Technischen Hochschule Aachen:

„Veränderungen des Schriftdrucks im höheren Alter“

11.50—12.05 Uhr:

Dr. U. Lehr und Dipl.-Psych. G. Dreher, Psychologisches Institut der Universität Bonn:

„Psychologische Aspekte der Pensionierung“

12.05—12.15 Uhr:

Dipl.-Psych. R. Schmitz, M. Renner und E. Olbricht, Psychologisches Institut der Universität Bonn:

„Freizeit und Alter“

12.15—12.30 Uhr:

Dr. H. Behrends und Dr. D. Neff, Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, Frankfurt/M.:

„Sozialpsychologische Studien zur Situation im Altenheim“

Diskussion

14.15—14.25 Uhr:

Zur Einführung Prof. Dr. K. G. Specht (Tagungsleitung), Vorstand des Seminars für Soziologie der Universität Erlangen-Nürnberg

14.25—14.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. O. Blume, Direktor des Instituts für Selbsthilfe und Sozialforschung Köln:

„Die Lebenssituation älterer Menschen in den Großstädten und auf dem flachen Lande in der Bundesrepublik“

14.45—15.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. O. Blume, Direktor des Instituts für Selbsthilfe und Sozialforschung Köln:

„Ältere Arbeitnehmer in der Industrie“

15.00—15.15 Uhr:

J. F. V. Deneke, Lehrbeauftragter an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg:

„Probleme des alternden Menschen im freien Beruf“

OXYMORS SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWÄHRT

KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMFLORE UND DER NIEREN **bei Oxyuriasis**

Vermifuge Wirkung! 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 »fortec

15.15—15.30 Uhr:

Dr. E. Kuhlmeier, Oberstudienrätin, Köln:
„Die Lebenslage verwitweter Frauen“

15.30—15.45 Uhr:

P. Chr. Ledig, Geschäftsführer des Rationalisierungs-
Kuratoriums der deutschen Wirtschaft, Frankfurt/M.:
„Ältere Arbeitnehmer und die Produktivitäts-Proble-
matik“

16.00—16.15 Uhr:

M. Hofrichter, Verw. Direktor der Bundesanstalt
für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung
Nürnberg:

„Berufliche Anpassung für ältere Arbeitnehmer“

16.15—16.30 Uhr:

H. Wirth, Dipl.-Volkswirt, München:
„Möglichkeiten der Beschäftigung älterer Menschen im
industriellen Großbetrieb“

16.30—16.50 Uhr:

A. Weller, Ministerialrat im Bundesministerium
des Innern, Bonn:„Das Bundessozialhilfegesetz als Grundlage der Be-
treuung alter Menschen“

16.50—17.20 Uhr:

Dr. U. Brisch, Sozialdezernent der Stadt Köln:
„Der alte Mensch und die Aufgaben der Sozialämter
der Großstädte“

17.20—17.40 Uhr:

Dr. M. Thoma, Stadtrat der Stadt Nürnberg und
Lehrbeauftragter der Wirtschafts- und Sozialwissen-
schaftlichen Fakultät der Universität Erlangen-Nürn-
berg:„Ziel und Grenzen in der Helmunterbringung alter
Menschen“

17.40—17.55 Uhr:

Dr. L. Müller, Institut für Empirische Soziologie
Nürnberg:„Praktische Erfahrungen bei der Betreuung von alten
Menschen“ (aus der Arbeit des Bayerischen Roten
Kreuzes)

17.55—18.10 Uhr:

Prof. Dr. W. Schiffel, Honorarprofessor an der
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der
Universität Erlangen-Nürnberg:„Erfahrungen aus der Arbeit in großstädtischen Alten-
klubs“

Diskussion

Auskunft: Dr. H. Kaiser, 8900 Augsburg, West-
krankenhaus

Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

vom 20. bis 21. Mai 1967 in Würzburg

Die Frühjahrstagung 1967 der Bayerischen Röntgen-
gesellschaft findet am 20./21. 5. 1967 in Würzburg statt.Hauptthemen: Nephrotomographie — Thermo-
graphie und Thermovision — konventionelle und
Megavolt-Bestrahlung der Hirntumoren — Lungen-
szintigraphie — Probleme der Bestrahlung anoxischer
TumorzellenAuskunft: Professor Dr. H. Anacker, Chefarzt der
Strahlenabteilung des Krankenhauses rechts der Isar,
8000 München 8, Ismaninger Straße 22.

