

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEBEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 4

München, April 1968

23. Jahrgang

## Gynäkologische Probleme im Sport\*)

Von G. K. Döring

Sportärzte und Gynäkologen haben sich schon oft mit der Frage beschäftigt, inwieweit der weibliche Organismus für eine intensive sportliche Betätigung geeignet ist bzw. unter welchen Umständen die sportliche Betätigung eingeschränkt werden sollte.

Die Meinung über diese Frage hat sich in letzter Zeit erheblich gewandelt. Früher war z. B. die Auffassung weit verbreitet, sporttreibende Frauen hätten wegen der dadurch verursachten „straffen Faser“ schwere Geburten. Wir können uns heute dieser Meinung keinesfalls anschließen. Wir finden durchweg, daß sporttreibende Frauen einschließlich der Leistungssportlerinnen rasche und leichte Geburten haben.

### Menstruationszyklus und Sport

Früher war die Ansicht ziemlich weit verbreitet, zur Zeit der Menstruation sei die Leistungsfähigkeit einer Frau deutlich vermindert. Im Zusammenhang mit dem Leistungssport ist zunächst die Frage von Interesse, ob es objektiverbare Veränderungen der Muskelkraft im Zyklus gibt. NOACK hat über experimentelle Untersuchungen zu diesem Thema berichtet (s. Tabelle 1).

individuelle Bestleistung	prä-menstruell	menstruell	post-menstruell
Medizinballstoßen	9	17	26
Rundgewichtheben	4	12	14
Bauchmuskelfkraft	3	3	23
Handbeugerkraft	2	4	12
Rumpfbeugerkraft	4	3	12

Tabelle 1

Verteilung individueller Bestleistungen bei meßbaren Muskelleistungen auf die Zeit vor, während und nach den Menses. Es zeigt sich, daß Bestleistungen in überwiegender Maße postmenstruell beobachtet werden, und daß das Minimum der Bestleistungen nicht während, sondern vor den Menses gefunden wird (nach KLAUS und NOACK)

Seine Ergebnisse zeigen, daß bei allen untersuchten Muskelleistungen das Optimum am häufigsten postmenstruell erreicht wurde. Die Bestleistungen wurden am seltensten vor und während der Menses gefunden.

\*) Nach einem Vortrag anlässlich der wissenschaftlichen Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V. vom 15.—17. 12. 1967 in Grünwald bei München.

Funktionsänderungen der Sinnesorgane sind im Zyklus nur selten untersucht worden. Abbildung 1 zeigt eindeutige funktionelle Leistungsunterschiede in Abhängigkeit von der Zyklusphase für die Verschmelzungsfrequenz des Auges (AULHORN). Es wurde ein signifikantes Maximum der Verschmelzungsfrequenz nach den Menses beobachtet, das als Zeichen eines postmenstruellen Funktionsoptimums zu werten ist.

Es gibt natürlich noch andere zentralnervöse Funktionen, deren Qualität für den Leistungssport genauso wichtig ist wie rein muskuläre oder sinnesphysiologi-

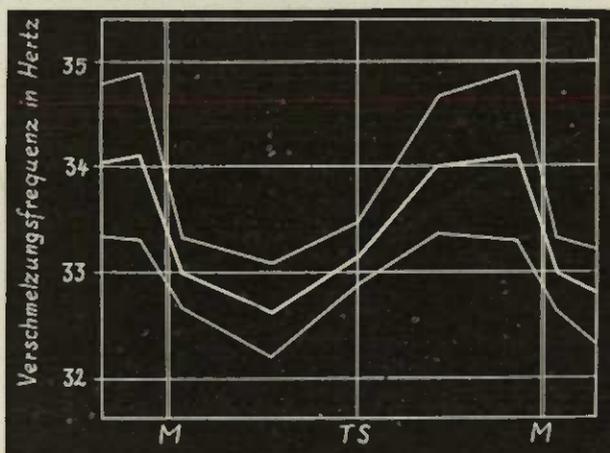


Abbildung 1

Mittelwertkurven für die Verschmelzungsfrequenz des Auges. Auf der Ordinate ist die Verschmelzungsfrequenz in HERTZ angegeben, auf der Abszisse der schematisierte Ablauf eines Zyklus mit M (= Menstruationsbeginn) und TS (= Temperaturanstieg). Das Minimum der Verschmelzungsfrequenz im Postmenstruum gilt als Ausdruck eines Funktionsoptimums

sche Funktionen. Überraschenderweise ergaben neuere Untersuchungen keine nennenswerten zyklischen Veränderungen sowohl für die Reaktionszeit als auch für die Koordinationsfähigkeit (DÖRING). Ein geringer Effekt wurde bei der Prüfung der Gleichgewichtsregulation beobachtet, bei der ein Leistungsoptimum ebenfalls postmenstruell zu finden ist (DÖRING und STAIGER). Damit stimmen die Untersuchungen gut überein, die NOACK und seine Mitarbeiter über die psychomotorische Geschicklichkeit angestellt haben (s. Tab. 2).

	prä-menstruell	intra-menstruell	post-menstruell
Test der psychomotorischen Geschicklichkeit (O'Connor)	5,62	5,71	5,32

Tabelle 2

Ergebnisse des O'Connor-Tests bei 35 Versuchspersonen (nach KRETZSCHMAR und HINTERSDORF). Die Leistung war postmenstruell am besten, d. h., der Zeitaufwand für eine bestimmte psychomotorische Leistung war dann am kleinsten

Auch hier war postmenstruell die Leistung am besten, d. h., der Zeitaufwand für die im Test enthaltene psychomotorische Aufgabe war postmenstruell am kleinsten.

Auch psychische Momente sind für das Zustandekommen sportlicher Höchstleistungen von Bedeutung. Gerade hier hat sich lange Zeit die Vorstellung von einer menstruellen Leistungseinbuße gehalten. Das gilt wohl, wenn man dabei an die Stimmungslage denkt. Abbildung 2 zeigt die ersten statistisch einwandfreien Er-

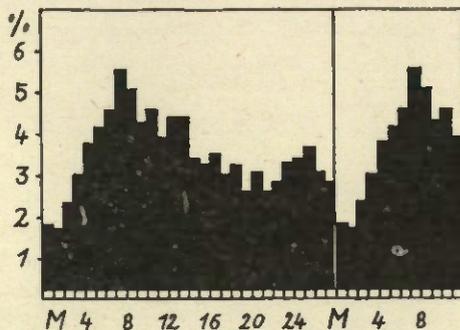


Abbildung 2

Graphische Darstellung der auf die Zyklustage verteilten Eintragungen von 110 Frauen während 780 Zyklen über „gehobene Stimmung“ nach McCANCE, LUFF und WIDDOWSON. Es ergibt sich ein deutlicher postmenstrueller Gipfel

hebungen über die Verteilung von „Tagen mit gehobener Stimmungslage“ im Zyklus. Das Maximum ist wieder postmenstruell. Dieses Ergebnis deckt sich weitgehend mit gynäkologischen Erfahrungen und ist von gewisser praktischer Bedeutung.

Die Frage nach der Leistungsfähigkeit im Zyklus kann man folgendermaßen zusammenfassen: Die Funktionsprüfungen in den verschiedensten Bereichen ergaben ausnahmslos einen Gipfel der Leistungsfähigkeit postmenstruell. Das Leistungsminimum lag am häufigsten prämenstruell. Dazu paßt die Erfahrung, daß sich bei der Frau die meisten Sportunfälle prämenstruell ereignen (C. MÜLLER).

### Menstruation und Sport

Die Erfahrungen der Gynäkologen zeigen, daß aufsteigende Infektionen, in erster Linie Salpingo-Oophoritiden, am häufigsten während der Menstruation auftreten. Aus diesem Grunde wird geraten, während der Menses stärkere körperliche Belastungen zu vermeiden. Das gilt auch für alle Wettkampf-Dauerbelastungen, Bergsteigen, Skilaufen, Tennisturniere und ähnliche Disziplinen. Bei kurzfristigen Leistungen, wie sie von

den meisten leichtathletischen Disziplinen verlangt werden, sind diese Gefahren geringer.

Vom Schwimmen sollte man während der Regel nicht nur wegen der genannten Gefahren einer erhöhten Infektionsbereitschaft, sondern auch aus hygienischen und ästhetischen Gründen abraten. Wenn Wettkampftermine die Teilnahme während der Menses erforderlich machen, so sollten nach Möglichkeit Tampons benutzt werden. Dann soll auch die Infektionsgefahr sehr viel geringer sein.

Ein immer wiederkehrendes Problem ist die Befreiung vom Schulsport wegen der Menses. Für notwendig halte ich diese Befreiung an den Tagen, an denen mit einer starken Blutung zu rechnen ist. Dabei stehen eindeutig ästhetische und eventuell noch hygienische Gesichtspunkte im Vordergrund. Man muß im Einzelfall daran denken, ob man mit dieser Routinebefreiung vom Schulsport nicht unter Umständen das Gefühl einer menstruellen Insuffizienz künstlich züchtet. An Tagen mit nur schwacher Regelblutung oder bei Mädchen, die überhaupt nie eine starke Blutung haben, halte ich eine Befreiung vom Schulsport nicht für unbedingt erforderlich.

Für den Sportarzt und für den Gynäkologen ergibt sich aus dem Problem der tatsächlichen oder eingebildeten Leistungsverminderung durch die Menstruation gelegentlich eine ganz bestimmte praktische Konsequenz: Er wird vor die Frage gestellt, bei einer Frau oder einem Mädchen die Menstruation zu verschieben, weil für das betreffende weibliche Wesen ein wichtiges sportliches Ereignis mit dem Termin der bevorstehenden Menstruation zusammentrifft.

Ehe der Arzt diesem Wunsch nachgibt, sollte er sich ein Bild davon verschaffen, ob tatsächlich mit einer menstruellen bzw. prämenstruellen Leistungsminderung gerechnet werden muß. Außerdem wird man abwägen, ob das sportliche Ereignis den Einsatz derartiger ärztlicher Maßnahmen rechtfertigt. Bei zyklusstabilen Frauen und Mädchen braucht man andererseits die Indikation zu einer Zyklusverschiebung nicht allzu streng zu stellen. Die Erfahrungen mit Zyklusverschiebungen aus anderer Indikation haben gezeigt, daß die heute zur Verfügung stehenden Maßnahmen keine Schäden hervorrufen. In Abbildung 3 sind die beiden Möglichkeiten der Menstruationverschiebung übersichtlich dargestellt.

Die Abbildung zeigt oben einen unveränderten Normalzyklus von 28 Tagen Länge. Die zweite Zeile zeigt den Fall, daß wegen eines wichtigen sportlichen Ereignisses am 29. Zyklustag die Menstruation um etwa eine Woche hinausgeschoben werden soll. Dieses Ziel erreicht man ohne Schwierigkeit und absolut zuverlässig durch Verabfolgung einer Kombination von Östrogen und Gestagen (z. B. tgl. 3 Tabl. Primosiston) vom 4. Tag ante menstruationem bis über das „Ereignis“ hinaus.

Aus den Ausführungen über die Veränderungen der Leistungsfähigkeit im Zyklus ergibt sich, daß dieses Hinausschieben der Menstruation unter Umständen unzuweckmäßig sein kann. Für Frauen mit einem ausgesprochenen Leistungstief im Prämenstruum erreicht man mit dieser Form der Zyklusverschiebung, daß das „Ereignis“ dann ausgerechnet in ein verlängertes Prämenstruum fällt.

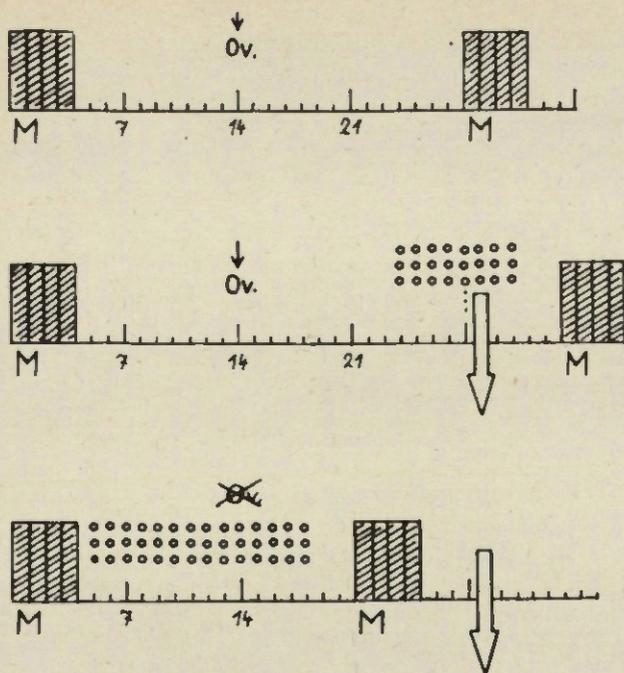


Abbildung 3

Darstellung der beiden Möglichkeiten einer Menstruationsverschiebung. Oben ein unveränderter Normalzyklus mit 28tägigem Intervall. In der Mitte soll die Menstruation wegen eines wichtigen sportlichen Ereignisses am 29. Zyklustag um etwa eine Woche hinausgeschoben werden. Durch Verabfolgung von täglich dreimal einer Tablette Primosiston® vom vierten Tag ante menstruationem bis über das „Ereignis“ hinweg ist dieses Ziel ohne Schwierigkeit und absolut zuverlässig zu erreichen. Wenn aus bestimmten Gründen die Menstruation nicht hinausgeschoben, sondern vorverlegt werden soll, verabfolgt man vom fünften Zyklustag an 10 bis 14 Tage lang täglich dreimal eine Tablette Primosiston (s. unten). Dadurch wird die Ovulation unterdrückt, und es kommt zwei bis drei Tage nach Absetzen des Primosiston zu einer menstruationsähnlichen Blutung, in unserem Beispiel am 21. Zyklustag. Jetzt fällt das „Ereignis“ in die postmenstruelle Phase der optimalen physischen und psychischen Verfassung

Es wäre in einem solchen Fall zweckmäßiger, die Menstruation nicht hinauszuschieben, sondern früher eintreten zu lassen. Das gelingt nur mit Hilfe der Ovulationshemmung. Man verabfolgt z. B. während der Zeit vom 5. bis 18. Zyklustag täglich dreimal eine Tablette Primosiston. Dadurch wird die Ovulation unterdrückt und es kommt etwa am 21. Zyklustag zu einer menstruationsähnlichen Blutung. Jetzt fällt das „Ereignis“ in die postmenstruelle Phase der besten körperlichen und seelischen Leistungsfähigkeit. Das Vorverlegen einer Regelblutung gelingt natürlich nur dann, wenn frühzeitig mit der notwendigen Behandlung begonnen werden kann.

### Schwangerschaft und Sport

Die meisten Sportarten sind in der Schwangerschaft verboten. Das hängt mit der erhöhten Gefahr einer Fehlgeburt und auch einer Frühgeburt durch die mit der sportlichen Betätigung verbundenen Erschütterung der Bauchorgane zusammen, durch die eine unzeitige Wehentätigkeit ausgelöst werden kann. Hier in Oberbayern ist es nötig, jeder einzelnen Schwangeren vom Skilaufen abzuraten!

Erlaubt und sogar ratsam in der Schwangerschaft ist das Schwimmen. Natürlich ohne Kopf- und sonstige

Sprünge und ohne Wettkampf-Schwimmen. Durch das Schwimmen und durch den Auftrieb des Körpers im Wasser gelingt es einer Schwangeren besonders gut, ihre Muskulatur auch in dieser Zeit in einem guten Zustand zu erhalten. Das gleiche gilt für eine richtig betriebene Schwangerengymnastik. Schwimmen und Schwangerengymnastik erleichtern im Sinne eines Ausgleichssportes den Verlauf einer Schwangerschaft, sie haben den weiteren Vorteil, einer Frau ihre gute Figur zu erhalten und die Rückbildung der schwangerschaftsbedingten Veränderungen nach der Geburt zu beschleunigen.

Im Wochenbett, d. h. für eine Zeit von 4—6 Wochen post partum, sollte mit Ausnahme gymnastischer Übungen jeglicher Sport unterlassen werden. Auch das Skilaufen!

### Gynäkologische Erkrankungen und Sport

Bei akuten Erkrankungen wird kaum Sport getrieben werden. Dagegen spielen Verschlechterungen durch große sportliche Anstrengungen bei den chronischen Salpingitiden eine große Rolle. Da die Salpingo-Oophoritis eine der häufigsten Erkrankungen des weiblichen Genitale ist, muß hier auf diese Zusammenhänge hingewiesen werden. Eine Frau, die eine akute Salpingitis durchgemacht hat, tut gut daran, für einige Monate körperlich anstrengende Sportarten völlig zu meiden, wenn sie nicht Gefahr laufen will, daß ein Rezidiv aufflackert. Sind erst einmal einige Rezidive aufgetreten, dann sollte eine Frau etwa ein halbes Jahr vergehen lassen, ehe sie wieder Tennis spielt, Ski läuft, Berge steigt, reitet usw. Gerade junge Mädchen und Frauen neigen dazu, diese Mahnungen in den Wind zu schlagen. Sie büßen zum Teil ihren Leichtsinns mit einer der häufigsten Folgeerscheinungen der rezidivierenden Salpingitis, nämlich der Sterilität.

### Empfängnischwierigkeiten und Sport

Frauen, die sich vergeblich Kinder wünschen, hat man früher von anstrengenden und das Genitale erschütternden Sportarten, z. B. dem Reiten, abgeraten. Das halte ich nur dann für berechtigt, wenn man annehmen muß, daß die Empfängnischwierigkeiten die Folge einer Salpingitis sind. Ansonsten möchte ich an drei Beobachtungen erinnern, die von BICKENBACH und DÖRING mitgeteilt worden sind. Bei diesen Frauen trat eine Konzeption nach langjähriger kinderloser Ehe bei dringendem Kinderwunsch erst nach Aufnahme des Reitsportes ein. Man wird sich den Wirkungsmechanismus so vorstellen müssen, daß durch die Freude an der eigenen Leistungsfähigkeit das Lebensgefühl so gehoben wurde, daß andere dämpfende Faktoren in den Hintergrund traten.