51. Tagung der Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen-, Ohrenärzte

vom 22. bis 23. September 1967 in Freiburg/Br.

Am 22./23. 9. 1967 findet unter der Leitung von Pro-
fessor Dr. F. Zöllner in Freiburg/Br. die 51. Tagung
der Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen- und
Ohrenärzte statt.Vortragmeldungen zu dem Thema „Wiederherstellungs-
plastiken im Hals-, Nasen-, Obrenbereich“ werden bis
30. 4. 1967 erbeten an den Schriftführer Professor Dr.
J. Matzker, 6500 Mainz, Langenbeckstraße I, Uni-
versitäts-HNO-Klinik

XXIII. Internationaler Fortbildungskurs

vom 25. bis 30. September 1967 in Karlsbad

Die Physiologische Sektion und die Gastroenterologische
Sektion der Tschechoslowakischen medizinischen Ge-
sellschaft 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 For-
schern aus verschiedenen Ländern gehalten werden. An
diese Vorträge schließen Diskussionen an.Außer diesen Vorträgen werden erstmalig auch Mit-
teilungen (höchstens 10 Minuten) in das Kursprogramm
eingereicht. 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 Simultan-
übersetzungsdienst in diese Sprachen (entsprechend der
Anzahl der Anmeldungen) ist vorgesehen.Das Rahmenprogramm umfaßt Besichtigungen der
Kureinrichtungen, Demonstrationen von Kurbehand-
lungen, kulturelle und gesellschaftliche Veranstaltungen.
Für Familienmitglieder ist ein besonderes Programm
vorgesehen.Das ausführliche Programm des Kurses wird alle wei-
teren Informationen über die Anmeldung, Reisever-
bindungen, Sichtvermerk, Geldwechsel, Hotelreserva-
tion usw. enthalten.Auskunft: Sekretariat des XXIII. Internationalen ärzt-
lichen Fortbildungskurses, Albertov 7, Prag 2, Tschecho-
slowakei

Vegobamat®

25 Dragées DM 1,85
50 Dragées DM 3,25für die
psychosomatische
TherapieDr. Schertl GmbH
Euphorta
München 15

KONGRESSREISEN

Die Pressestelle der Bayerischen Ärzteschaft bietet in Zusammenarbeit mit dem Amtlichen Bayerischen Reisebüro (ABR), 8000 München 2, Promenadeplatz 12/I, 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

Das ausführliche Programm ist in Heft 1 und 2/1967 des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht.

KONGRESSKALENDER

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

April 1967:

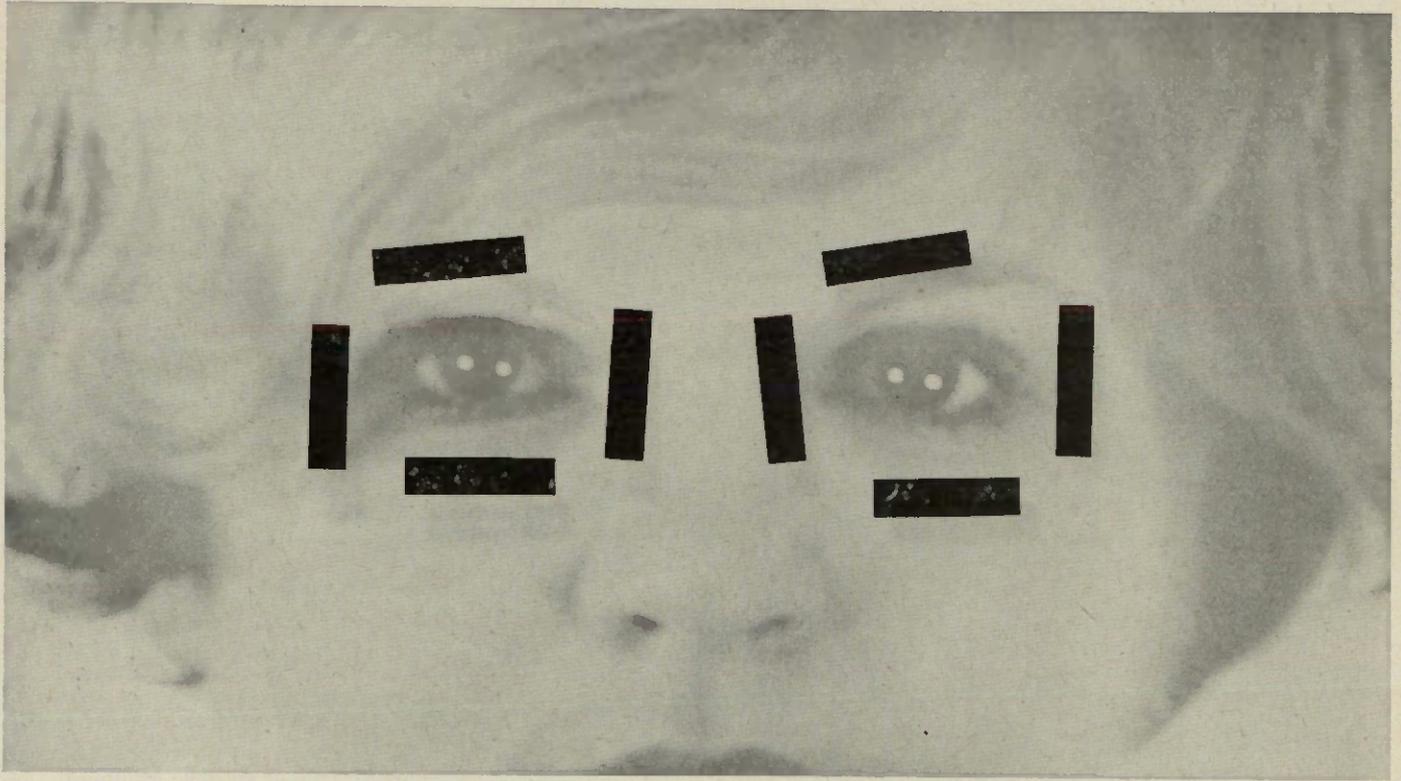
- 10.—14. 4. in Würzburg: Frühjahrstagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. Auskunft: Physiologisches Institut, 8700 Würzburg, Röntgenring.
- 14.—15. 4. in Erlangen: Internationales Symposium über Echoenzephalographie. Auskunft: Dr. med. E. Kazner, Neurochirurgische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 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 Neuherberg: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 17.—28. 4. in Neutrauburg: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulentherapie. Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Neutrauburg.
- 19.—21. 4. in Münster: V. Internationale Staublungen-tagung. Auskunft: Institut für Staublungenforschung und Arbeitsmedizin der Westf. Wilhelms-Univ., 4400 Münster, Westring 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, Feldbergstraße 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. Diehlm, 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.
- 22.—23. 4. in Bad Kissingen: 17. Ärztlicher Fortbildungskurs. Auskunft: Dr. Brügel, Saale-Sanatorium, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20.
- 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 Freiburg: 9. blutgruppenserologischer Kurs des Blutspendedienstes der Kliniken der Universität Freiburg. Auskunft: Dr. M. Matthes, 7800 Freiburg, Hugstetter Straße 55.

- 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.