Die Ausübung eines ausgesprochenen Leistungssportes unter Wettkampfbedingungen in der Zeit, in der ein dringender, bisher vergeblicher Kinderwunsch besteht, ist wohl nicht ratsam.

### Ovulationshemmer und Sport

Bei der weiten Verbreitung, die die Ovulationshemmer im Laufe der letzten Jahre gefunden haben, erscheint die Erwähnung dieser Mittel zweckmäßig. Rein theoretisch müßte man eine Nivellierung des postmenstruellen Leistungsgipfels erwarten müssen, weil durch

die Applikation von gleichen Östrogen-Gestagen-Kombinationen vom 5. bis zum 25. Zyklustag der postmenstruelle Östrogengipfel eingeplant wird. In der Praxis hat man aber den Eindruck, daß Frauen, die Ovulationshemmer nehmen, in ihrer sportlichen Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt sind.

### Zusammenfassung

Experimentelle Untersuchungen haben gezeigt, daß die Leistungsfähigkeit der Frau postmenstruell ihren Gipfel hat. Der Tiefpunkt liegt bei der Mehrzahl der Frauen nicht menstruell, sondern prämenstruell. Das gilt sowohl in körperlicher, sinnesphysiologischer, zentralnervöser als auch in psychischer Hinsicht.

Das Problem der künstlichen Menstruationsverschiebung wird diskutiert. Mit geeigneten Hormonkombinationen ist nicht nur das Hinausschieben, sondern auch das Vorverlegen der Menstruation möglich.

Während der Schwangerschaft muß von den meisten Sportarten dringend abgeraten werden. Erlaubt sind Schwimmen und Schwangerengymnastik.

Weitere gynäkologische Gesichtspunkte im Hinblick auf die sportliche Betätigung bei gynäkologischen Leiden, bei Empfängnischwierigkeiten und während der Behandlung mit Ovulationshemmern werden besprochen.

### Literaturverzeichnis:

- AULHORN, F.: Persönliche Mitteilung  
 BICKENBACH, W.,  
 DÖRING, G. K.: Die Sterilität der Frau, Thieme, Stuttgart, 3. Aufl., 1967  
 Dtsch. Med. Wschr. 79 (1954), 885  
 Medizin. Welt (1954), 425  
 DÖRING, G. K.: Arch. Gynäk. 196 (1961), 96  
 DÖRING, G. K.: Dtsch. Med. Wschr. 88 (1963), 1721  
 DÖRING, G. K.:  
 KLAUS, E. J.,  
 NOACK, H.: Frau und Sport, Stuttgart, 1961  
 NOACK, H.: Der Einfluß von Menstruation und Schwangerschaft auf die Leistungsfähigkeit der Frau. In: SCHROEDER: Probleme der berufstätigen Frau, Leipzig, 1957  
 McCANCE, R. A.,  
 LUFF, M. C.,  
 WIDDOWSEN, E. E.: J. Hyg. (Lond.) 37 (1937), 571  
 MÜLLER, C.: Der weibliche Zyklus, Schwarzenburg, 1949  
 Anshr. d. Verf.: Professor Dr. G. K. Döring, Chefarzt der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching, 8000 München 90, Sanatoriumsplatz 2

(Aus der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt München  
 Direktor: Reg.-Med.-Dir. Dr. med. Bl. Freytag)

## Zur Frühdiagnose der Phenylketonurie durch den Guthrie-Test\*)

Von Hildegard Zinnecker

Die Phenylketonurie ist eine angeborene Stoffwechselstörung, sie wird autosomal-rezessiv vererbt. Erstmals hat FÖLLING im Jahre 1934 „über Ausscheidung von Phenylbrenztraubensäure in den Harn als Stoffwechselanomalie in Verbindung mit Imbezillität“ berichtet. Er bezeichnete die von ihm entdeckte Erkrankung als Imbezillitas phenylpyruvica. Die Krankheit ist u. a. auch unter dem Namen FÖLLINGsche Krankheit, Brenztraubensäureschwachsinn, Brenztraubensäure-Oligophrenie, Phenylurie bekannt.

Normalerweise wird die Aminosäure Phenylalanin in unserem Körper durch das Enzym Phenylalanin-Hydroxylase in Tyrosin umgewandelt. Ist diese Umwandlung infolge eines Aktivitätsmangels des Enzyms gestört, so kommt es neben einer Anhäufung von Phenylalanin im Blut, Liquor und den Geweben zum pathologischen Abbau in Phenylbrenztraubensäure, Phenylmilchsäure und Phenylelessigsäure, die im Urin, z. T. sogar im Schweiß, ausgeschieden werden.

Das vermehrte Phenylalanin und seine Metaboliten in den Körperflüssigkeiten blockieren Stoffwechselprozesse im Gehirn und bedingen eine irreversible Hirnschädigung mit Schwachsinn von der Imbezillität bis zur Idiotie, wobei nach Angaben in der Literatur bei unbehandelten Fällen die Idiotie mit Anstaltsbedürftigkeit in etwa 70%, die Imbezillität in rund 30% aufzufinden sind (HELLBRÜGGE und PECHSTEIN).

Daneben werden auch neurologische Symptome (wie Motilitätsstörungen, Rigidität, Ataxie) und Krämpfe beobachtet. Letztere treten im Säuglings- und Kleinkindesalter als Blitz-, Nick- und Salaamkrämpfe und später als Grand Mal auf.

\*) Nach einem Kurzvortrag bei der Dienstbesprechung der Amtsärzte von Oberbayern am 18. 12. 1967.

Frühsymptome der Phenylketonurie äußern sich in Pigmentmangel, da ja die Grundsubstanz des Pigmentes, das Tyrosin als Vorstufe zum Melanin, nicht in ausreichender Menge vorhanden ist. 90% der hellhäutigen Patienten haben blonde Haare, ca. 75% blaue Augen. Nach BICKEL treten etwa bei einem Drittel der Fälle ekzematöse Hautveränderungen auf, die nach KNAPP (zitiert nach WOLF und V. BERG) infolge der Phenylalaninanhäufung durch Störungen im Tryptophan- und Nikotinsäureamidstoffwechsel bedingt sein können. Mitunter haben die Phenylketonuriker auch einen unangenehmen Körpergeruch (etwa an Pferdestall erinnernd).

Die Kinder werden in der Regel erstmals zum Arzt gebracht gegen Ende des Säuglingsalters wegen ihres Entwicklungsrückstandes im Sitzen, Laufen und Sprechenlernen. Zu dieser Zeit ist aber bereits eine erhebliche irreversible Hirnschädigung eingetreten. Nach den Erfahrungen von BICKEL und BREMER kann nur eine frühe Therapie, die in den ersten drei Lebensmonaten einsetzt, eine Hirnschädigung verhüten. Eine spätere Therapie verhütet nur das Fortschreiten der Erkrankung, ein Behandlungsbeginn nach dem 10. Lebensjahr bietet kaum noch Aussicht auf Besserung.

Die Behandlung besteht in einer phenylalaninarmen, nicht phenylalaninfreien Diät, denn eine Mindestmenge von Phenylalanin ist in der Nahrung unentbehrlich. Diätpräparate sind Lofenalac, Cymogran, Albumaid XP, Minafen, Lophemilk, Phenyto.

Zur Ersteinstellung dieser Diät werden die Kinder am besten für mehrere Wochen in eine Klinik aufgenommen, wo die Möglichkeit der Kontrolle des

Phenylalaninspiegels im Blut jederzeit gegeben ist. Eine fehlerhafte Diätzusammensetzung kann nach BICKEL und BREMER letale Stoffwechselkrisen, Dermatitis und Anämien zur Folge haben, und es ist deshalb eine sorgfältige Überwachung der Therapie indiziert.

Die Häufigkeit der Erkrankung ist ca. 1:10000, d. h., bezogen auf die Geburtenzahl in Bayern, kamen im Jahre 1965 bei 180 739 Geburten ca. 18 Kinder mit Phenylketonurie zur Welt, davon entfielen allein auf Oberbayern und Schwaben mit 77 195 Geburten, das sind 42% der Geburten in Bayern, etwa 7 Kinder mit Phenylketonurie. Im Bundesgebiet werden bei einer zu erwartenden Geburtenzahl von 1 Million jährlich ca. 100 Phenylketonuriker geboren. Unter den Schwachsinnigen findet man einen Prozentsatz von 0,5 bis 1%, deren Schwachsinn durch eine Phenylketonurie bedingt ist.

Nach BICKEL betragen die Ausgaben der Bundesrepublik pro Jahr für die Phenylketonuriker mit Anstandsunterbringung 12,5 Mill. DM, bei Berechnung des Arbeitsausfalles dieser Kranken sogar 62,5 Mill. DM. Diese berechneten Kosten übersteigen bei weitem die anfallenden Ausgaben für die Durchführung der Routineuntersuchungen sowie für die an sich sehr hohen Behandlungskosten. So ist eine Untersuchung in der Neugeborenenperiode neben humanitären Gründen auch in sozialer Hinsicht gerechtfertigt.

Zusammenfassend ergibt sich, daß eine rechtzeitige Therapie die frühzeitige Erkennung der Erkrankung zur Voraussetzung hat. Alle klinischen Symptome sind für eine Diagnose in den ersten beiden Lebensmonaten noch nicht erkennbar. Die Frühdiagnose läßt sich deshalb nur durch den Nachweis der Phenylalaninanhäufung und durch den Nachweis der pathologischen Abbauprodukte des Phenylalanins stellen. Dazu dienen die Biut- und Harnuntersuchungen.

Es sei vorweggenommen, daß alle Harnuntersuchungen auf Phenylbrenztraubensäure den Nachteil haben, daß erst nach der 5. bis 7. Lebenswoche verwertbare Ergebnisse erwartet werden können, ferner, daß sie nicht absolut spezifisch sind, und daß ein positiver Test durch andere biochemische Untersuchungen bestätigt werden muß.

Unter den Harnuntersuchungen wird häufig der von FÖLLING eingeführte Ferrichloridtest angewandt. Zu 1 ml Urin werden 10 Tropfen 10%ige Ferrichloridlösung gegeben. Bei Anwesenheit von Phenylbrenztraubensäure erfolgt nach wenigen Sekunden bis zu 1 Minute eine grüne Färbung. Daneben gibt es den Ferrichloridwindetest, wobei ein Tropfen Ferrichlorid auf der uringetränkten Windel bei positivem Ausfall eine grüne Verfärbung zeigt. Auf demselben Prinzip beruht auch der Test mit den Phenistix-Stäbchen.

Zur frühzeitigen Erkennung der Phenylketonurie ist vor allem ein von GUTHRIE und SUSI entwickelter mikrobiologischer Hemmtest geeignet. Von einem Blutstropfen, entnommen bereits am 5. bis 6. Tag nach der Geburt durch tiefen Fersen- oder Hackenstich, aus Fingerbeere oder Ohriäppchen, können Rückschlüsse auf den Phenylalanin Gehalt des Blutes gezogen werden. Normalerweise enthalten 100 ml Blut 1—2 mg Phenylalanin. Bei Phenylketonurikern ist der Phenylalanin Gehalt bei der Geburt noch normal, er steigt schon in den ersten 3 bis 4 Lebenstagen über die Normalwerte, mitunter sogar bis zu 30—40 mg/100 ml Blut an.

Das Prinzip des Testes ist folgendes: Der Nährboden besteht aus dem Nährmedium (Aminosäuren, Salze und Dextrose), dem Agar und einem apathogenen aeroben Sporenbildner, dem *Bacillus subtilis* (Stamm ATCC 6051 = American Type Culture Collection strain 6051). Außerdem wird dem Nährmedium, bevor es mit dem Agar zusammengegeben wird, der Hemmstoff „ $\beta$ -2-Thienylalanin“ in einer bestimmten Konzentration zugesetzt, welcher das Sporenwachstum hemmt. Phenylalanin hebt die Hemmung auf und bringt die Sporen zum Auskeimen.

Das Phenylalanin befindet sich in dem Blutstropfen, der vom Säugling stammt, auf Filterpapier gegeben und getrocknet wurde und nach 3minütigem Autoklavieren bei 120°C (1 atü), ausgestanzt und als Scheibchen auf den Nährboden gelegt wird.

Der Wachstumshof des *Bacillus subtilis*, d. h., die Trübung des Nährbodens um das Scheibchen, ist um so größer, je mehr Phenylalanin im Blutstropfen enthalten ist. Der Spezialnährboden mit den aufgelegten Scheibchen wird 16 Stunden bei 37°C bebrütet und dann das Ergebnis abgelesen, und zwar werden die Wachstumshöfe um die einzelnen Blutscheibchen verglichen mit den Standardwerten, die bei jedem Test mitgeführt werden. Die Standardwerte haben einen Phenylalanin Gehalt von 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg, 12 mg, 20 mg pro 100 ml Biut. Nach BICKEL sind Werte über 4 mg nach dem 4. Lebenstag verdächtig, Werte über 6 mg sicher pathologisch. Bereits Werte, die zwischen 2—4 mg liegen, werden bei der Auslese nochmals überprüft.

Bei verdächtigen Ergebnissen wird der Guthrie-Test wiederholt und bei weiterem Verdacht erneut Biut auf der Testkarte angefordert und der Phenylalanin Gehalt festgestellt. Das Kind wird dann bei positivem oder verdächtigem Befund einem Behandlungszentrum zugeleitet. Dort werden die Ergebnisse des Guthrie-Testes, bei dem das Phenylalanin nicht quantitativ genau bestimmt werden kann, durch weitere Spezialuntersuchungen überprüft.

Die Untersuchungen sowie die Testkarten (mit Zellophanhüllen) zur Durchführung des Guthrie-Testes sind gebührenfrei. Auf Anforderung erhalten alle Krankenhäuser und Ärzte Testkarten zugesandt (in Oberbayern und Schwaben durch die Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt München, in Niederbayern und der Oberpfalz durch die Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt Regensburg). Auf den aus Filterpapier hergestellten Testkarten sind von den 6 Kreisen mindestens 3 Kreise mit Blut zu beschicken, und zwar pro Kreis mit 1 Blutstropfen, der die Vorder- und Rückseite des Kreises gleichmäßig und vollständig mit Blut durchtränkt. Nach Trocknung an der Luft werden die Karten in die Zellophanhüllen gesteckt und der Untersuchungsanstalt zugeleitet.

An der Bakteriologischen Untersuchungsanstalt München gingen zum Teil Testkarten ein, bei denen alle 3 Kreise kaum mit Blut beschickt waren, so daß es unmöglich war, die für den Test in einer bestimmten Größe erforderlichen Scheibchen auszustanzen. Solche Karten können nicht verwendet werden und werden dem Absender wieder zugestellt.

Negative Befunde des Guthrie-Testes werden nicht benachrichtigt. Bei verdächtigen und positiven Befunden

wird nach der Wiederholungsuntersuchung, wie oben bereits erwähnt, über den Hausarzt eine Einweisung des Kindes zur Überprüfung der Diagnose und gegebenenfalls zur Einstellung der Therapie in ein Behandlungszentrum veranlaßt.

Mit Hilfe des Guthrie-Testes können alle Kinder mit einer Phenylketonurie früh genug diagnostiziert und einer entsprechenden diätetischen Therapie zugeleitet werden. Es ist ein Anliegen der Ärzte, dafür zu sorgen, daß der Guthrie-Test bei jedem neugeborenen Kind durchgeführt wird, und daß hierzu die Testkarten, sorgfältig mit Blutstropfen beschickt, an die entsprechenden Untersuchungsstellen eingesandt werden.

Durch diese Maßnahme ist es möglich, diese bedauernden Kinder vor einem lebenslänglichen Schwachsinn mit Anstaltsunterbringung zu bewahren.

## Literaturverzeichnis

- BICKEL, H.: Diagnose, Therapie und Früherkennung der Phenylketonurie. Dtsch. Ärztebl. 62, 717 (1965).
- BICKEL, H., und BREMER H. J.: Über die Phenylketonurie. Die Durchführung der phenylalaninarmen Diät. Dtsch. Med. Wschr. 92, 700-710 (1967).
- FAERBER, K.-P.: Die Früherfassung der Phenylketonurie — eine neue Aufgabe der präventiven Medizin. Öff. Gesd.dienst 25, 253 (1963).
- FÖLLING, A.: Über Ausscheidung von Phenylbrenztraubensäure in den Harn als Stoffwechsellanomale in Verbindung mit Imbezillität. Zschr. physiol. Chem. 227, 169 (1934).
- GUNDERMANN, K. O.: Zur Frage von Vorsorge-Untersuchungen zur Früherfassung der Phenylketonurie. Öff. Gesd.dienst 23, 261 (1966).
- HELLBRÜGGE, Th., u. PECHSTEIN, J.: Die Phenylketonurie Fölling. Fortschr. Med. 84, 355-357 (1966).
- WOLF, H., und v. BERG, W.: Die Phenylketonurie: Untersuchungen zur Früherkennung in Niedersachsen. Öff. Gesd.dienst 23, 255 (1966).

Anschr. d. Verf.: RMR Dr. med. Hildegard Zinnecker, Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt, 8000 München 2, Lazarettstraße 60

## Sogenannte Krebsklinik in Bad Reichenhall geschlossen

Die vorstehende Erklärung wurde am 22. 3. 1968 als Nachrichtendienst (ND 4/68) an die Presse versandt

Die inzwischen erfolgte behördliche Schließung der sogenannten „Privatklinik“ Christoff für interne Krebstherapie in Bad Reichenhall gibt uns Anlaß zu folgender Erklärung:

Die von der Stadt Reichenhall im April 1967 unter erstaunlichen Umständen konzessionierte sogenannte „Privatklinik“ Christoff für interne Krebstherapie wurde am 21. 3. 1968, und damit elf Monate zu spät, durch behördliche Anweisung wieder geschlossen.

Der äußere Anlaß für diese Maßnahme ist die inzwischen erfolgte Arbeitsniederlegung der einzigen dort tätigen Ärztin. Die tatsächlichen Gründe für die Schließung dieser Klinik sind jedoch die gleichen, die bereits bei ihrer Eröffnung bestanden und durch die die Bayerische Landesärztekammer am 3. 5. 1967 zu einer scharfen öffentlichen Warnung vor dieser Klinik und dem dort verabreichten Mittel veranlaßt wurde, nämlich:

Herstellung dieses in seiner Zusammensetzung geheimgehaltenen Mittels zu gewerblichen Zwecken durch den aus Bulgarien stammenden Prodan Christoff, der keine Erlaubnis zur Herstellung von Arzneimitteln hat und sie in der Bundesrepublik Deutschland auch nicht erhalten kann, da er die dafür geforderte Sachkunde nicht besitzt; denn er ist entgegen der häufig gewählten Berufsbezeichnung „Biochemiker“ weder Biologe noch Chemiker, noch gar Biochemiker.

Gefährdung der Kranken durch Verabreichung eines nicht angemeldeten, in seiner Zusammensetzung geheimgehaltenen Mittels von nicht bekannter Giftigkeit und ohne Gewähr für seine Sterilität und Freiheit von Krankheitskeimen (nach einer Mitteilung der Chirurgischen Universitätsklinik Graz kann dieses Mittel unter gewissen Umständen sogar eine tödliche Gefahr für die damit behandelten Patienten darstellen).

Weigerung des Herstellers, sein Mittel von unabhängigen Sachverständigen pharmakologisch, toxiologisch und klinisch prüfen zu lassen, obwohl ihm diese Möglichkeiten schon seit Juli 1967 wiederholt angeboten wurden.

Der Verkauf des Mittels „CH 23“ an den sogenannten Krebsarzt Dr. Issels, der Herrn Prodan Christoff

dafür offenbar einen nicht unerheblichen Preis bezahlte, und die Anwendung des ungeprüften Mittels in der sogenannten Krebsklinik am Tegernsee stellt keinen Ersatz für die fehlende klinische Erprobung des Mittels „CH 23“ dar (inzwischen hat Herr Dr. Issels im übrigen erklären lassen, das Mittel „CH 23“ habe in seiner Klinik keine besondere Rolle gespielt; die Leser von illustrierten Zeitungen und wohl auch manche seiner Patienten, die für dieses Mittel erhebliche Summen bezahlen mußten, dürften über diese Feststellung wohl etwas verwundert sein).

Die am 3. 5. 1967 von der Bayerischen Landesärztekammer im Interesse der Kranken und aus der Verantwortung bei der Verwendung von Arzneimitteln am Menschen mit großer Deutlichkeit ausgesprochene öffentliche Warnung vor diesem ungeprüften Geheimmittel hatte bisher u. a. folgende interessante Konsequenzen:

Erlaß einer einstweiligen Verfügung gegen den Schriftleiter dieser Zeitschrift, in der diesem ein Teil der warnenden Feststellungen „derzeit“ untersagt wurde;

eine Anzeige wegen falscher Anschuldigung gegen den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und den Schriftleiter dieser Zeitschrift, da die Staatsanwaltschaft das beantragte Strafverfahren gegen die Brüder Christoff wegen Verstoßes gegen das Arzneimittelgesetz und die Bundesärzteordnung gegen die Brüder Christoff eingestellt hatte.

Die inzwischen angeordnete Schließung der „Privatklinik“ hat die Richtigkeit unserer Beurteilung von Anfang an und in vollem Umfange bestätigt.

Gegen den Hersteller von „CH 23“, Prodan Christoff, haben wir inzwischen unter Vorlage neuen Beweismaterials erneut Strafanzeige wegen Verstoßes gegen das Arzneimittelgesetz erstattet, da wir uns verpflichtet sehen, mit allen Mitteln jedem Versuch, woher er auch kommen mag, entgegenzutreten, durch ungeprüfte Geheimmittel Menschen zu gefährden und Geschäfte mit der Hoffnung und der Angst Kranker zu machen.

## AUS DEM STANDESLEBEN

### Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

40. Vortragsreihe: „Diagnostisch-therapeutische Stiefkinder in der ärztlichen Praxis“

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayer

(Schluß)

Der zweite Tag des Fortbildungskongresses wurde von LASCH, Gießen, eingeleitet mit dem Thema „**Physiologie und Pathophysiologie intravasaler Gerinnungsvorgänge**“. Dabei wurde vor allem die generalisierte Störung der Gerinnung und Fibrinolyse im Bereich der kleinen Gefäße besprochen. Als deren klassisches Beispiel wurde das SCHWARTZMAN-SANARELLI-Phänomen genannt, bei dem eine schwere hämorrhagische Diathese bei gleichzeitig gesteigerten intravasalen Gerinnungsvorgängen besteht. Man nennt dies eine Verbrauchskoagulopathie, weil die hämorrhagische Diathese auf einen zu schnellen Verbrauch der Gerinnungsfaktoren zurückzuführen ist, die im Zusammenhang mit einer gesteigerten Gerinnbarkeit des Blutes stehen. Nicht nur die Gerinnungsfaktoren, sondern auch die Thrombozytenzahlen sind dabei herabgesetzt oder deren Funktion eingeschränkt. Gleichzeitig kommt es zu einer Vermehrung freier Fettsäuren und der Triglyzeride im Blute, da ihr Abbau im RES mit dem Fibrin konkurriert. Die Verbrauchskoagulopathien kommen vor allem bei Coli- und Meningokokkensepsis, bei Fettemboien, Urämie, schweren Schockzuständen, bei Leberzirrhose, hämolytischen Syndromen, Leukämie und Karzinomen vor. Als gefürchtete Komplikationen der durch die hämorrhagische Diathese ausgelösten Zirkulationsstörungen sind vor allem Nekrosen der Nierenrinde, Nebennierenrinde und der Hypophyse zu nennen. Trotz der hämorrhagischen Diathese besteht die Behandlung derartiger Verbrauchskoagulopathien in der Verabreichung von Antikoagulantien, z. B. Heparin. Dabei wird der weitere Verbrauch der Gerinnungsfaktoren verhindert. Die bereits vorhandenen Gerinnsel können mit Hilfe von Streptokinase aufgelöst werden.

G. L. HABERLAND, Leverkusen, sprach über „**Enzyminhibitoren und Blutgerinnung**“. Er wies darauf hin, daß in den letzten Jahren mit der Anwendung von Trasylol und den synthetischen Inhibitoren vom Typ der Epsilonaminokapronsäure bei Blutungen unterschiedlicher Genese die Enzyminhibitoren therapeutische Bedeutung auf dem Gebiete der Blutgerinnung erlangt haben. Bei Einbeziehung der Fibrinolyse als Nachgerinnungsphase in das Gerinnungssystem können zwei therapeutische Wirkungsqualitäten innerhalb des gesamten Systems unterschieden werden:

1. Die Fibrinolysehemmwirkung und
2. die Gerinnungshemmwirkung

Gerinnung und Fibrinolyse sind das Ergebnis von Fermentaktivierungen, welche, um wirksam zu werden, den Verbrauch der jeweiligen Fermentinaktivatoren voraussetzen. Eine Hyperfibrinolyse, d. h. eine Übergerinnbarkeit, kann sowohl durch Fermentüberaktivität als auch als Inhibitormangel ausgelöst werden. Die Therapie kann daher nur über eine Stärkung des Inhibitorreservoirs laufen und in diesem Sinne wirken.

In dieser Richtung wirken Trasylol, die Epsilonaminokapronsäure (EACA) und die Aminomethylcyclohexan-karbonsäure (AMCHA). AMCHA ist am besten verträglich. Bei subakuten Zuständen einer Fibrinolyse wirkt AMCHA allein genügend. Bei perakuten schweren Zuständen, z. B. bei uterinen Fibrinolyseblutungen, kommt man mit einer Hemmung des Aktivators allein nicht aus. Man muß das Plasmin selbst hemmen. Dies erreicht man am besten mit Trasylol in einer Dosierung von 100 000—500 000 KIE (Kalikrein-Inaktivator-Einheiten). Die Tagesdosen für AMCHA liegen im Bereich von 1—5 g. Insgesamt muß die Dosierung vom therapeutischen Erfolg bestimmt werden. Trasylol kann auch in der Vorphase der Gerinnung hemmend wirken. Trasylol hemmt sowohl den Aktivator, und damit die Plasminbildung, als auch das fibrinolytische Enzym, das Plasmin selbst. Dadurch bietet sich das Trasylol als das günstigste Medikament mit dem geringsten Risiko an, wenn nicht rasch geklärt werden kann, ob eine Blutung auf einer primären Hyperfibrinolyse beruht oder auf einer sekundären im Verlauf einer Verbrauchskoagulopathie. Trotz der blutungshemmenden Wirkung des Trasylols führen die Trasylolprophylaxe und Trasylolbehandlung nicht zu einer Zunahme, sondern im Gegenteil zu einer Abnahme der Thromboemboliefrequenz. Dies nützt man aus, indem man Patienten mit Kontraindikationen für Antikoagulantien, die oft stark thromboemboliegefährdet sind, mit Trasylol prophylaktisch behandelt. Die Patienten werden dabei intra- und postoperativ drei Tage lang mit einer Gesamtdosis von 1,3 Milli. KIE Trasylol behandelt.

Bei den auf Gerinnungsstörungen beruhenden Blutungen ist Trasylol allein nicht nur wirksam, sondern es drückt das Risiko anderer Medikamente (einerseits der synthetischen Inhibitoren, andererseits des Heparins) wesentlich herab.

A. RAYBAUD, Marseille, sprach mit dem Thema „**Unerschöpfliche Fieberzustände beim Jugendlichen**“ über diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten bei langdauernden Fieberzuständen im Kindes- und Jugendlichenalter. Während zur ursächlichen Diagnose der meisten Fieberzustände keine außergewöhnlichen Überlegungen nötig sind, kommen doch immer wieder Fälle vor, die auf diagnostische Schwierigkeiten stoßen. Dabei sind zunächst nicht krankheitsbedingte Ursachen, wie die Verwendung ungenauer Thermometer und absichtliche, simulierte Fieberzustände, auszuschließen. In letzterem Falle genügt im allgemeinen eine Androhung, die Simulation aufzudecken und die Empfehlung an die Familie, dem Patienten etwas mehr Aufmerksamkeit zuzuwenden, um eine „Heilung“ zu erreichen. Ist damit kein Erfolg zu erzielen, so müssen die Temperaturen in Anwesenheit einer zweiten oder dritten Person gemessen werden. Die echten langdauernden Fieberzustände können entweder in ihrer Ursache bekannt



Priv.-Doz. Dr. G. L. Haberland  
Leverkusen



Prof. Dr. A. Raybaud  
Marseille



Prof. Dr. L. Zukschwerdt  
Hamburg

sein, z. B. die subakuten rezidivierenden Infekte im Bereich der Rhinopharynx sowie kardiale Folgezustände, akuter Gelenkrheumatismus usw. Während hier oft nur Schwierigkeiten bezüglich der Therapie bestehen, ist bei anderen Fieberzuständen auch die Ursache unbekannt. Typische Beispiele hierfür sind die Glomerulonephritis und das sogenannte Antibiotikafieber. Die subakut schleichende Glomerulonephritis tritt häufig auf, nachdem zwei bis vier Wochen vorher eine akute Angina abgelaufen war. Es kommt dann zu einem uncharakteristischen Krankheitsbild mit Kontinuaufieber um 38°, unterbrochen von höheren Fieberzacken. U. U. können sie auch diskrete Lidödeme, eine Verringerung der Urinmenge, Proteinurie und Mikrohämaturie sowie gelegentlich Schmerzen in der Lendengegend finden. Durch geeignete Laboruntersuchungen (siehe „Monatskurse für die ärztliche Fortbildung“, Lehmanns Verlag, München) müssen andere Nierenkrankheiten, vor allem eine Pyelonephritis, ausgeschlossen werden.

Beim Antibiotikafieber handelt es sich um eine Sensibilisierungsreaktion. Je energischer die Antibiotikatherapie durchgeführt wird, desto mehr fiebert der Patient. Hier ist entscheidend, daß man die Ursache erkennt. Der diagnostische Beweis kann rasch erbracht werden, indem das Fieber nach Absetzen des Medikaments rasch zurückgeht. In diesem Zusammenhang wird daher an die prinzipielle Forderung einer Behandlung erinnert:

1. Die Notwendigkeit einer exakten und vollständigen Diagnose
2. Jede Antibiotika- und Kortikoidtherapie darf erst begonnen werden, wenn die Diagnose gesichert ist
3. Hohe Sorgfalt bei der Abwägung des Therapieplanes

Sowohl die unüberlegte Arzneiverordnung als die übertriebene oder zu knapp bemessene Therapie kann das wahre Krankheitsbild einer Infektion verschleiern. Die Krankheitserreger werden resistent, Abwehrreaktionen des Organismus können behindert werden.

Sehr eindrucksvoll für das Auditorium war der Vortrag „Fehldiagnosen in der Chirurgie“ von L. ZUKSCHWERDT, Hamburg, der anhand von Beispielen aus den Grenzgebieten zur Psychiatrie, Neurologie, Inneren Medizin und Pädiatrie zeigte, daß sich aus Fehldiagnosen oft Fehlbehandlungen ergeben können, wenn bei chirurgisch behandelbaren Erkrankungen ein Symptom in den Vordergrund tritt und ein ganz anderes Fach betroffen scheint. Das Beispiel eines 19jährigen Mädchens, das seit drei Jahren über zunehmende Müdigkeit, später auch über Übelkeit mit Erbrechen zu klagen hatte, ist hier hervorzuheben. Im späteren Ver-

lauf der Erkrankung zeigten sich hier Doppelbilder und Anfälle von Bewußtlosigkeit mit Krämpfen. Es kam schließlich zu einer Einweisung in die Nervenklinik und zur Diagnose „Temporallappenepilepsie“. Im weiteren Verlauf zeigten sich Nüchternblutzuckerwerte zwischen 60 und 200 mg/%. Trotzdem Provokationstests nicht typisch verliefen, wurde trotzdem eine Probepancreatomie vorgenommen, bei der sich eine Fehlanlage des Pankreas ohne völlige Verschmelzung von dorsalem und ventralem Lappen ergab. Nach Entfernung eines ungewöhnlich großen Inselzelladenoms blieb die Patientin im späteren Verlauf geheilt. Im vorliegenden Fall erwies sich — wie in zwei anderen Fällen — die Differentialdiagnose zwischen Inselzelladenom und beginnendem latenten Diabetes mellitus als besonders schwierig. Das starke Absinken des Blutzuckers im Hungerversuch und nach Leucinbelastung rechtfertigt die probatorische Freilegung des Pankreas. Besonders bei jungen Menschen kann der Hyperinsulinismus mit epileptiformen Symptomen einhergehen.

Bei einer 60jährigen Frau, bei der seit acht Jahren stenokardische Beschwerden und seit sechs Jahren ein leichter Diabetes mellitus bestanden, führten Antriebslosigkeit, allgemeine Schwäche, Appetitlosigkeit und Depressionen zur Diagnose „endogene Depression“ (psychiatrische Konsultation!). Im späteren Verlauf kam es auch zu einem Absinken der Harnmenge auf 300 ml und zu einer Erhöhung der Serumkalziumwerte auf 20 mg/%. Die richtige Diagnose war akuter Hyperparathyreoidismus. Operativ konnte ein walnußgroßer, hinter der Schilddrüse gelegener, vorher nicht palpabler Nebenschilddrüsentumor entfernt werden.

Bei einer 20jährigen Patientin führten Muskelschwäche, Gehstörungen, Sprech- und Laufstörungen sowie eine Ptosis zur Diagnose „Myasthenie“. Ursprünglich brachte die Mestionbehandlung eine Besserung. Die Dosis mußte jedoch immer weiter gesteigert werden. Trotzdem röntgenologisch ein Tumor des Thymus ausgeschlossen erschien, wurde schließlich eine Operation durchgeführt, bei der sich ein deutlich vergrößerter Thymus zeigte. Histologisch fand sich kein Tumor, dagegen in der verbreiterten Markregion der typische Befund zahlreicher Keimzentren und Plasmazellen im perivaskulären Bindegewebe. Bei der Myasthenie finden sich in 15% echte Thymome, 20% der Myastheniker haben einen normalen Thymus mit dem oben beschriebenen histologischen Befund. Nach SCHWAB bringt eine frühzeitige Thymektomie in 25% der Fälle eine völlige Heilung, in 45% eine Besserung.



Prof. Dr. T. Riechert  
Freiburg i. Br.



Prof. Dr. P. Kielholz  
Basel



Priv.-Doz. Dr. G. Volkheimer  
Berlin

In einem anderen Fall führten Bewußtlosigkeit und Verwirrungszustände nach dem Erwachen sowie motorische Unruhe und Konzentrationsunfähigkeit zur Fehldiagnose „Unklarer psychotischer Zustand“. Die richtige Diagnose lautet „großes Ulcus ventriculi penetrans und akute hyperthyreotische Krise“.

Weitere Möglichkeiten einer Fehldiagnose bestehen bei Endokrinopathien durch ektopische bormonbildende maligne Tumoren, die das Inkret verschiedener Organe imitieren können. Besonders häufig findet sich dies bei bösartigen Tumoren der Lunge.

Bei Gicht bestehen Täuschungsmöglichkeiten beim Vorliegen von Beschwerden im Daumengrundgelenk, im Hüftgelenk, bei Sehnscheidenkrankungen und Peritendinitosen, vor allem auch bei Beteiligung der Achillessehne, bei Achillodynien und bei Rupturen der Achillessehne. Weitere Täuschungsmöglichkeiten ergeben sich bei der Pronation douloureuse, bei der oft eine Lähmung oder hysterische Lähmung angenommen wird.

Diese Scheinlähmung wird durch eine Luxation des Radius aus dem Ligamentum radii verursacht und ist leicht durch Extension und Supination zu beheben. Zur Diagnose führt hier nicht das Röntgenbild, sondern die typische Anamnese eines an der Hand geführten Kindes, wobei ein zunehmender Zug am Arm des Kindes ausgeübt wird.