24. 4.—6. 5. in Lindau: 17. Lindauer 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.—28. 4. in Prag: 5. Wissenschaftliche Tagung der Gesellschaft für Versuchstierkunde. Auskunft: Dr. K. Gärtner, Tierversuchsanlage der Universitätskliniken, 6000 Frankfurt-Sachsenhausen, Ludwig-Rehn-Straße 14.
- 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 Baden-Baden: Deutsch-französischer Orthopäden-Kongreß. Auskunft: Kongreßbüro Dr. H. Waldmann, 7500 Karlsruhe, Stephaniestraße 88.
29. 4. in München: 1. Arbeitstagung der Gesellschaft zur Erforschung der makromolekularen Organo- und Immunotherapie e. V. Auskunft: Professor Dr. Kraft, 8000 München 22, Veterinärstraße 13.
- 29.—30. 4. in Darmstadt: 94. Tagung der Südwestdeutschen Dermatologen-Vereinigung. Auskunft: Prof. Dr. E. Landes, 6100 Darmstadt-Eberstadt, Heidelberger Landstraße 379.
- 29.—30. 4. in Würzburg: Tagung der Bayerischen Augenärzte. Auskunft: Prof. Dr. W. Leydhecker, 8700 Würzburg, Röntgenring 12.
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-Baden: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. Auskunft: Prof. Dr. E. Hauser, 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. Mösslinger, 7100 Heilbronn, Karlstraße 99.
- 4.—6. 5. in Luxemburg: Weltbäderkongreß. Auskunft: Internationale Akademie für Bäderkunde und Bädertechnik e. V., 2800 Bremen, Waller Heerstraße 154 A.
- 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 Straße 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.