Ein sehr aufschlußreicher Beitrag war auch der Vortrag von T. RIECHERT, Freiburg i. Br., über die „Operative Therapie der Bewegungsstörungen einschließlich der stereotaktischen Methoden“. Riechert wies darauf hin, daß die operativen Erfolgchancen bei peri-

pheren Nervenschäden um so größer sind, je weiter peripher die Unterbrechung sitzt. Die Versorgung kleiner peripherer Nerven, die durchtrennt sind, hat sich mit Einführung des Operationsmikroskops, der Miliporen-Hülse und der Antibiotikatherapie wesentlich gebessert. Wurzeiausrisse haben dagegen nach wie vor eine sehr schlechte Prognose. Es besteht heute die Tendenz, bei der Versorgung der Wunden möglichst eine primäre Nervennaht vorzunehmen. Antibiotika begünstigen dabei die Heilungschancen. Bei einer sekundären Nervennaht sollte die Operation möglichst bald stattfinden, jedoch nicht später als nach 4 bis 6 Monaten. Spastische Lähmungen sollten nur sehr zurückhaltend bezüglich ihrer operativen Erfolgchancen beurteilt werden. Eine Ausnahme bilden dazu nur schwere Halbsseitenlähmungen bei Kindern mit epileptischen Anfällen und psychischen Alterationen. Die hier in Frage kommende Hemisphärektomie hat ein Nachlassen der Krämpfe und der Spastik zur Folge. Seit Einführung stereotaktischer Verfahren hat die operative Behandlung bei extrapyramidal-motorischen Störungen sehr große Erfolgchancen. Vor allem Rigor und Tremor lassen sich bei der Ausschaltung entsprechender funktioneller wichtiger Strukturen weitgehend beheben. Diese stereotaktischen Eingriffe, die mittels genauer röntgenologischer Verfahren exakt vorbereitet werden und einen körperlich relativ wenig beeinträchtigenden Einfluß ausüben, bewirken nicht eine Ausschaltung der kranken Strukturen selbst. Es werden vielmehr die klinischen Symptome durch Koagulation kleiner gesunder Areale gebessert, in dem funktionelle Reize unterbrochen oder beeinflusst werden. Bei Langzeituntersuchungen hat es sich gezeigt, daß Rigor und Tremor in etwa 75% der Fälle dauerhaft gebessert



TAESCHNER



Bei allen  
fieberhaften  
Erkältungs-  
krankheiten  
helfen  
zuverlässig

**Pertussin®**

**Zäpfchen**

für Kinder

Husten — Bronchitis — Pertussis —  
Bronchopneumonie — Masern

Band 6 unserer Schriftenreihe mit den Vorträgen der  
17. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg

## Therapie der Erkrankungen der Leber und der Gallenwege

### Therapie der peripheren arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen

### Wohlstand und Krankheit

steht unseren Kollegen **kostenlos** zur Verfügung.

Die Kassenärzte Bayerns erhalten ihn demnächst 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.

werden können. Die Akinese ist unbeeinflussbar. Bei stereotaktischen Operationen zur Beseitigung des Intentionstremors bei multipler Sklerose tritt ebenfalls keine Heilung der Krankheit, sondern nur eine Beseitigung des Symptoms ein. Die Ausschaltung der subkortikalen Strukturen bei derartigen stereotaktischen Hirnoperationen erfolgen mit Hilfe eines Zielapparates.

P. KIELHOLZ, Basel, behandelte die „**Schlafstörungen**“. Die Schlafforschung hat ergeben, daß paradoxe Schlafstadien und Träume für einen erholsamen Schlaf notwendig sind. Schlafstörungen müssen von zweierlei Gesichtspunkten her erfaßt werden, einerseits von der Nosologie her: Es muß unterschieden werden, ob eine organische, symptomatische, toxische, psychotische oder psychogene Hyposomnie vorliegt. Andererseits muß die Phänomenologie abgeklärt werden, d. h., es muß geprüft werden, ob Ein- oder Durchschlafstörungen, frühes Erwachen oder Umkehr des Tag-Nacht-Rhythmus vorliegen. Auch bei den Schlafstörungen soll immer eine kausale Therapie angestrebt und primär das Grundleiden behandelt werden. Bei organisch bedingten Schlafstörungen ist eine somatische Therapie, bei Depressionen eine psychopharmakologische Behandlung, bei psychogenen Störungen eine Psychotherapie indiziert. Die Anwendung von Schlafmitteln sollte sich wegen der Gefahr von Gewöhnung und Sucht nur auf Schlafstörungen begrenzen, die mit physikalischen Methoden, Neuroplegika, Antidepressiva und Tranquilizern sowie diätetischen und psychohygienischen Maßnahmen nicht behoben werden können. Alle Schlafmittel sollten nur beschränkte Zeit verabreicht werden, da sie die paradoxen Schlafphasen unterdrücken und zu einem unphysiologischen, nicht erholsamen Schlaf führen.

K. HOLZMANN, Heidelberg, sprach über „**Hormonbestimmungen in der Gynäkologie und ihre Bedeutung in der Praxis**“. Da Hormonbestimmungen aufwendig und teuer sind, sollte ihre Durchführung zur ergänzenden Diagnostik erst nach vorheriger Ausschöpfung aller anderen Untersuchungsmöglichkeiten erfolgen, denn mit dem Ergebnis der Hormonbestimmungen allein kann noch keine Diagnose gestellt werden. Das klinische Gesamtbild ist entscheidend.

Die **Pregnandiol-Bestimmung** im Harn ist zur allgemeinen Diagnostik nicht erforderlich, weil die Beurteilung von Basaltemperaturkurve, Smear und Zervikalschleim zur klinischen Diagnostik ausreichen. Das Pregnandiol ist die vorwiegende Ausscheidungsform des Progesterons, das vom Gelbkörper (außerdem auch in Nebennierenrinde und Plazenta) gebildet wird. Deshalb steigt die Pregnandiolausscheidung in der zweiten Zyklushälfte auf 5—10 mg/24 h, während sich präovulatorisch Werte von 1—2 mg/24 h finden. In der Schwangerschaft liegen wesentlich höhere Werte vor, die mit dem Alter der Schwangerschaft zunehmen.

Die **Östrogen-Bestimmung** ist zur Beurteilung von Zyklusstörungen, dysfunktionellen Blutungen und kongenitalen Mißbildungen ebenfalls ohne besondere Bedeutung, da hierzu klinische Methoden (Funktions-smear, biphasischer Zyklus, Zervixfaktor, Phänotypus) in der Regel ebenfalls ausreichen. Die wesentlichen physiologischen Östrogene sind Östradiol, Östriol und Östron.

Von wesentlich größerer Bedeutung als Pregnandiol- und Östrogenbestimmung ist für die Diagnostik der gynäkologisch-endokrinen Erkrankungen die Untersuchung der 24stündlichen Ausscheidung an Gesamtgonadotropinen, 17-Ketosteroiden und 17-Hydroxykorkosteroiden. Die Gesamtgonadotropine spielen bei der Diagnostik jener gynäkologisch-endokrinen Erkrankungen eine Rolle, bei denen das Gleichgewicht im Regelsystem der Ovarien gestört ist. Erhöhte Ausscheidungen der Gonadotropine finden sich im Klimakterium, bei Ovarialhyperplasie und bei Gonadendysgenese, z. B. dem TURNER-Syndrom. Erniedrigte Werte finden sich vor allem bei zentral organischen Prozessen, die die Hypophyse betreffen. 17-Ketosteroide und 17-Hydroxykorkosteroide dienen bei der Diagnostik der Zyklusstörungen vor allem zur Erkennung von Nebennierenerkrankungen und ektopischen ACTH-Syndromen sowie u. U. zur Erkennung maskulinisierender Tumoren des Ovars.

Den Abschluß der Referate dieser Tagung bildete VOLKHEIMER, Berlin, mit dem Thema „**Dünndarm als terra incognita**“. Er behandelte die verschiedenen Begriffe der Resorption, Digestion, Diffusion und Per-sorption von Nahrungsbestandteilen und erklärte den Begriff der Pinozytose. Die Leitsymptome der eigentlichen Resorptionsstörung sind Durchfälle, Fettstühle, Gewichtsabnahme und Vitaminmangelsymptome.

Beim Disaccharidase-Mangel werden die Polysaccharide im Darm nur bis zu den Disacchariden aufgespalten. Eine erfolgreiche Therapie kann hier mit Substitution und Verlangsamung der Dünndarmmotorik durchgeführt werden. Das Sprue-Syndrom kann mit einer Dünndarmschleimhautbiopsie bewiesen werden, wobei sich in der Vergrößerung eine Zottenatrophie zeigt. Das früher oft als Milchallergie bezeichnete Laktasemangel-Syndrom stellt einen Mangelzustand des Fermentes Laktase in der Schleimhautzelle dar. Durch die gestörte Milchezuckerresorption kommt es im Kolon zu Gärungsprozessen und Durchfällen. Die Diagnose läßt sich mit der Galaktosebelastung stellen. Kommt es dabei nicht zu einem entsprechenden Anstieg des Blutzuckerspiegels, so liegt mit Sicherheit ein Laktasemangel vor. Die Behandlung besteht hier in der Vermeidung von Milchprodukten.

## 19. Versehrtensportärztelehrgang im Versehrtensportheim „Unterjoch“

Vom 3. bis 5. November 1967 fand im herrlich gelegenen und schön eingerichteten Versehrtensportheim „Unterjoch“ der diesjährige, von Dr. ZIMMER gut vorbereitete Lehrgang für Versehrtensportärzte statt, an dem diesmal auch mehrere neue Ärzte der verschiedensten Sportgruppen teilnahmen.

Nachdem am Anreisetag der Abend mit Sportkegeln, Schwimmen und Sauna je nach Belieben ausgefüllt werden konnte, begannen am Samstag die Vorträge und Diskussionen über versehrten-medizinische Probleme, nachdem der Lehrgang vom Präsidenten des BVS, Dr. RUDHART und Dr. ECKNIGK, als Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge, eröffnet worden war.

Das erste Referat hielt gleich Dr. RUDHART, in dem er von der „Arbeit des BVS in den zurückliegenden drei Jahren“ berichtete. Dabei war interessant zu hören, daß der BVS mit 186 Vereinen und Gruppen über 10 000 Mitglieder hat. Das sind jedoch nur 1,7% aller Beschädigten, so daß für den Verband noch ein großes Reservoir zur Mitgliederwerbung offensteht. — Vom Landesversorgungsamt Bayern werden 400 000 Versehrte betreut. — Der BVS hat in den letzten drei Jahren 210 Lehrgänge mit einem Kostenaufwand von DM 351 371.— durchgeführt. Dem Verband gehören 559 Übungsleiter und 214 Versehrtensportärzte an. Von 1956 bis 1967 wurden 59 500 Übungstunden veranstaltet. Neben Kriegsversehrten und Arbeitsunfallbeschädigten gehören dem BVS 1151 Jugendliche in 21 Jugendgruppen an, wovon die stärkste mit 146 Jugendlichen in Würzburg von Dr. SCHNEIDER geführt wird. Mit einem kurzen Rückblick auf das BVS-Heim „Unterjoch“, in dem bis jetzt bereits 9000 Übernachtungen stattgefunden haben und für das der Verband bis jetzt DM 233 000.— gesammelt hat, wobei eine zwölf Mann starke Versehrtensportgruppe im Bayerischen Wald allein DM 450.— spendete, schloß Dr. RUDHART sein Einführungsreferat.

Ehe die rein medizinischen Vorträge begannen, berichtete noch Dr. STELZLE vom Landesversorgungsamt Bayern über den „Versehrtensport aus staatlicher Sicht“. Im gesetzlich gewährten Versehrtensport, den jeder Versehrte mit einem Bescheid betreiben kann, gibt der Gesetzgeber den Körperbeschädigten die Möglichkeit, sich unter Anleitung von Übungsleitern und Aufsicht von Sportärzten körperlich zu betätigen. Dabei soll der Versehrtensport mehr Ausgleichssport und nur für den Trainierten, der jedoch auch die Krisenzeit des Alterwerdens berücksichtigen sollte, Leistungssport sein. Die Gelder für den Versehrtensport kommen vom Bund, dessen Ausgaben sich für Bayern von 1957 mit DM 107 000.— auf DM 567 326.— im Jahre 1966 gesteigert haben. Dieser Betrag fließt den Vereinen für Übungsleiter, Fahrtkosten zu Kursen, Geräte, Mieten, Sportärzte zu. Die regelmäßige Untersuchung der sporttreibenden Versehrten soll halbjährlich mit Eintragung in die Gesundheitspässe erfolgen, wobei der Arzt über die sportlichen Fähigkeiten des einzelnen Versehrten entscheiden muß. Ihm allein obliegt die Aufgabe, unter Zusammenarbeit mit den Übungsleitern festzustellen, was der einzelne Versehrte aufgrund des Unter-

suchungsbefundes für Sportarten betreiben darf. In der auf diesen Vortrag folgenden Diskussion sagte der Leiter der Versehrtensportärztetagung, Dr. Zimmer, daß für den Versehrtensport mehr aktive Teilnehmer gewonnen werden müßten, damit mehr als 2% aller Versehrten sich sportlich betätigen. Hierbei könnten die Versorgungsämter, die Versorgungskrankenhäuser, die Sportärzte und nicht zuletzt die Versehrten selbst manchen Versehrten auf diese Möglichkeit hinweisen. Der Sportarzt sollte auch den Schiedsgerichten bei Sportfesten angehören, damit die Versehrtenportler nicht an Wettkämpfen teilnehmen, die man ihnen aufgrund ihrer Beschädigung nicht zumuten kann. Dr. Rudhart sagte in der Diskussion, daß neue Sportarten eingeführt werden müßten, da mit fortschreitendem Alter manche sportliche Betätigung aufgegeben werden muß. Er dachte dabei an Skibob, den auch Querschnittgelähmte führen können, Trampolin, das sich besonders gut für Amputierte, Doppelamputierte eignet, und an Kegeln, das sich schon jetzt zunehmender Beliebtheit unter Kameraden erfreut. Dr. Stelzle erinnerte in einem Schlußwort noch daran, daß jeder sporttreibende Versehrte bei dem zuständigen Verein Mitglied sein soll, damit er bei Sportunfällen und auch bei Unfällen auf dem Wege zur oder von der Übungsstätte versichert ist. Die Unfälle sollten immer möglichst sofort dem Gerling-Konzern und dem LVA Bayern gemeldet werden.

Das erste ausführliche medizinische Referat mit Bildern hielt RMD Dr. MAYR, Chefarzt des Versorgungskrankenhauses Bad Tölz. Er berichtete über die „Überlastungsschäden bei Oberschenkelamputierten und Vorbeugungsmöglichkeiten im Rahmen des Versehrtensports“. Bei der Beurteilung der Abnutzung der Gelenke am gesunden Bein und an den Wirbelsäulengelenken ist entscheidend, wie ein Oberschenkelamputierter läuft und wie er den Prothesenfuß aufsetzt (normal in Mittelfußstellung). Bei normalem Gang mit Prothese werden seine gesunden und erhaltenen Gelenke am wenigsten unphysiologisch belastet. Dr. Mayr berichtete von einem Versehrten aus dem ersten Weltkrieg, der 40 Jahre seine Oberschenkelprothese getragen hat und der an der Wirbelsäule kaum mehr Veränderungen zeigte als ein gleichaltriger Gesunder. Ein wichtiges Kapitel sind die Stumpfkontrakturen, die  $\frac{1}{4}$  aller Oberschenkelamputierten aufweisen. Hierbei entstehen gern, wie z. B. bei Abduktionskontraktur, neben einer Wirbelsäulensklerose vorzeitige Abnutzungserscheinungen an den kleinen Wirbelgelenken der LWS, besonders am Übergangsegment. Bei Nichttragen einer Prothese wird das gesunde Kniegelenk und das Fußgelenk überlastet, und es entstehen X-Abweichungen, was besonders wichtig für schon fehlerhafte Gelenke ist. Für den Sportarzt gilt dabei, daß er den Übungsbetrieb mit dem Übungsleiter bespricht, damit jeder Amputierte nach der ihm zumutbaren Sportart untersucht wird. Dabei muß man sich dessen Stumpf ansehen, die Muskulatur beurteilen und auch auf eine Kontraktur Augenmerk legen. Die Übungsstunden sollen mit lockernder Gymnastik unter Vermeidung längerer Belastung, wie z. B. das abzulehnende Hüpfen auf einem Bein, beginnen. Die Übungen beim Bodenturnen müssen so abgestimmt

sein, daß Beuge- und Abspreizkontrakturen vermieden werden. Beim Üben an Geräten ist eine kraftvolle Teilnahme von Stumpf- und des gesunden Beines mit Rückenmuskulatur erforderlich. Bei Spielen im Stehen (Tischtennis, Faustball) soll der Amputierte seine Prothese tragen. Der Arzt muß in den Übungsstunden auf guten Gang und korrekten Sitz der Prothese hinweisen und dem Versehrten die Bedeutung eines fehlerhaften Ganges zur Vermeidung von Spätschäden an den gesunden Gelenken klarmachen. Nur so kann er sich für sich selbst und seine Familie erhalten.