Externe Kortikosteroid - Medikation in Augennähe?



Ja, auch in Schleimhautnähe –
und gerade dort – können Sie mit

CORTI-FLEXIOLE[®]

risikolos ekzematöse und allergisch-
dermatitische
Affektionen therapieren.

CORTI-FLEXIOLE ist eine echte Lösung von 0,4% (g/g) reinem, unverestertem Hydrocortison in einem völlig reizlosen öligen Medium. 0,2% (g/g) Chloramphenicol beugen einer Infektion entscheidend vor. 5.000 I.E. Vitamin A/g wirken epithelschützend, regenerieren das zerstörte Gewebe und erzeugen eine Korium-Hyperämie, welche die Penetration von Hydrocortison fördert.

CORTI-FLEXIOLE ist aufgrund Ihrer Zusammensetzung speziell zur Behandlung ekzematöser und allergisch-dermatitischer Affektionen an den Augenlidern, im Gesicht und an der Vulva hervorragend geeignet.

CORTI-FLEXIOLE hat sich außerdem bewährt bei der Behandlung subakuter Ekzeme, also in der 2. Phase der klassischen Ekzemtherapie, zur Intervallbehandlung in der Teerphase sowie zur Nachbehandlung bei abheilenden Neurodermitiden, Ekzemen und Psoriasis.

CORTI-FLEXIOLE ist mit den meisten Salbengrundlagen gut mischbar und deshalb auch zur Verwendung in der Rezeptur geeignet.



dr. mann · berlin

- 4.—7. 5. in Velden: 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, 8000 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.
- 6.—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.—6. 5. in Nürnberg: Jahresversammlung der Bayerischen Nervenärzte. Auskunft: Prof. Dr. W. Bronnisch, 8500 Nürnberg, Flurstraße 17.
- 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 Kiel-Wik, Weimarer Straße 8.
- 5.—7. 5. in Venedig: I. Europäischer Kongreß für Fertilität und Sterilität. Auskunft: Prof. Dr. K. Semm, 11. Univ.-Frauenklinik, 8000 München 15, Lindwurmstraße 2 a.
- 7.—11. 5. in Bad Reichenhall: 38. Jahres-Rauptversammlung der Deutschen Gesellschaft der Hals-Nasen-Obren-Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. G. Eigler, 8300 Gießen, Univ.-HNO-Klinik.
- 7.—13. 5. in Wien: Weltkongreß für Kraftfahrtmedizin. Auskunft: Ärztliche Kraftfahrvereinigung Österreichs, A-1010 Wien, Weihburggasse 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. Albath, 8700 Würzburg, Katharinenengasse 3.
- 15.—26. 5. in Melbourne: 5. Internationaler Kongreß der World Confederation for Physical Therapy. Auskunft: Mr. S. Komesarook, Australian Physiotherapy Assn., Suite 10, Syivan, 546 St. Kilda Rd., Melbourne.
- 16.—18. 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 Prag: Tagung der Internationalen Gesellschaft zum Studium der Bronchien. Auskunft: Doc. MU Dr. Styblo, Institut des Recherches sur la Tuberculose, Prag 8 (CSSR).
- 18.—19. 5. in München: Gefäßchirurgische Arbeitstagung. Auskunft: Dr. H. M. Becker, Chirurgische Universitätsklinik, 8000 München 15, Thalkirchner Straße 48.
- 20.—21. 5. in Frankfurt: Süddeutscher Kinderärztekongreß. Auskunft: Prof. Dr. O. Hövels, Universitäts-Kinderklinik, 8000 Frankfurt, Ludwig-Rehn-Straße 14.
- 20.—21. 5. in Salzburg: 4. Fortbildungstagung der Salzburger Ärztegesellschaft (Thema: „Der medizinische Fortschritt in der täglichen Praxis“ — aus dem Gebiet der Gastroenterologie und Pädiatrie). Auskunft: Dr. Mösi, Landeskrankenanstalten, A-5020 Salzburg.
- 20.—24. 6. in Garmisch-Partenkirchen: 70. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 6000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 22.—26. 6. in Berlin: Einführung in die Labordiagnostischen Methoden der Arbeitsmedizin. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 22.—29. 5. in Meran: 5. Internationaler Fortbildungskongreß für praktische und wissenschaftliche Pharmazie. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker, 6000 Frankfurt, Beethovenplatz 1/3.
- 24.—27. 5. in Leipzig: 18. Tagung der Gesellschaft für Orthopädie. Auskunft: Prof. Dr. P. F. Matzan, X-70 Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 53.
- 25.—27. 5. in Badgastein: 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, Kaimorgenweg 3.
- 25.—28. 5. in Heilbronn: Tagung der süddeutschen Gesellschaft für Tuberkulose- und Lungenkrankheiten. Auskunft: OMR Dr. Liebknecht, 8901 Stadbergen, Robert-Koch-Straße 4.
- 26.—27. 5. in Nürnberg: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Altersforschung. Auskunft: Dr. H. Kallser, 8900 Augsburg, Westkrankenhaus.
- 28.—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: 19. 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. Muirier, 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: Elnßbrungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostentaliee 83.
29. 5.—10. 8. 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: Elnßbrungskurs in den Strahlenschutz für Oberinnen, Lebrschwestern, Röntgen- und Radium-Schwestern, Medizintechnische Assistentinnen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingotstädter Landstraße 1.
30. 5.—3. 8. in Berlin: 16. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 1000 Berlin 41, Klingsorstraße 21.

Juni 1967:

- 1.—2. 6. in Berlin: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin. Auskunft: Prof. Dr. H. Schaeffer, 6900 Heidelberg, Akademiestraße 3.
- 2.—3. 6. in Berlin: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für die Ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete. Auskunft: Prof. Dr. Schreus, 4000 Düsseldorf, Wagnerstraße 15.
- 2.—3. 6. in Biel (Schweiz): Jahreskongreß der Schweizer Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. med. H. U. Buff, CH-8006 Zürich, Gloriastraße 29.
- 3.—4. 6. in Braunschweig: Wochenendkurs „Mutter und Kind“. Auskunft: Dr. Evelbauer, 3300 Braunschweig, Celler Straße 38.
- 3.—18. 6. Internationale Studienreise nach Moskau. Auskunft: Gesellschaft für akademische Studienreisen, 6900 Heidelberg, Philipp-Wolfrum-Weg 4.
- 5.—7. 6. in Bad Elster: Jahrestagung der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie. Auskunft: Dr. G. Schaeffer, Med. Univ.- und Poliklinik, X-69 Jena, Bachstraße 18.
- 5.—7. 6. in Löwen: 1. Europäischer Kongreß der European Thyroid Association. Auskunft: Dr. C. Beckers, Laboratoire de Pathologie Générale, 69, rue de Bruxelles, Louvain.
- 5.—8. 6. in Prag: II. Internationales allergologisches Symposion. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Prag 2.
- 5.—9. 6. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Werksärzte. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 5.—16. 6. in Berlin: Arbeitsmedizinischer Informationslehrgang. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
- 7.—10. 6. in Paris: 5. Internationaler Kongreß „Kunst und Psychopathologie“. Auskunft: Dr. C. Wiart, Clinique de la Faculté, 1, rue Cabanis, Paris, 14e.
- 8.—18. 6. in Langeoog: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, 3000 Hannover, Sallstraße 16.
- 9.—10. 8. in Bad Scuol-Tarasp-Vulpera: Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie. Auskunft: Prof. Dr. N. Markoff, Chefarzt der Medizinischen Klinik des Kantospitals, CH-7000 Chur.
- 10.—11. 6. in Heidelberg: 135. Tagung der Mitteleuropäischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. H. Lau, Univ.-Frauenklinik, 6900 Heidelberg, Voßstraße 9.
- 10.—15. 6. in Erfurt: 3. Internationaler Kongreß der Gesellschaft für Rehabilitation. Auskunft: Chefarzt Dr. med. Kachel, X-6202 Bad Liebenstein, Volkshelbad Liebenstein.
- 13.—16. 6. in Preßburg: Tschechoslowakischer Kardiologischer Kongreß mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Prag 2.
- 16.—17. 6. in Heilbronn: 8. Tagung der Südwertdeutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Dr. Theo Henftling, 7100 Heilbronn, Oststraße 24.
- 18.—23. 6. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 19.—23. 6. in Wien: 3. Fortbildungskurs für Chirurgen. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, Aiserstraße 4, A-1090 Wien IX.
- 19.—24. 6. in Norderney: Einführungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostendallee 83.
- 19.—26. 6. in Westerland/Sylt: 26. Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde. Auskunft: Universitätsinstitut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde, 2280 Westerland/Sylt.
- 19.—30. 8. in Berlin: Arbeitsmedizinische Sonderprobleme. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
19. 6.—7. 7. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 20.—23. 6. in Kopenhagen: 15th Scandinavian Congress of Pathology and Microbiology. Auskunft: Dr. J. C. Salm, Statens Seruminstitut, Amager Boulevard 8, Copenhagen.
- 24.—25. 6. in Bad Bergzabern: EKG-Feindiagnostik und das elektrische Herz-Portrait (1. Teil). Auskunft: Dr. Dr. Klenie, Chefarzt der Herz-Klinik, 6748 Bad Bergzabern.
- 24.—25. 6. in Gießen: Ärztlicher Fortbildungskurs über Fragen der Geburtenregelung. Auskunft: Sekretariat ärztlicher Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Rudolf-Buchheim-Straße 10.
- 25.—30. 6. in Montreal/Kanada: Jahreskongreß der Canadian Anaesthetists Society. Auskunft: Dr. G. F. Brindle, Neurological Institute, 3801 University St., Montreal 2.
- 26.—30. 6. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs) für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
26. 6.—1. 7. in Innsbruck: Einführung in die Hämatologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
26. 6.—1. 7. in Westerland: Einführungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostendallee 83.
26. 6.—1. 7. in Wien: 5. Internationaler Kongreß für Chemotherapie. Auskunft: Doz. Dr. K. H. Spitzky, 1. Medizinische Universitätsklinik, Spitalgasse, A-1090 Wien IX.
- 27.—30. 6. in Paris: I. Internationaler Kongreß der Transplantation Society. Auskunft: Sekretariat Dr. J. Dausset, Hôpital Saint-Louis, Paris Xe.
30. 6.—1. 7. in Kassel: Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Dr. med. H. Grod, 5000 Köln-Mülheim, Elisabeth-Breuer-Straße 5.
30. 8.—1. 7. in Davos: Ärztliche Tagung über elektrische Unfälle. Auskunft: ORMR Dr. R. Hauf, Ärztliche Forschungsstelle für elektrische Unfälle, 7800 Freiburg/Br., Fahnenbergplatz 6.