Das nächste Referat hielt Dr. KOHLMANN, Bezirks-sportwart Unterfranken, über „Versehrten-sport mit Jugendlichen aus medizinischer Sicht — Schadensbilder“. Er ging auf die anfänglichen Schwierigkeiten bei der Jugendarbeit, die 1963 begann, ein, wobei die Aussuche der Übungsleiter für versehrte Kinder, die ja wegen ihrer Herausstellung den anderen Kindern gegenüber psychisch und physisch gehemmt sind, nicht leicht gewesen ist, da jene ja ein besonderes Maß in der Führung von Menschen erfüllen müssen. Zum Jugendsport werden nicht zugelassen: Spastiker, die von Spastikerzentren betreut werden (Altdorf, Erlangen), schwere Wirbelsäulenverbiegungen, die als Dauerschaden angesehen werden müssen, und Haltungsschäden, die dem Sonderturnen zugeführt und durch Krankengymnastinnen betreut werden. Zu den körperbehinderten Kindern mit Organ- und Bewegungsverlusten, mit neurologischen Ausfällen, gehören auch die mit Stoffwechsel- (Zuckerkrankheit) und Herz-Kreislauf-erkrankungen (Herzfehler). In Grenzfällen (z. B. Trichterbrust), ob ein körperbehindertes Kind zum Jugendsport zugelassen werden kann, sollte sich der untersuchende Versehrten-sportarzt an den Bezirks- bzw. Landesjugendarzt wenden. Im BVS-Heft 5 „Versehrten-sport mit Jugendlichen“ sind die abzulehnenden und zugelassenen Schadensbilder bei Jugendlichen auf Seite 24/25 zusammengefaßt. In der Diskussion über die Schadensklassen für die Jugendarbeit des BVS war man sich einig, daß diese erweitert und leichte Fälle von Spastikern und Jugendlichen mit Wirbelsäulenveränderungen zum Jugendsport zugelassen werden müßten. Es wird sich dann im Laufe der Zeit herausstellen, ob diesen versehrten Kindern dadurch geholfen wird. Ein Arztgremium soll darüber entscheiden, welche Schadensklassen man in die Jugendarbeit noch aufnimmt.

Dipl.-Psychologe KEMMLER bot uns einen besonders interessanten Vortrag über „Die psychologische Bedeutung des Sports für die Entwicklung“. Hierbei ging Herr Kemmler besonders auf die psychologische Entwicklung des Kindes und der Jugendlichen unter Berücksichtigung des versehrten Kindes ein. Während individuell-subjektive Motive zur Verbesserung der sportlichen Leistungsfähigkeit in der Lust, etwas Sportliches zu leisten, gipfeln, sind die sozial-objektiven Motive besonders in dem Erlebnis eines Erfolges begründet. Hierbei setzen die erfolgsmotivierten Menschen ihre Hoffnung auf einen erreichbaren Erfolg, die mißerfolgsmotivierten Personen haben durch ihre zu hohe oder zu niedrige Zielsetzung Furcht vor dem Mißerfolg. Herr Kemmler wies auch auf die Übungsübertragung, den sogenannten Transfer hin, wobei sich eine sportliche Leistungsfähigkeit auch auf andere Gebiete übertragen kann. So erlebte der Trainer Karl Adam bei seinem Schüler Lenk, daß sich seine große Leistung

im Rudern auch auf dessen Philosophieexamen übertrug, das er ebensogut meisterte wie die Ruderwettkämpfe zuvor. Genauso wie die Entwicklungshilfe für ein zu unterstützendes Volk versagt, wenn es keine Leistungsmotivationen zeigt, so versagen Jugendliche und Kinder, besonders Versehrte, wenn sie nicht zu Leistungen angeregt werden. Dazu dient besonders sportliche oder spielerische Tätigkeit, die systematisch erfolgen muß. Das versehrte Kind fühlt sich dabei in einen Kreis Gleichgesinnter gehoben und verspürt, daß es auch etwas zu leisten vermag, wovon es bisher ausgeschlossen wurde. Allerdings gibt es bei versehrten Jugendlichen oft Extremvarianten, die sich besonders in Ehrgeiz nach Fehlschlägen zeigen. Um hier richtig zu führen, bedarf es psychologisch-sozialmedizinischer Kenntnisse, weshalb besonders bei versehrten Kindern der Sportlehrer und Sportarzt ständig zusammenarbeiten müssen. Mit Älterwerden der Jugendlichen (Schuleintrittsalter) sollten die bisher spielerisch gehaltenen Übungen in Wettkampfform übergehen, um das versehrte Kind an seine eigene Leistungsgrenze heranzuführen.

Den ersten Lehrgangstag beschloß ein reichhaltiges und äußerst interessantes Filmprogramm über:

1. Herzanfälle in der Praxis, Diagnose ohne klinische Mittel
2. Soforttherapie des Herzinfarktes
3. Im Blickpunkt — Aktuelle Medizin in Moskau

Die Farbfilme, von der Firma „Sanol“-Arzneimittel Dr. Schwarz zur Verfügung gestellt, waren alle unter Leitung von Dr. SCHMIDT-VOIGT, Eppstein/Taunus, gedreht und boten in prägnanter Weise eine Zusammenfassung der Diagnose und Therapie des Herzinfalles und -infarktes. Aus Moskau zeigte uns Schmidt-Voigt die Leichenbluttransfusion, eine Nähmaschine für Bauchoperationen, den Ösophagusersatz durch Kolon, einen Blick in das Museum der Sklisisofowski-Klinik und abschließend „Schnelle Hilfe beim Herzinfarkt“.

Zu Beginn des zweiten Arbeitstages berichtete Herr WERNICK vom VSV Sonthofen, dem in der Hauptsache das Zustandekommen und der Bau des Versehrten-sportheimes „Unterjoch“ zu verdanken ist, über die Entstehung des Hauses, über die Schwierigkeiten, die dabei auftraten und über die Möglichkeiten, das Heim, das mit Grund und Boden DM 2 Millionen gekostet hat, auf die Dauer zu erhalten. In der Hauptsache sollen in „Unterjoch“ Lehrgänge für Übungsleiter, Jugendwarte, Skilehrgänge, Arztkurse abgehalten werden. In zweiter Linie erst soll es für die Versehrten ein Erholungszentrum sein. Der Tagessatz für bayerische Versehrte beträgt DM 13.80 und für außerbayerische Kameraden DM 16.70. Bei einer durchschnittlichen Tagesbelegung von 40 Betten trägt sich das Sportheim selbst und braucht keine Zuschüsse.

Das erste medizinische Referat am Sonntag hielt ORMR Dr. ZIMMER, der Leiter des diesjährigen Versehrten-sportärztelehrganges, über „Die Aufgaben des Versehrten-sportarztes“. In Anbetracht der Tatsache, daß die Arbeits- und Unfallgeschädigten bald die Zahl der Kriegversehrten überrunden, muß sich auch der Versehrten-sportarzt umstellen, da er nicht mehr vorwiegend versehrte Kriegsteilnehmer zu betreuen hat. Das Aufgabengebiet bleibt im allgemeinen jedoch gleich. Bei der pflichtgemäßen Erfüllung der Aufgaben des Versehrten-sportarztes muß dieser den Gesundheitszu-

# Magentherapie- problemfrei!

Die Darreichungsform als Granulat  
sichert schnelle Verteilung und Lösung im Magen



- Stomigen ist ein nicht resorbierbares Antacidum
- Sofortwirkung durch schnelle Säurebindung mit anhaltender Schmerzausschaltung
- Schutz gegen Aggression der Säure und Fermente durch Bildung einer Gelschicht auf der Schleimhaut
- Geschmacksneutrale Einnahme

- Mazur-A hilft schwierigere therapeutische Probleme zu lösen
- Normalisierung der Säureverhältnisse
- Anhaltende Schmerzausschaltung
- Bildung einer viskosen Gelschicht auf der Schleimhaut
- Dämpfung gesteigerter Erregbarkeit
- Geschmacksneutrale Einnahme

Stomigen und Mazur-A,  
allein oder in geeigneter Kombination,  
sichern in der Hand des Arztes  
eine individuelle Behandlung.

Literatur und Ärztemuster auf Wunsch

Deutsche  
Arzneimittel  
Gesellschaft  
Steiner & Co.  
Berlin West



stand seiner Schützlinge halbjährlich überprüfen und die jedem Versehrten zuträgliche Leibesübung feststellen, um eine Verstärkung der Schadensbilder oder das Auftreten neuer Leiden durch unsachgemäße sportliche Betätigung zu vermeiden. Dabei braucht der Sportarzt jedoch keine Bedenken gegen den Leistungssport zu haben, wenn dieser aus dem Training heraus erfolgt und dem Kameraden zumutbar ist. Alle Sportübungen sollen, soweit es der Kräfte- und Leistungszustand des Versehrten zuläßt, erfaßt werden, damit er am Sport Freude empfindet und seine Angst und Schüchternheit infolge seines Leidens überwindet. Dadurch werden die Funktionsstörungen gebessert oder ausgeglichen, und der Körperbehinderte findet Spannkraft bis ins hohe Alter. Eine besondere Aufgabe obliegt dem Arzt und auch dem Übungsleiter in der Betreuung von Hirnverletzten und versehrten Kindern, die ja durch Verhänsehung leicht zu Neurotikern werden. Unter Gleichgestellten und Gleichgesinnten jedoch gewinnen diese Versehrten wieder Selbstvertrauen, spüren ihre Leistungssteigerung und fühlen sich wohl.

OMR HAMANN, Bayreuth, berichtete anschließend über „Sportärztliche Untersuchung, Gesundheitspaß, Untersuchungsbogen, Erläuterung der Schadensklassen“ und überreichte dabei jedem Lehrgangsteilnehmer ein ab 1. 1. 1968 gültiges Exemplar des neuen Gesundheitspasses für Versehrte, der einen allgemeinen und einen ärztlichen Teil enthält und ein Exemplar des neuen ärztlichen Untersuchungsbogens, der beim Sportarzt verbleibt und der schon mehr ins Detail bei den ärztlichen Untersuchungen geht. Bei Versehrten über 40 Jahre sollte man ein EKG und eine Röntgenuntersuchung des Thorax zur Pflicht machen, da die Früh-todesfälle auch unter Versehrten zu denken geben und berücksichtigt werden müssen. So hat man z. B. dadurch die Möglichkeit, eine Koronarsklerose auch in jüngeren Jahren aufzuklären, und der Arzt kann so besser seine sportärztlichen Dispositionen treffen. Neben der halbjährlichen Untersuchung muß der Sportarzt zusätzlich die Teilnehmer vor einem Turnier oder Wettkampf ärztlich untersuchen. Eine solche Unter-

suchung darf nicht länger als vier Wochen vor den Veranstaltungen stattgefunden haben. Die Einstufung der 69 Versehrtenarten in 6 (I—VI) Schadensklassen für Mehrkämpfer nach LORENZEN/Dr. MARTEN und 4 Schadensklassen für Spiele (A—B) nach HAEP muß mit dem Übungsleiter zusammen erfolgen.

Zum Schluß der Arbeitstagung in „Unterjoch“ berichtete Herr REINDL vom BVS über „Verwaltungsfragen für den Sportarzt und Übungsleiter (Abrechnung)“. Während die Abrechnung des Versehrtenportes auf Formular nach Übungsveranstaltungen erfolgt, findet die Abrechnung der Jugendarbeit nach Stunden statt. Die Abrechnungsunterlagen werden an die Geschäftsstelle in München eingereicht. Für die ärztliche Erst- und Kontrolluntersuchung gibt es gesonderte Abrechnungsbögen. Die grünen Unfallformulare werden am besten im Gymnastikschrank aufbewahrt, damit sie immer zur Hand sind und ein Unfall sofort aufgenommen und innerhalb acht Tagen nach München eingeschickt werden kann. Bei berufsgenossenschaftlichen Unfälleiden muß der Verletzte vom Arzt, der für Berufsgenossenschaften zugelassen ist, ein Rezept beibringen, auf dem die ärztliche Genehmigung für bestimmte Übungen angegeben ist. Die Meldung zu Lehrgängen erfolgt über den Verein und Bezirk.

Leider konnte Landessportwart OStR STRAUB am Versehrten sportärztelehrgang nicht teilnehmen, so daß uns seine immer so abwechslungsreich gehaltenen Sport- und Gymnastikstunden mit Schwimmen entgingen. Auch sein Referat „Der Versehrten sport in den kommenden Jahren aus der Sicht des Sportwartes“ konnte daher nicht erfolgen.

Nach Dankesworten der Vorstandschafft an die Lehrgangsteilnehmer sprach Dr. SCHNEIDER, Würzburg, in unserem Namen beim Lehrgangspräsidium für die aufschlußreichen und interessanten Vorträge und für die schönen Stunden im neuen Heim seinen Dank aus. Auch bei der Heimleitung bedankte sich Dr. Zimmer für die gute Organisation im Sportheim und für das leibliche Wohl sehr herzlich.

Dr. Plietz, Kitzingen

## Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

### Oberbayern

Burghausen, Lkr. Altötting: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

Längeneising, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker

Penzberg, Lkr. Weilheim: 1 Allgemeinpraktiker

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8000 München 23, Königinstraße 85/II, zu richten.

### Oberfranken

Encheureuth, Lkr. Stadtsteinach: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Marktredwitz: 1 Allgemeinpraktiker

Memmeisdorf-Lichteneiche, Lkr. Bamberg: 1 Allgemeinpraktiker

Sparneck, Lkr. Münchberg: 1 Allgemeinpraktiker

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

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

### Oberpfalz

Beratzhausen: 1 Allgemeinpraktiker

Eschenbach (Stadt): 1 Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Falkenstein: 1 Allgemeinpraktiker

Hirschau-Schnaittenbach (Ortsteil Schnaittenbach): 1 Allgemeinpraktiker

Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Roding: 1 Allgemeinpraktiker

Roßbach/Wald: 1 Allgemeinpraktiker

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker

Vobenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker

**Waldershof:** 1 Allgemeinpraktiker

**Waldthurn:** 1 Allgemeinpraktiker

**Weiden:** 1 Facharzt für Kinderkrankheiten

**Weiden:** 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten  
Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz —, 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu richten.

### Niederbayern

**Frauenau, Lkr. Regen (Bayer. Wald):** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Frauenau hat ca. 3700 Einwohner und ein großes Einzugsgebiet. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

**Hauzenberg, Lkr. Wegscheid:** 1 Allgemeinpraktiker

Hauzenberg, nahe bei Passau gelegen, hat ca. 3100 Einwohner und ein Einzugsgebiet mit ca. 8750 Einwohnern. Die zu besetzende Kassenarztstelle wurde durch Tod des Praxisinhabers frei. Zwei weitere Praktische Ärzte sind am Ort niedergelassen. Der verstorbene Kollege rechnete rund 1000 Krankenscheine ab. Eine Wohnung wird von der Gemeinde zur Verfügung gestellt. Die Praxisräume, eventueii mit Einrichtung, des verstorbenen Kollegen können übernommen werden. Hauzenberg besitzt eine neue Realschule.

**Kötzting:** 1 Allgemeinpraktiker

Kötzting ist eine Stadt mit ca. 3400 Einwohnern und einem sehr großen Einzugsgebiet. Ein vor kurzem verstorbener Allgemeinpraktiker hatte eine sehr umfangreiche Kassenpraxis. Ein weiterer Kollege beabsichtigt, seine ebenfalls sehr große Praxis aus Altersgründen aufzugeben und sie einem Nachfolger zu übergeben.

**Mengkofen, Lkr. Dingolfing:** 1 Allgemeinpraktiker

Mengkofen hat ein Einzugsgebiet von ca. 4000 Einwohnern. Nach dem Tode eines Praktischen Arztes ist z. Z. nur ein einziger Kassenarzt in Mengkofen niedergelassen. Die Gemeinde ist bereit, Wohn- und Praxisräume zu vermitteln.

**Wegscheid:** 1 Allgemeinpraktiker

Wegscheid ist eine Marktgemeinde im unteren Bayerischen Wald mit einem ärztlichen Einzugsgebiet von rund 4000 Einwohnern. Am Ort ist ein Krankenhaus, das von einem Fachchirurgen geleitet wird. Der einzige Allgemeinpraktiker am Ort hat eine umfangreiche Kassenpraxis. Die Gemeinde Wegscheid besorgt Wohn- und Praxisräume.

**Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald):** 1 Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten

Die Stelle wurde durch den Wegzug des bisherigen Praxisinhabers frei.

In der Stadt Regen (Entfernung 11 km) besteht am Städtischen Krankenhaus in Regen die Möglichkeit, Beiebetten zu erhalten.

Die Stadt ist außerdem in der Lage, eine größere Wohnung oder ein ganzes Haus zu angemessener Miete oder einen billigen Bauplatz zur Verfügung zu stellen.

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

### Mittelfranken

**Boxdorf, Lkr. Fürth:** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen neuen Kassenarztsitz, der durch starke Zunahme der Bevölkerung und Überlastung der einfahrenden Ärzte eine gesicherte Existenzmöglichkeit bietet.

**Markt Erlbach, Lkr. Neustadt/Alsch:** 1 Allgemeinpraktiker

**Obernzen, Lkr. Uffenheim:** 1 Allgemeinpraktiker  
Gesicherte Existenzmöglichkeit, da beide bisherigen Praxisinhaber durch Verzicht bzw. Tod ausgeschieden sind.

**Scheinfeld:** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Am Ort sind zwei Praktiker niedergelassen.

**Schillingsfürst, Lkr. Rothenburg o. d. T.:** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist.

**Schopfloch, Lkr. Dinkelsbühl:** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Schopfloch hat ca. 2400 Einwohner und ein großes Einzugsgebiet. Am Ort hat sich ein zweiter Praktiker niedergelassen.

**Tauberzell, Lkr. Rothenburg o. d. T.:** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch den Wegzug des bisherigen Kassenarztes frei geworden ist. Dem Bewerber steht ein großes Einfamilienhaus mit Praxisräumen zur Verfügung.

**Weldenbach-Triesdorf, Lkr. Feuchtwangen:** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen Kassenarztsitz, der seit einigen Jahren nur noch mit einem Arzt mit sehr großer Praxis besetzt ist.

**Wendelstein, Lkr. Schwabach:** 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um einen Kassenarztsitz, der nur mit zwei Ärzten mit übergroßen Praxen besetzt ist.