Juli 1967:

- 2.—8. 7. in Pörtschach/Wörther See: Einführungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostendallee 83.
- 2.—9. 7. in Zagreb: 6. Weltkongreß zur Verhütung von Berufsunfällen und -krankheiten. Auskunft: Mr. M. Logar, Radicev, Trg. 3, Zagreb.
- 3.—5. 7. in Wien: Europäisches Cancer Meeting (im Anschluß an den 5. Internationalen Kongreß für Chemotherapie). Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, A-1090 Wien, Aiserstraße 4.
- 3.—7. 7. in Lindau: 17. Tagung der Nobelpreisträger (6. Tagung der Chemiker). Auskunft: Ständiger Arbeitsausschuß für die Tagungen der Nobelpreisträger in Lindau, 8990 Lindau, Postfach 11.

Euphorcain®

5 Ampullen DM 4,75

Zur intravenösen
Neuraltherapie,
sofort schmerzfrei!

Dr. Schertl GmbH
Euphorta
München 15



- 3.—7. 7. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Apotheker, Biologen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingoistädter Landstraße 1.
- 4.—6. 7. in Paris: 21. Kongreß der Association des Pédiatres de Langue Française. Auskunft: Expansion Scientifique Française, 15, rue Saint-Benoît, 75-Paris-VIe.
- 9.—14. 7. in München: 14. Internationaler Kongreß für Urologie. Auskunft: Prof. Dr. F. May, 8000 München, Thalkirchner Straße 48.
- 10.—21. 7. in Neutrauchburg: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulentherapie. Auskunft: Dr. K. Sell, 7972 Neutrauchburg.
- 12.—14. 7. in Kyoto/Japan: Internationaler Kongreß für Psychosomatische Medizin und Hypnose. Auskunft: Prof. Yujiro Ikemi, M. D., Dept. of Psychosomatic Medicine, School of Medicine, Kyushu University, Fukuoka.
- 15.—16. 7. in Starnberg: Tagung der Internationalen Kinderurologen. Auskunft: Prof. Dr. Bischoff, 2000 Hamburg 20, Heilwigstraße 28.
- 16.—22. 7. in Timmendorfer Strand: Einführungskurs in die Chirotherapie der Wirbelsäule. Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 4700 Hamm, Ostenseeallee 83.
- 21.—22. 7. in München: 44. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung. Auskunft: Prof. Dr. med. W. Fick, 8000 München 19, Hubertusstraße 1.
- 25.—28. 7. in Amsterdam: Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für neurovegetative Forschung. Auskunft: Prof. Dr. A. Sturm, 5600 Wuppertal-Barmen, Heuserstraße 40.
- 29.—30. 7. in Bad Bergzabern: EKG-Feindiagnostik und das elektrische Herz-Portrait (2. Teil). Auskunft: Dr. Dr. Kienie, Chefarzt der Herz-Klinik, 6748 Bad Bergzabern.
30. 7.—4. 8. in Stockholm: VI. Internationaler Diabetes-Kongreß. Auskunft: Dr. B. Andersson, Reso Congress Service, Fack, Stockholm 1.
31. 7.—5. 8. in München: 13. Internationaler Kongreß für Dermatologie. Auskunft: Prof. Dr. C. G. Schirren, 8000 München 15, Frauenlobstraße 9.

August 1967:

- 21.—26. 8. in Wiesbaden: 7. Internationaler Kongreß über Psychotherapie. Auskunft: Prof. Dr. W. Th. Winkler, 4830 Gütersloh, Westfälisches Landeskrankenhaus.
21. 8.—2. 9. in Meran: XV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Therapie lenkung durch Funktionsprüfungen in Praxis und Klinik“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
26. 8.—2. 9. in Madonna di Campiglio: VI. Bergsteigerlehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: OMR Dr. Friedrich, 8000 München 23, Wilhelmstraße 16.

In diesem Heft inserieren folgende pharmazeutische Firmen:

Asche & Co., Hamburg
Bayer-Drugoia GmbH, Köln
Bionorica KG., Nürnberg
C. F. Boehringer & Soehne GmbH, Mannheim
Dr. Braun & Herberg, Bad Schwartau
Chemiepharm GmbH, Saarbrücken
Dorsch & Co. KG., München
Karl Engelhardt, Frankfurt/Main
Fher Arzneimittel GmbH, Mainz
Gebr. Giuliani GmbH, Ludwigshafen
Gödecke & Co. AG., Freiburg
Heel GmbH, Baden-Baden
Arzneimittelfabr. Hüls, Dr. Hense, Hüls
Farbwerke Hoechst AG., Frankfurt/Main
Ifah GmbH, Hamburg
Jacopharm, Hamburg-Schenefeld
Klinge, München 23
Krewel-Werke, Eitorf b. Köln
Labopharma GmbH, Berlin
Lindopharm KG., Hilden/Rhld.
Dr. Madaus & Co., Köln-Merheim
Dr. Gerhard Mann, Berlin
Medika, München
Melusin-Arzneimittel, Düsseldorf
E. Merck AG., Darmstadt
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
G. Pohl-Boskamp, Hohenlockstedt
Recorsan-Gesellschaften, Gräfeifing
Julius Redel, Cesra Arzneimittel-Fabrik, Haueneberstein
b. Baden-Baden
Dr. Rudolf Reiss, Berlin
Richter & Cie., Eitville
Dr. F. Sasse, Berlin
Dr. Schertl GmbH, München
W. Schwarzhaupt KG., Köln
Simons Chem. Fabrik, Gauting
Südmedica GmbH, München
Taeschner, Kipfenberg
Uzara-Werk, Melzungen
Westburg-Arzneimittel, Bad Godesberg
Wülfing, Arzneimittel, Düsseldorf
Wyeth-Pharma, Münster

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
Klinge, München 23
Dr. Rudolf Reiss, Berlin
A. Nattermann & Co., Köln-Braunsfeld
Asche & Co., Hamburg
Winterthur-Versicherung, München

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 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 u. Werbung GmbH & Co., KG., früher Verlag u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigentell 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.

Bad Aibling OBERBAYERN ★
MOORHEILBAD

Rheuma, Frauenleiden, Arthrosen
Ärzte-Sonderschrift durch die Kurverwaltung
Tel. 08061/521