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

**Bronchovalun**<sup>®</sup>  
broncholytisches Antitussikum

**Thyreovalun**<sup>®</sup>  
antithyreoidal, beruhigend  
psychisch ausgleichend  
keine strumigene Nebenwirkung

Muster u. Literatur auf Anforderung

Bei apaatlach-aathmolder Bronchitia, Emphysebronchitia, Bronchiektase, Krampf-, Raiz-, Grippehueten, Reucharkatarrh

Tropfflasche  
10 ml

Gut verträglichar Pflanzenextrakt bei SchilddrüaanOberfunktion und vegetativen Störungen, Angat- und Spannungazuatänden, Schlaflosigkeit, Herz- und Kralaufbaachwarden, Hyperhidroala

Tropfflasche  
15 ml u. 30 ml

Dr. Auf dem Kampe · Hamburg 52 - Großflottbek

**Nur selten hat sich ein  
therapeutisches Prinzip  
so bewährt wie dieses!**

# Gelusil-Lac<sup>®</sup>

eine Schutzschicht  
für die  
Magenschleimhaut

bei Ulkus, Gastritis,  
Säurebeschwerden



**Gelusil-Lac  
TABLETTEN**  
einfache und bequeme  
Einnahme unterwegs

**Gelusil-Lac**  
Pulver zur Bereitung  
eines wohlschmeckenden  
milchartigen Getränkes

**Gelusil-LacQuick**  
sofort lösliches Granulat

**GÖDECKE** 1/127

### Schwaben

#### Burgheim: 1 Allgemeinpraktiker

Der Praxisvorgänger ist am 12. 12. 1967 verstorben. Wohn- und Praxisräume stehen noch zur Verfügung. Burgheim hat 2000 Einwohner und ein großes Einzugsgebiet. Am Ort ist außerdem ein Arztehepaar niedergelassen. Der Sonntagsdienst ist geregelt. Für Kinder bestehen günstige Verkehrsverbindungen nach Neuburg/Do. und nach Donauwörth zum Besuch höherer Schulen.

#### Günzburg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten

#### Welchering, Lkr. Neuburg/Do.: 1 Allgemeinpraktiker

Der Kassenarztsitz ist infolge Wegzugs des Praxisvorgängers ab 1. 4. 1968 unbesetzt. Wohn- und Praxisräume stehen zur Verfügung.

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

### Unterfranken

#### Bastheim, Lkr. Mellrichstadt: 1 Allgemeinpraktiker

#### Bergheimfeld, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker

#### Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker

#### Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker

#### Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Unterfranken —, 8700 Würzburg, Hofstr. 5, zu richten.

### Stiftung „Deutsches Institut für Rationale Medizin“ gegründet

Die Stiftung „Deutsches Institut für Rationale Medizin“ haben am 3. 2. 1968 in Köln der Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV), der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) und die Deutsche Krankenversicherungs-Aktiengesellschaft (DKV) gegründet. Sitz der Stiftung ist Köln.

Den Vorsitz im Kuratorium der Stiftung „Deutsches Institut für Rationale Medizin“ hat Dr. Gerhard KÖNIG, zweiter Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, übernommen. Zu stellvertretenden Vorsitzenden wurden der Hartmannbund-Vorsitzende Dr. Kurt JOUSSEN, der NAV-Bundesvorsitzende Dr. Kaspar ROOS und DKV-Generaldirektor Werner KIENCKE berufen.

#### Gruppenversicherungsvertrag mit der Vereinigten Krankenversicherung A.G.

Es besteht Veranlassung zu folgendem Hinweis:

Die Versicherung endet nach § 14 des Vertrages u. a. durch Tod des Versicherungsnehmers. Die mitversicherten Personen haben jedoch das Recht, die Versicherung unter entsprechender Prämienermäßigung fortzusetzen. Der Stellung eines besonderen Antrages bedarf es nicht.

Die Fortsetzung gilt jedoch als abgelehnt, wenn die nächst fällige Prämienrate trotz Aufforderung nicht entrichtet wird.

Diese Zusammenarbeit der großen Arztverbände und eines großen privaten Krankenversicherers der Bundesrepublik wie auch die Interessennahme maßgeblicher ärztlicher Persönlichkeiten sollen sicherstellen, daß die Erforschung und Förderung des Einsatzes von elektronischen Datenverarbeitungsanlagen für die Medizin die erforderliche breite Basis finden.

Durch einen sinnvollen Einsatz des Computers, insbesondere zur Unterstützung der Diagnostik, wollen die Beteiligten einen wirksamen Beitrag zur Förderung der Arbeit der freiberuflich tätigen Ärzte und damit der medizinischen Versorgung der Bevölkerung leisten.

Sie sind sich bewußt, daß zur Erreichung dieses Zieles noch gewissenhafte Vorarbeiten notwendig sind. Es wäre der späteren Entwicklung auf dem Gebiete der Computermedizin nicht zuträglich, wenn die Resonanz, die die einschlägigen Bemühungen in der jüngsten Zeit in Presse und Öffentlichkeit gefunden haben, zu vorläufigen Hoffnungen führen sollte.

### Kurs zur Ausbildung von zytologischen Assistentinnen

Im März 1968 schloß der theoretische Teil des ersten Lehrganges der im Oktober 1967 in München gegründeten Schule zur Ausbildung von zytologischen Assistentinnen ab. Die Schülerinnen werden jetzt unter Anleitung ein halbes Jahr praktisch auf dem Gebiete der zytologischen Diagnostik tätig sein und sich danach der Abschlußprüfung unterziehen.

Der zweite Lehrgang beginnt mit dem theoretischen Unterricht am 17. April 1968.

### 71. Deutscher Ärztetag in Wiesbaden

Vom 17. bis 22. Mai 1968 findet in Wiesbaden der 71. Deutsche Ärztetag statt.

Die Tagesordnung sieht folgende Punkte vor:

1. Entwurf einer Weiterbildungsordnung
2. Formen gemeinsamer Berufsausübung in der ärztlichen Praxis
3. Organisationsform und Benennung der Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte und der Deutschen Akademie der Fachärzte (vorläufige Bezeichnung)
4. Wahl des Vorstandes der Deutschen Akademie der Fachärzte (vorläufige Bezeichnung)
5. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer mit Kurzreferaten der Mitglieder des Vorstandes aus ihrer Referatstätigkeit
6. Finanzbericht der Bundesärztekammer für 1967
7. Bericht des Finanzausschusses der Bundesärztekammer
8. Entlastung des Vorstandes der Bundesärztekammer
9. Voranschlag für das Geschäftsjahr 1969
10. Wahl des Finanzausschusses der Bundesärztekammer
11. Wahl des Tagungsortes des 74. Deutschen Ärztetages

Zeitlich parallel zu den Plenarsitzungen des 71. Deutschen Ärztetages findet ein ausschließlich durch Filme gestaltetes Fortbildungsprogramm statt.

## AUS DER EWG

### Fragen der Arbeitsmedizin im Europäischen Parlament

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaft hat am 8. 2. 1968 zwei Schriftliche Anfragen zu werksärztlichen Betreuung in der Bundesrepublik Deutschland beantwortet.

Die Fragen und Beantwortungen haben folgenden Wortlaut:

**Schriftliche Anfrage Nr. 268  
von Herrn Bergmann**

**an die Kommission der Europäischen Gemeinschaften**

**Betrifft:** Unzureichende werksärztliche Betreuung in der Bundesrepublik Deutschland

1. Ist der Kommission bekannt, daß der Werksärzteverband in der Bundesrepublik Deutschland mit der Mehrheit seiner Mitglieder für eine zusätzliche Regelung betreffend die Einrichtung betriebsärztlicher Dienste in den Arbeitsstätten eintritt?
2. Ist der Kommission weiter bekannt, daß die am 10. Juni 1966 verabschiedeten sogenannten „Richtlinien des Bundesarbeitsministers zur werksärztlichen Betreuung der Arbeitnehmer und zur Einrichtung werksärztlicher Dienste in den Betrieben und Unternehmen“, die völlig unverbindlich sind, keinen Erfolg gebracht haben, sondern daß sich die Lage noch verschlimmert hat: die Zahl der — hauptberuflich und nebenberuflich — tätigen Werksärzte ist von 1320 am 1. Juli 1966 auf 1282 am 1. Juli 1967 zurückgegangen?
3. Was gedenkt die Kommission zu tun, um dieser bedenklichen Entwicklung zu steuern, die im Widerspruch zu ihrer im Juli 1962 an die Mitgliedstaaten gerichtlichen Empfehlung betreffend die betriebsärztlichen Dienste in den Arbeitsstätten<sup>1)</sup> steht?
4. Ist die Kommission insbesondere bereit, bei der Bundesregierung darauf hinzuwirken, daß sie nunmehr endlich eine gesetzliche Regelung im Sinne der genannten Empfehlung der EWG trifft?

<sup>1)</sup> ABL Nr. 80 vom 31. 8. 1962, S. 2181/82.

#### Antwort

1. Der Verband deutscher Werksärzte hat mehrfach erklärt, daß die Mehrheit seiner Mitglieder noch die Auffassung vertritt, eine gesetzliche Regelung über die Einrichtung betriebsärztlicher Dienste in den Arbeitsstätten sei nicht erforderlich; er werde sich jedoch, falls die Bundesregierung einen entsprechenden Gesetzentwurf ausarbeiten wolle, nach Kräften an den vorbereitenden Arbeiten beteiligen und seine Erfahrungen zur Verfügung stellen. Diese Haltung hat der Verband der Kommission gegenüber ausdrücklich bestätigt.
2. Nach den 1967 durchgeführten Länderehebungen gab es Mitte 1967 in Deutschland in Betrieben mit bis zu 199 Arbeitnehmern 18 hauptberuflich und 142 nebenberuflich tätige Werksärzte; in Betrieben mit 200 und mehr Arbeitnehmern waren es 451 hauptberuflich und 831 nebenberuflich tätige Werksärzte. Die Gesamtzahl betrug also 1442.
3. und 4. Die Kommission wird sich im Rahmen der ihr nach Artikel 118 des EWG-Vertrags obliegenden Aufgabe selbstverständlich weiterhin bemühen, im Sinne ihrer Empfehlung vom 20. Juli 1962 — die allerdings nach Artikel 189 Absatz 5 des EWG-Vertrags nicht verbindlich ist — die Bundesregierung von der Zweckmäßigkeit gesetzlicher Maßnahmen zur Einrichtung betriebsärztlicher Dienste in den Arbeitsstätten zu überzeugen. Die Kommission begrüßt hierbei jede Unterstützung durch das Europäische Parlament und darf in diesem Zusammenhang auch auf die Anregungen Bezug nehmen, die unter Punkt 153 des Berichtes des Herrn Abgeordneten Bernasconi über die Arbeitsmedizin im Rahmen der drei Gemeinschaften<sup>1)</sup> gegeben werden.

<sup>1)</sup> Sitzungsdokument des Europäischen Parlaments Nr. 73/68.

**Schriftliche Anfrage Nr. 269  
von Herrn Bergmann**

**an die Kommission der Europäischen Gemeinschaften**

**Betrifft:** Verwirklichung der Empfehlung der Kommission an die Mitgliedstaaten betreffend die betriebsärztlichen Dienste in den Arbeitsstätten

Bekanntlich äußerte die Kommission in der genannten Empfehlung<sup>1)</sup>, die den Mitgliedstaaten im Juli 1962 übermittelt wurde, den Wunsch, alle zwei Jahre über die aufgrund dieser Empfehlung getroffenen Maßnahmen und über die weitere Entwicklung auf dem Gebiet der betriebsärztlichen Dienste unterrichtet zu werden. Die Kommission hat aufgrund der Angaben der Mitgliedstaaten im Jahre 1965 einen „Ersten Bericht“ für die Zeit vom August 1962 bis Dezember 1964 vorgelegt, zu dem das Europäische Parlament auf der Grundlage eines Berichtes von Herrn Bernasconi<sup>2)</sup> Stellung genommen hat.

Nunmehr steht der „Zweite Bericht“ für die Jahre 1965 und 1966 aus.

Die Kommission wird daher unter Bezugnahme auf die Schriftliche Anfrage Nr. 65/64<sup>3)</sup> um Beantwortung nachstehender Fragen gebeten:

1. Welche Mitgliedstaaten haben die für die Jahre 1965 und 1966 erforderlichen Angaben noch nicht gemacht?
2. Weshalb wurde der zweite Bericht über die Verwirklichung der Empfehlung betreffend die betriebsärztlichen Dienste in den Arbeitsstätten noch nicht vorgelegt?
3. Ist die Verspätung ganz oder teilweise auf Personalmangel der Kommission zurückzuführen?
4. Wann ist mit der Vorlage des zweiten Berichts zu rechnen?

<sup>1)</sup> ABL Nr. 80 vom 31. 8. 1962, S. 2181/62.

<sup>2)</sup> Sitzungsdokument des Europäischen Parlaments Nr. 73/68.

<sup>3)</sup> ABL Nr. 181 vom 12. 11. 1964, S. 2877/64.

#### Antwort

1. bis 3. In der Sitzung der für die Betriebssicherheit und Arbeitshygiene zuständigen hohen Beamten der Mitgliedstaaten vom 24. November 1966 hat die Kommission über die durch ihren ersten Bericht zur Entwicklung auf dem Gebiet der betriebsärztlichen Dienste eingeleitete Erörterung arbeitsmedizinischer Fragen im Europäischen Parlament (Sitzung vom 29. Juni 1966) berichtet; sie hat gleichzeitig gebeten, ihr die erforderlichen Unterlagen für die Ausarbeitung eines zweiten Berichtes baldmöglichst zu übersenden. Die Regierungsvertreter äußerten den Wunsch, vor Beginn dieser Arbeiten in einer besonderen Sitzung der für die Arbeitsmedizin zuständigen Regierungssachverständigen die im Bericht des Herrn Abgeordneten Bernasconi und im Verlauf der Parlamentsdebatte aufgeworfenen Fragen eingehend zu erörtern. Diese Sitzung, die für März 1967 vorgesehen war, mußte bedauerlicherweise mehrfach verschoben werden und ist nunmehr am 19. Januar 1968 durchgeführt worden.
4. Auf der obengenannten Sitzung haben die Sachverständigen mit den zuständigen Dienststellen der Kommission die seit 1965 in den Mitgliedstaaten zu beobachtende Entwicklung des Bereichs der Arbeitsmedizin und insbesondere der betriebsärztlichen Dienste erörtert. Genaue Angaben über die in den Mitgliedstaaten bestehende Lage (Stand Ende 1967) sollen der Kommission demnächst zugeleitet werden. Die Kommission wird nicht versäumen, dem Europäischen Parlament so bald wie möglich über den Sachstand zu berichten.

(Aus „Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften“ vom 21. 2. 1968)

## PERSONALIA

### Professor Dr. med. Alfred Wiskott 70 Jahre

Als Professor Alfred WISKOTT am 4. 3. 1968 seinen 70. Geburtstag feierte, freuten sich alle diejenigen, die ihn von früher her kannten, in welcher unveränderter Frische er diesen Tag beging.



Noch kein Jahr ist vergangen, daß er die Leitung des von ihm so geliebten HAUNERSchen Kinderspitals in München niederlegte. Daß die Übergabe an seinen Nachfolger nahtlos vollzogen wurde, ist nicht zuletzt sein Verdienst. Ihm lag es am Herzen, die Klinik nicht verwaisen zu lassen, daher blieb er weitaus länger im Amt als vorgesehen. Dafür waren ihm alle seine Mitarbeiter dankbar.

Die vielfältigen Aufgaben, die ihm sein Amt auferlegte, erfüllte er mit glücklicher Hand. Wohl jeder, der unter Alfred Wiskott arbeiten und lernen durfte, war immer wieder überrascht über seine unübertroffene Art, am Krankenbett Diagnosen zu stellen und therapeutische Wege zu weisen. Wenn mancher dachte, daß in schwierigen Situationen nur eine raffinierte Diagnostik mit all ihren Belastungen für das Kind zum Ziele führen könnte, so wurde er manches Mal durch seinen Chef eines Besseren belehrt. Der Arzt, so lehrte Wiskott, soll nicht von komplizierten diagnostischen Methoden abhängig sein, sondern diese erst dann heranziehen, wenn sie unbedingt nötig sind. Viele, die heute in der Praxis stehen, werden ihm für diese und ähnliche Ratschläge dankbar sein.

Wenn wir seine hervorstechenden ärztlichen Eigenschaften so sehr an ihm schätzen, so sind seine Fähigkeiten als Hochschullehrer in gleicher Weise hervorzuheben. Niemand wird die Vorlesungen vergessen, die er im stets überfüllten Hörsaal hielt. Keinen trockenen Lehrstoff, sondern das kranke Kind, den Weg zur Diagnose, die richtige Therapie verstand Wiskott dem Studenten nahezubringen. Den künftigen Arzt führte er mit sicherer Hand, gab ihm reichhaltiges Wissen mit und ließ ihn erkennen, daß die Pädiatrie eines der schönsten und dankbarsten Spezialfächer der Medizin ist. Das durften auch alle erfahren, die in seiner Klinik als Ärzte arbeiteten. Seine ganze Erfahrung und sein Wissen drücken sich auch in dem von KELLER und ihm herausgegebenen Lehrbuch der Pädiatrie aus.

Daß Alfred Wiskott in seinem Haus die Wissenschaft förderte — auch in den schweren Jahren des Krieges und in der Nachkriegszeit — war eine Selbstverständlichkeit. Er, der schon als junger Assistent seine ersten wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlichte, förderte alle, die sich wissenschaftlich betätigen wollten. Freies, selbständiges Arbeiten lag ihm am Herzen, nur so konnten Ideen Wirklichkeit werden.

Seine eigenen Veröffentlichungen entstanden auf diese Weise und verhalfen ihm zu dem Ruf eines hervor-

ragenden Wissenschaftlers. Wenn Wiskott auch kein gebürtiger Münchner war, er wurde am 4. 3. 1898 in Essen geboren, so fühlte er sich doch durch seine lange Tätigkeit in München mit dieser Stadt stets verbunden. Hier war er schon 1922 als junger Arzt tätig, hier habilitierte er sich und hierher kehrte er nach seiner Berufung nach Marburg zwei Jahre später als Nachfolger von Geheimrat v. PFAUNDLER zurück. Fast 30 Jahre war er im HAUNERSchen Kinderspital tätig. Sein Werk war es, daß diese Klinik trotz aller äußeren Schwierigkeiten, die besonders durch schwere Zerstörungen während des Krieges auftraten, einen hervorragenden Ruf genoß.

Wenn Alfred Wiskott heute diesem Haus nicht mehr vorsteht, so ist seine Arbeit und sein Wirken dennoch weiter zu spüren. Wir, seine ehemaligen Mitarbeiter, fühlen uns weiterhin mit ihm verbunden und wünschen ihm noch viele glückliche Jahre.

Professor Dr. O. Goetz, München

### Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Rudolf Zenker 65 Jahre

Am 24. 2. 1968 feierte Herr Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Rudolf ZENKER zusammen mit seinem Bruder Carl, dem Chefarzt der Augenklinik Herzog Karl Theodor, seinen 65. Geburtstag.



In München geboren und aufgewachsen, entschloß er sich nach seiner Reifeprüfung am Alten Realgymnasium, Medizin zu studieren. Sein Studium absolvierte er in Zürich und München und bestand hier 1928 das Staatsexamen mit dem Prädikat „sehr gut“. Hier promovierte er auch 1929 mit einer Arbeit über „Teerkrebs mit langer Latenzzeit“ mit der Note: „magna cum laude“ zum Dr. med.

Nach der Medizinalpraktikantenzeit im Pathologischen Institut der Universität München und an der Medizinischen Klinik der Universität Heidelberg war er erneut am Pathologischen Institut unter M. BORST tätig. Von hier ging er nach Tübingen, um bei M. KIRSCHNER seine chirurgische Ausbildung zu beginnen. Später übersiedelte er mit seinem Lehrer nach Heidelberg und habilitierte sich dort 1937 für das Fach der Chirurgie. Im Juni 1943 wurde er zum apl. Professor ernannt. 1943 ging er als Chefarzt der chirurgischen Abteilung der Städtischen Krankenanstalten nach Mannheim und war von 1947 bis 1951 gleichzeitig Direktor dieses Krankenhauses.

1951 nahm Professor Zenker einen Ruf auf den Lehrstuhl für Chirurgie an der Universität Marburg/Lahn an und wurde von dort im Oktober 1958 als Ordinarius für Chirurgie nach München berufen. Seitdem ist er Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik.

Bereits in Mannheim wandte sich Professor Zenker der gerade aufkommenden Herzchirurgie zu. In zunehmenden

dem Maße führte er bereits dort und später in Marburg zahlreiche Eingriffe wegen schweriger Perikarditis und zur Beseitigung der Mitralstenose des Ductus Botalli und der Isthmusstenose durch. Seit 1955 beschäftigte er sich intensiv mit Fragen und Problemen des extrakorporalen Kreislaufes, und führte am 19. 2. 1958 die erste erfolgreiche Operation mit Hilfe der Herz-Lungen-Maschine in Deutschland durch.

Nach seiner Übersiedlung nach München entstand an der Chirurgischen Universitätsklinik unter seiner Leitung eine eigene herzchirurgische Abteilung, die heute einen bedeutenden Platz unter den herzchirurgischen Zentren der Welt einnimmt.

Neben zahlreichen Veröffentlichungen aus allen Gebieten der Chirurgie, besonders aber auch der Herzchir-

urgie, sind seine wissenschaftlichen Hauptwerke: „Die Eingriffe in der Bauchhöhle“ im Rahmen der KIRSCHNERschen Operationslehre und gemeinsam mit seinen Schülern G. HEBERER und H. LÖHR die Monographie: „Die Lungenresektionen“.

Zahlreiche Ehrungen wurden Herrn Professor Zenker zuteil. Unter ihnen sind vor allem die Ernennung zum Ehrenmitglied der Amerikanischen Chirurgenvereinsigung und die Verleihung der Ehrendoktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Saloniki zu nennen.

Dank seiner unermüdlichen Aufbauarbeit ist seine Klinik heute nicht nur eines der wichtigsten chirurgischen Zentren Deutschlands, sondern der ganzen Welt.

## AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

### Die Deutsche Universität in Prag

Von Dr. med. Walther Koerting, München

(Fortsetzung)

#### Röntgenologie

Herrnheiser, Gustav: Prag — Tel Aviv — Alexandria — Südafrika — Rhodesien — London.

Beutel, Alois: Prag — Frankfurt/M. — Prag — Dortmund.

Strnad, Franz: Prag — Frankfurt/M.

Buchtala, Viktor: Prag — Würzburg — Münster/Westfalen — München.

Gustav Herrnheiser (geb. 6. 8. 1890 in Prag, gest. 13. 5. 1956 in London) studierte in Prag und München. Er promovierte 1914 an der Deutschen Universität in Prag zum Dr. med. Der 1. Weltkrieg unterbrach seine Tätigkeit am Pathol.-anatom. Institut (Prof. Ghon). Er war als Truppenarzt und später in einem Epidemiespital tätig. 1918 wurde er Externarzt an der 2. Medizinischen Univ.-Klinik (Prof. Rudolf Jaksch R. v. W.), daneben arbeitete er im Institut für physiologische Chemie und im Pharmakologischen Institut. Es war Prof. Jaksch, der Herrnheiser riet, sich der Röntgenologie zuzuwenden. Daraufhin ging er zu Holzknecht nach Wien. Nach seiner Rückkehr errichtete er an der 2. Medizinischen Klinik eine eigene Röntgenstation. 1925 habilitierte er sich hier für allgemeine Röntgenologie, nachdem es ihm gelungen war, Prof. Jaksch zu überzeugen, daß die Röntgenologie ein eigenes Spezialfach darstelle. Er war der erste, der sich in Prag für Röntgenologie habilitierte. Er war in kurzer Zeit der Röntgenologe Prags. (Im Nachruf von Beutel.) Nachdem er 1927 einen Lehrauftrag für Röntgenologie erhalten hatte, schlug ihn die Fakultät 1929 zum ao. Professor vor, doch erfolgte die Bestätigung durch die tschechische Regierung erst im

Jahre 1933. Als die politischen Ereignisse Herrnheiser zwangen, Prag zu verlassen, ging er zuerst nach Palästina, wo er als Chefarzt des Hadassa-Hospitals in Tel Aviv wirkte. 1942 ließ er sich in Alexandria nieder. Hier war er als Chefarzt am König-Fuad-Hospital und im Jüdischen Krankenhaus tätig. Die Fremdenfeindlichkeit in Ägypten nötigte ihn, 1948 das Land zu verlassen. Er ging nach Südafrika, dann nach Südrhodesien, konnte aber dort nicht Fuß fassen, da die ihm gemachten Versprechungen nicht eingehalten wurden. Er ging nach England, wo er unter Erlassung aller Prüfungen zugelassen wurde. In London wurden seine überragenden Kenntnisse bald anerkannt. Er wurde beratender Röntgenologe des Connaught-Hospitals, des St.-Margaret-Hospitals Epping und des König-Georg-Hospitals Ilford. Die ersten seiner 70 wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigten sich mit pathologisch-anatomischen bzw. bakteriologischen Themen. Der größte Teil seiner Publikationen galt der Thoraxdiagnose. 1924 gab er eine grundlegende Nomenklatur zur Lungentuberkulose an. „Mit prophetischer Gabe erklärte er die Bedeutung der Analyse und der Topographie der Versorgungsgebiete der Lungengefäße.“ (Beutel.) 1923 schuf er mit Prof. Rudolf R. v. W. Jaksch und Dozent Altschul die „Vereinigung der deutschen Röntgenologen in der TschSR“, deren ständiger Vizepräsident er war. Auf mehreren Kongressen hielt er Hauptreferate. 1951 lehnte er aus familiären Gründen eine Berufung nach Frankfurt/M. ab. Mit der Abfassung eines Vortrages, den er in Innsbruck halten sollte, befaßt, „voll freudiger Erwartung wieder einmal die von ihm sehr geliebten

# Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

# Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesie

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

Alpen sehen zu können, erlag er einem Sekundenherztod.“ (Beutel.)

Alois Beutel (geb. 10. 7. 1900 in Weseritz, Westböhmen, gest. 19. 11. 1967 in Würzburg) promovierte 1925 an der Prager Deutschen Universität. Nach gründlicher Ausbildung in pathologischer Anatomie und innerer Medizin begann er 1928 an der 2. Medizinischen Klinik (Prof. Jaksch R. v. W.) unter Herrnheiser seine Ausbildung in Röntgenologie. 1933 habilitierte er sich hier für das Fach der medizinischen Strahlenkunde. 1939 ging er mit dem Nachfolger von Prof. Jaksch, dem Internisten Prof. Nonnenbruch, von Prag nach Frankfurt/Main. 1940 wurde er zum ao. Professor ernannt. 1941 folgte er einem Ruf auf den Lehrstuhl für Radiologie an der Prager Deutschen Universität. Nach der Auflösung dieser Universität fand er 1948 in Dortmund an der Strahlenklinik der Städtischen Krankenanstalten eine neue Wirkungsstätte. 1965 wählte er nach seiner Emeritierung Würzburg als neuen Wohnort. „Mit Professor Beutel ist ein würdiger Vertreter der Deutschen Röntgenologie, einer der besten aus der zweiten Generation der Deutschen Röntgenologie, dahingegangen. Professor Beutel war ein treuer Sohn seiner sudetendeutschen Heimat, seines geliebten Egerlandes.“ (Prof. Strnad im Nachruf.) Eine Vielzahl von wissenschaftlichen Arbeiten, vor allem im „Handbuch der medizinischen Radiologie“, befassen sich mit einschlägigen Themen, darunter besonders mit dem Gebiete der Orbita,

Franz Strnad (geb. 4. 8. 1908 in Budweis, Südböhmen) besuchte die Deutsche Universität in Prag, wo er 1933 zum Dr. med. promovierte. 1937 wurde er Facharzt für Röntgenologie in Prag. 1941 habilitierte er sich an der Universität Frankfurt/Main für Röntgenologie. 1941 wurde er leitender Oberarzt der Röntgenabteilung der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik (Prof. Dr. W. Nonnenbruch und Prof. Dr. M. Gänslein). Von 1945 an war er leitender Oberarzt der Röntgenabteilung der Chirurgischen Univ.-Klinik (Prof. Dr. Geißendörfer). 1953 wurde er zum apl. Professor ernannt und 1957 auf den Lehrstuhl für Röntgendiagnostik berufen und zum ao. Professor ernannt. Strnad wurde Vorstand der Lehrkanzel für Röntgendiagnostik an der Universität Frankfurt/M. und Leiter der Röntgenabteilung der Chirurgischen Univ.-Klinik. Von den zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen seien erwähnt die Habilitationsschrift „Die Diagnose und Differentialdiagnose der raumbeschränkenden Prozesse am extrabulbären Duodenum“ (1941) und das Werk „Tumoren des Bron-

chialsystems“, gemeinsam mit Prof. Link (1956). Im Rahmen der Thoraxdiagnostik wurden die gerichteten basalen Atelektasen erstmalig als gezielte Hinweise bei Prozessen im Abdomen aufgezeigt und differentialdiagnostisch verwertet. Strnad gab 1936 eine nach dem letzten Kriege wieder eingeführte Bronchographiesonde an, sie trägt seinen Namen. Er ist Mitherausgeber des großen „Handbuches der medizinischen Radiologie“. Eine besondere Würdigung seines Wirkens erfuhr Strnad 1959 durch die Berufung als einer der Vizepräsidenten des IX. Internationalen Kongresses für Radiologie. Aus seiner Schule ging eine Reihe von Schülern hervor, die an leitender Stelle tätig sind.

Victor Buchtala (geb. 23. 2. 1915 in Graz) promovierte 1938 in Preßburg. Er war bei Prof. Holfelder in Frankfurt/M. und bei Prof. Beutel, Prag, tätig. 1943 wurde er Oberarzt am Röntgen-Institut der Deutschen Universität in Prag. 1950 habilitierte er sich an dieser Universität für sein Fachgebiet. Von 1946 bis 1954 war er Oberarzt und Leiter der Röntgenstation der Chirurgischen Univ.-Klinik Würzburg. Anschließend wurde er Oberarzt und Leiter der Röntgen-Station der Medizinischen Univ.-Klinik in Münster/Westf. 1956 wurde er Professor. Seit 1956 ist Buchtala als Chefarzt des Röntgeninstitutes der Krankenanstalt Rotes Kreuz in München tätig. Zahlreiche in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlichte Arbeiten geben Kenntnis von dem Umfang seines Wissens.

#### Kinderheilkunde

Löschner, Josef: Prag — Wien.

Steiner, Johann: Prag.

Kaulich, Joseph: Prag.

Ganghofner, Friedrich: Prag.

Langer, Josef: Prag — Graz — Prag.

Ritter von Rittershain, Gottfried: Prag.

Epstein, Alois: Prag.

Raudnitz, Robert Wolf: Prag.

Fischl, Rudolf: Prag.

Czerny, Adalbert: Prag — Breslau — Straßburg — Berlin.

Moll, Leopold: Prag — Wien.

Epstein, Berthold: Prag.

Benhold-Thomsen, Carl: Hamburg — Greifswald — München — Prag — Köln.

Mal, Hermann: München — Prag — Münster/Westf.

In Prag hatte Dr. Eduard Kratzmann (geb. 1814 in Kratzau, Böhmen, gest. 1865 in Teplitz) im sogenannten St. Lazarusgebäude (Brenntegasse 7) im Jahre 1842 ein Kinderspital mit 9 Betten errichtet. Durch schwere Krankheit war er nicht imstande, die Führung des Spitals, „welches nur mühselig sein Dasein fristete“ (Ganghofner), weiter zu behalten. 1844 wandte er sich an Dr. Josef Löschner, sich des verwaisten Institutes anzunehmen.

Für  
Ihre  
Magen-Patienten

**ULCOLIND®**

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab

Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-  
trakt und hemmt übermäßige  
Sekretion

Dilaoprominhydrochlorid

stellt an der  
Magenschleimhaut  
physiologische  
Verhältnisse wieder her

Bismut, aluminumicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-  
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

Josef Löschner, nachmals Freiherr von Löschner (geb. 7. 5. 1809 in Kaaden, gest. 19. 4. 1888 in Welchau bei Karlsbad) wurde an der Prager Universität 1834 zum Dr. med. promoviert. Er war von 1835—1837 Privatassistent von Prof. Julius Vincenz Edlen von Krombholz, später wurde er Assistent an der Medizinischen Klinik. Er führte zusammen mit mehreren Fachgenossen die von der Wiener Schule ausgehenden neuen Lehren ein. 1841 wurde er Dozent der Geschichte der Medizin. Er gründete den ersten Lehrstuhl für Balneologie an der Universität. 1844 übernahm er, worüber schon („Bayerisches Ärzteblatt“ 1967, Heft 8) berichtet wurde, das Kinderspital Kratzmanns. Er verstand es, dasselbe mit eigenen Mitteln und durch Spenden so zu heben, „daß es sich zur Musteranstalt des Franz-Josef-Kinderspitals entwickeln konnte“. (Gurit.) 1853 hatte er ein auf dem Karlsplatz befindliches dreistöckiges Haus samt dem dazugehörigen Garten angekauft und es als Kinderspital eingerichtet. 1854 fand die Einweihung der neuen Anstalt statt. Löschner hatte schon 1846 Lehrkurse über Kinderkrankheiten abgehalten. 1849 wurde ihm die Privatdozentur für klinische Propädeutik an der „medizinisch-chirurgischen Studienanstalt“ in Prag verliehen. Zugleich erfolgte seine Ernennung zum ao. Professor. 1850 wurde er zu Vorträgen über Kinderheilkunde an der Prager Universität ermächtigt. Im Jahre 1854 wurde er mit der neu systemisierten Lehrkanzel für Kinderheilkunde betraut. Löschner richtete ein Ambulatorium im Kinderspitale ein, ferner einen kleinen Sezierraum und ein pathologisch-anatomisches Kabinett. Die Pockenschutzimpfung wurde von ihm sehr gefördert. Seit 1852 war er konsultierender Leibarzt von Kaiser Ferdinand und der Kaiserin Maria Anna. Infolge dieser Betrauung mußte er nach Wien übersiedeln. 1848 wurde er Ehrenbürger von Prag. 1860 leitete er in Karlsbad die 38. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte. Seine Abhandlungen betrafen größtenteils die böhmischen Bäder und Heilquellen. Er setzte eine Verfügung durch, wonach alle Kinder bis zum Alter von 13 Jahren, die im Allgemeinen Krankenhause aufgenommen wurden, gegen Entrichtung der üblichen Gebühren an das Kinderspital überwiesen wurden. Auch der Prager Findelanstalt nahm er sich an, auf deren Bedeutung er als Medizinrat im Landtag 1863 hinwies. Die Oberleitung des Kinderspitals behielt er trotz seiner Übersiedlung nach Wien bis zum Jahre 1880 bei. Im Lehramt wurde Dr. Steiner, seit 1854 an der Anstalt tätig, sein Nachfolger.

Johann Steiner (geb. 2. 7. 1832 in Joachimsthal, gest. 14. 2. 1876 in Prag) promovierte in Prag 1858 zum Dr. med. 1860 habilitierte er sich für Kinderheilkunde. 1866 wurde er ao. Professor. 1872 gab er ein „Kompendium für Kinderkrankheiten“ heraus. Eine Geschichte des F.-J.-Kinderspitals veröffentlichte er 1870 im „Jahrbuch für Kinderheilkunde“.

Joseph Kaulich (geb. 31. 7. 1830 in Weckelsdorf, Ostböhmen, gest. 19. 7. 1888 in Gießhübel) promovierte 1858 in Prag. Er war Vorstand der medizinischen Poliklinik. Mit der Übernahme der Direktion des Kinderspitals wurde er zum Professor der Kinderheilkunde ernannt. Sein Nachfolger wurde

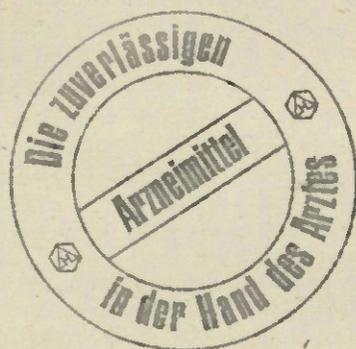
Friedrich Ganghofner (geb. 2. 3. 1844 in Prag, gest. 28. 3. 1918 in Prag) promovierte 1868 an der Universität Prag. Nach Assistentenjahren bei Prof. Halla habili-

tierte er sich 1876 für innere Medizin, 1881 wurde er Vorstand der Medizinischen Poliklinik, 1882 erfolgte seine Ernennung zum ao. Professor für innere Medizin. In dieser Zeit war er hauptsächlich mit Laryngologie beschäftigt, die damals in Prag noch wenig betrieben wurde. Unter Verwendung des großen Krankengutes der Poliklinik hielt er systematische Vorlesungen über Krankheiten des Kehlkopfes und deren Behandlung. 1885 wurde Ganghofner mit der Supplierung der Lehrkanzel für Kinderkrankheiten betraut und 1887 zum ao. Professor für Kinderheilkunde an der Deutschen Universität in Prag ernannt. (Der bisherige Primararzt des Kinderspitals, Dr. Neureuther, schied aus seiner bisherigen Stellung aus und wurde Professor der Kinderheilkunde an der Tschechischen Universität.) Ganghofner betonte die diätetischen und hydrotherapeutischen Heilmethoden. Er war ein Vorkämpfer und Förderer der Diphtheriebehandlung mit Serum. Seine reiche Erfahrung auf laryngologischem Gebiet war für ihn bedeutsam bei seinem Eintreten für die O'Dwyersche Intubation. Um die Erforschung der kindlichen Tuberkulose und der Tetanie machte er sich verdient. Von 1876 an war er zuerst mit Klebs und v. Rittershain, später mit Kahler mehrere Jahre Redakteur der „Prager medizinischen Wochenschrift“. Mit Hans Chiari und Karl Gussenbauer pflegte er in den Tiroler Bergen, vor allem im Stubaital, innige Freundschaft.

Josef Langer (geb. 16. 6. 1866 in Ruschowan bei Leitmeritz, gest. 24. 5. 1937 in Aussig a. d. Elbe) promovierte 1892 an der Deutschen Universität in Prag. Er habilitierte sich hier 1903 für Kinderheilkunde, 1906 wurde er als ao. Professor nach Graz berufen. 1914 erhielt er den Titel und Charakter eines o. Professors. 1915 folgte er einem Rufe an die Deutsche Universität in Prag als o. Professor der Kinderheilkunde, Direktor des Deutschen Kinderspitals und Vorstand der 1. Deutschen Univ.-Klinik. Knapp vor seiner Emeritierung verließ er 1936 krankheitshalber Prag.

Gottfried Ritter von Rittershain (geb. 1820 in Lemberg, gest. 20. 8. 1883 in Görlitz) promovierte an der Universität in Prag. Er habilitierte sich hier für Kinderheilkunde und wurde mit der Leitung der Poliklinik betraut. 1864 wurde er Primararzt der Findelanstalt. (Auf die Gliederung der Kinderkliniken wurde bereits im „Bayerischen Ärzteblatt“, 1967, Heft 8, hingewiesen.) 1874 errichtete er hier eine Klinik für Krankheiten des Säuglingsalters. 1865 wurde er ao. Professor der Kinderheilkunde. Er hat seine Spezialwissenschaft, die Kinderheilkunde, durch gediegene Arbeiten gefördert. (Pagel.) Er war Mitgründer der „Prager medizinischen Wochenschrift“ und viele Jahre ihr Redakteur. Er war Mitredakteur des „Österreichischen Jahrbuchs für Pädiatrik“ und der „Centralzeitung für Kinderheilkunde“. Besondere Verdienste erwarb er sich um das Findelwesen, besonders in Böhmen.

Alois Epstein (geb. 1. 1. 1849 in Kamenitz in Böhmen, gest. 27. 10. 1918 in Prag) promovierte 1873 an der Prager Universität. Als Schüler von v. Ritter und Steiner habilitierte er sich 1880 für Kinderheilkunde. Nach dem Abgang Ritters wurde er 1881 Primararzt der Findelanstalt und supplierender Leiter der Kinderklinik, die er 1884 als ao. Professor übernahm. An dem Aufbau der modernen Pädiatrie war er bedeutsam beteiligt. Die Pseudodiphtherie wird nach ihm als Epsteinsche Krankheit bezeichnet. Dem Kinderschutz



## **Acalon<sup>®</sup>**

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

## **Benzoderm<sup>®</sup>**

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<sup>®</sup>**

bei akut entzündlichen Dermatomykosen

20 ml

## **Strophanon<sup>®</sup>**

zur peroralen glykosidischen Herztherapie

20 Dragées

## **Vegomed<sup>®</sup>**

bei allen Formen von vegetativer Dystonie

30 Dragées – 10 und 20 ml Liquidum – Suppos.

## **Neo-Vegomed<sup>®</sup>**

das verträgliche Sedativum und  
Einschlafmittel

20 und 50 Dragées

## **Vipericin<sup>®</sup>**

beim rheum. Symptomenkomplex,  
Arthralgien, Arthritiden, Neuralgien, Myalgien

5 Ampullen - 5 forte-Ampullen - 20 ml Salbe - 20 ml forte-Salbe

## **Vipericin<sup>®</sup> -Liniment**

Tiefenhyperaemikum, Antirheumatikum

70 ml

**Arzneimittel Hüls**

**Dr. Albin Hense**

4153 Hüls

und der Volksvermehrung mit besonderer Beachtung der Verhältnisse in Böhmen, Studien zur Frage der Findelanstalten sowie der Notwendigkeit eines systematischen Unterrichtes in der Säuglingspflege an den Hebammenlehranstalten waren u. a. seine Arbeiten gewidmet.

Robert W. Raudnitz (geb. 25. 8. 1856 in Prag, gest. im November 1921 in Prag) studierte in Tübingen und Prag. Hier promovierte er 1881. Später wandte er sich der Kinderheilkunde zu und kam als Assistent an die Landesfindelanstalt. 1888 habilitierte er sich an der Deutschen Universität in Prag für Kinderheilkunde. 1906 wurde er ao. Professor. Das von ihm geschaffene Kinderambulatorium war für ihn und seine Schüler der Ausgangspunkt für zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten. Besonders der Milchchemie galt sein Studium, so behandelte er im „Handbuch der Milchkunde“ das Kapitel „Allgemeine Chemie der Milch“ (1903) und im „Handbuch der Kinderheilkunde“ den Abschnitt „Milch“ (1910).

Rudolf Fischl (geb. 12. 2. 1862 in Hohenmauth in Böhmen, Sterbedaten unbekannt) studierte an der Deutschen Universität in Prag, wo er 1885 zum Dr. med. promoviert wurde. 1892 habilitierte er sich für Kinderheilkunde. 1918 wurde er Vorstand der Univ.-Kinderklinik in der Findelanstalt. 1922 wurde er o. Professor. Im „Handbuch der Kinderheilkunde“ bearbeitete er den Abschnitt „Die Krankheiten der Mundhöhle im Kindesalter“ (1931), das Vogelsche „Lehrbuch der Kinderkrankheiten“ bearbeitete er mit Ph. Biedert (1902). Das Organo-Haemostypticum Clauden (Luitpoldwerke) wurde von ihm angeben.

Adalbert Czerny (geb. 25. 3. 1863 in Szczakowa/Galizien, gest. 3. 10. 1941 in Berlin) studierte an der Deutschen Universität in Prag, wo er 1888 promovierte. 1893 habilitierte er sich hier für Kinderheilkunde. 1894 wurde er als ao. Professor nach Breslau berufen, 1906 wurde er Ordinarius. 1910 folgte er einem Rufe an die Universität Straßburg. 1913 kam er als Nachfolger Heubners nach Berlin. Er bildete eine angesehene Schule von Kinderärzten aus. Von seinen Schriften seien erwähnt: „Der Arzt als Erzieher des Kindes“ (1908, 7. Aufl. 1926) und „Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie“ (1916—1918, 2. Aufl. 1928).

Leopold Moll (geb. 2. 3. 1877 in Böhm.-Leipa, gest. 1933 in Wien) promovierte 1902 an der Deutschen Universität in Prag. 1909 habilitierte er sich hier für Kinderheilkunde, 1910 in Wien. 1916 wurde er ao. Profes-

sor. Seit 1915 war er Direktor der „Reichsanstalt für Mutterschutz und Säuglingsfürsorge“ in Glanzing. Moll führte die Molken zur Milchverdünnung mit Erfolg ein. Von ihm stammen Arbeiten über Blutveränderungen nach Eiweißinjektion, Umwandlung von Albumin in Globulin, blutstillende Wirkung der Gelatineinjektion durch Fibrinogenvermehrung, Ernährungstherapie im Säuglingsalter (alkalisierte Buttermilch, milchlose Einstellungsdiät, Mandelmilch und Puddingdiät bei Durchfällen). Erholungsfürsorge durch See- und Gebirgsaufenthalt. Seine „Ratschläge zur Pflege und Ernährung des Säuglings“ (Wien 1919) erlebten zahlreiche Auflagen.

Berthold Epstein (geb. 1. 4. 1890 in Pilsen, gest. Juli 1962 in Prag) promovierte 1914 an der Deutschen Universität in Prag. Er habilitierte sich 1924 für Kinderheilkunde, 1931 (1934) wurde er ao. Professor. 1937 erfolgte seine Ernennung zum Ordinarius und Vorstand der II. Univ.-Kinderklinik. Er emigrierte nach Errichtung des Protektorates und wurde nach seiner Rückkehr Vorstand einer tschechischen Univ.-Kinder-Klinik.

Carl Bennhold-Thomsen (geb. 30. 3. 1903 in Hamburg) studierte Rechtswissenschaft, Nationalökonomie, Soziologie und Medizin in Hamburg, Freiburg i. Br., Kiel und Berlin. 1930 promovierte er in Hamburg. Facharzt für Kinderheilkunde wurde er 1934 in Greifswald. 1935 habilitierte er sich für dieses Fach in Greifswald. Nach seiner Assistentenzeit bei v. Pfaundler (München), Oberarzt in Greifswald und Frankfurt/M. bei de Rudder erfolgte seine Berufung als Leiter der Univ.-Kinderkliniken an der Deutschen Universität in Prag. 1941 wurde er ao. und 1943 o. Professor. Nach 1945 folgte er einem Rufe als Direktor der Univ.-Kinderklinik in Köln. Seine Hauptarbeitsgebiete sind u. a. das Wachstum und die Entwicklung, Konstitution, Erziehung und Jugendpsychiatrie.

Hermann Mai (geb. 2. 1. 1902 in München) wurde 1940 an die Deutsche Universität in Prag berufen. Nach 1945 kam er als Ordinarius nach Münster/Westf.

Felix Schleissner (geb. 4. 2. 1874 in Prag) promovierte 1897 an der Deutschen Universität in Prag. 1912 habilitierte er sich für Kinderheilkunde. 1924 (1935) wurde er ao. Professor. Er war Vorstand der Abteilung für Kinderkrankheiten an der Poliklinik der Deutschen Universität in Prag.

(Anm. Die am Kinderspital tätigen Chirurgen werden im Abschnitt über die Chirurgie angeführt werden.)

(Fortsetzung folgt)

**Sanhelios**  
Pharmoz. Fobriken · 1 Berlin 62 · Ruf 711588

## PREDNISON und PREDNISOLON 'Sanhelios' 5 mg

### Zusammensetzung

Jede Tablette mit Doppelbruchrille enthält 5 mg Prednison bzw. Prednisolon USP XVI, BP 58.

### Indikation

Rheumatische Erkrankungen und Affektionen von Knochen, Gelenken und Bändern; Asthma bronchiale und allergische Rhinitis; Heufieber; Blutkrankheiten; Leber-, Herz- und Nierenkrankheiten.

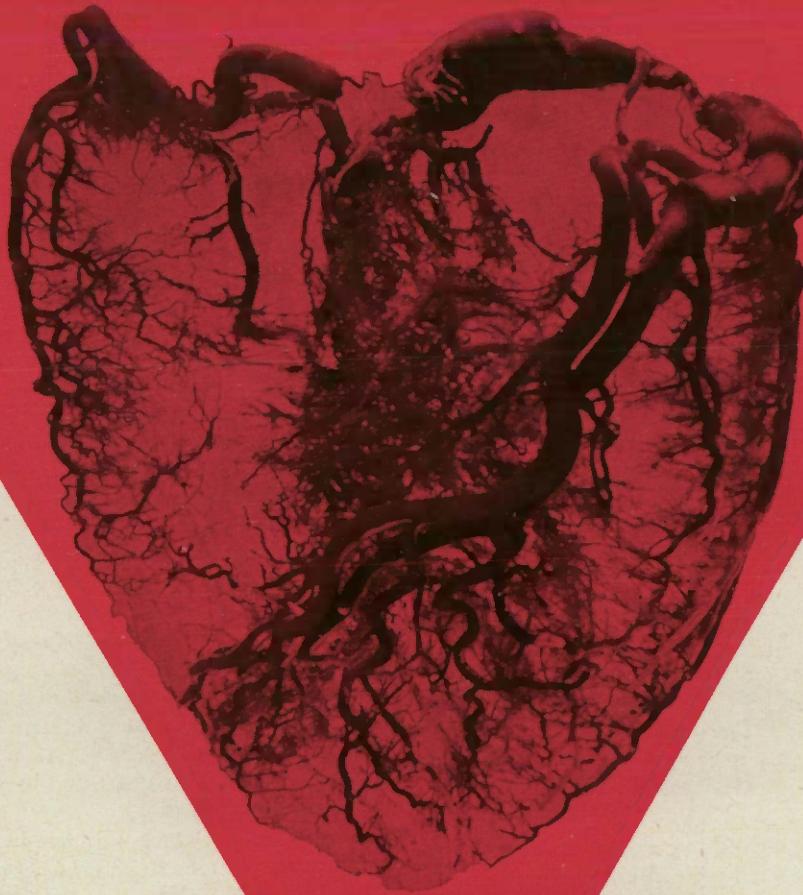
Preise gem. A. T. m. U.

## 20 Tabletten nur DM 5,10

50 Tabletten DM 11,70 · 100 Tabletten DM 22,35 · Klinikpackung zu 500 Tabletten

# Carduben®

## Wirkungsdreieck moderner Coronarthherapie



### vasal

Carduben dilatiert die Herzkranzgefäße, ohne den Blutdruck zu senken.

### myocardial

Carduben ökonomisiert den Myocardstoffwechsel und steigert die Belastbarkeit, ohne die Frequenz zu erhöhen.

### nerval

Carduben dämpft die das Herz erregenden und belastenden Sympathicusreize, ohne die Notfallreaktionen zu unterbinden.

## INTERESSANTES AUS ALLER WELT

### Der Versuch der Sanierung der Krankenversicherung in Frankreich

Nach dreijährigen Vorarbeiten hat die französische Regierung am 21. 8. 1967 eine Gesetzesverordnung über eine Reform der Sozialen Sicherheit (Sécurité Sociale) erlassen. Die Neuregelung soll in erster Linie dem Zweck dienen, das finanzielle Gleichgewicht in der sozialen Krankenversicherung wiederherzustellen. Das jährliche Defizit dieses Sozialversicherungszweiges hat in den letzten Jahren Fehlbeträge von etwa 4 bis 5 Milliarden französischer Franken, etwa 4 Milliarden DM, erreicht. Bisher war es nicht geglückt, diese Entwicklung einzudämmen. Ebenso war jeder Versuch gescheitert, auf dem ordentlichen Gesetzgebungsweg ein entsprechendes Neuordnungsgesetz durchzubringen, das die Möglichkeit eröffnet hätte, die Krankenversicherung zu sanieren. Jeder in diesem Zusammenhang vorgelegte Vorschlag war immer auf den heftigen Widerstand irgendeines Zusammenschlusses der interessierten Kreise, seien es nun die Arbeitgeber, die Arbeitnehmer oder sonstiger Kader beruflicher Interessenvertretungen, gestoßen. Als die Lage allmählich unhaltbar wurde, hatte sich die Regierung genötigt gesehen, die von ihr als dringend notwendig angesehenen Maßnahmen mit Hilfe eines Ermächtigungsgesetzes und einer darauf gestützten Gesetzesverordnung zu verwirklichen. Das Ermächtigungsgesetz, mit dem sich das Parlament nun bis auf weiteres praktisch auf dem Gebiete der Sozialpolitik selbst entmachtet hat, war infolge einer dafür günstigen Konstellation in der Kammer durchgegangen. Die Verordnung selbst ist zwar termingemäß in Kraft getreten. Jedoch wegen der von den verschiedensten Seiten noch vorgetragenen Einwendungen hat sich der Erlaß der Durchführungs- und Ausführungsvorschriften verzögert.

Die einschneidendste, und in diesem Kreise wohl am meisten interessierende, Änderung ist die Neufestsetzung der Höhe der Kostenbeteiligung der Versicherten bei der ärztlichen Behandlung. Dieser Selbstbehalt, in Frankreich als „ticket modérateur“ bezeichnet, steigt durch die Neuordnung im Grundsatz von 20 auf 30% der tatsächlich in Rechnung gestellten Kosten. Diese Maßnahme hat im allgemeinen die Zustimmung der Kassen gefunden, in deren Vorständen auch die Versicherten vertreten sind. Es kann daher angenommen werden, daß auch ein großer Teil der Versicherten der Krankenversicherung keine Einwendungen, wenigstens nicht im grundsätzlichen, dagegen hat. Ziemlich übereinstimmend wird auch in der Öffentlichkeit in dieser Maßnahme ein relativ noch einigermaßen wirksamer Riegel gesehen, die finanzielle Überforderung der Krankenkassen abzubremesen. Man nimmt an, daß die „Konsumenten von Gesundheitsgütern“, mit anderen Worten, die Versicherten, durch die angeordneten Eigenleistungen gezwungen werden, die Leistungen der Krankenversicherung mit kritischeren Augen zu betrachten, als im anderen Falle völlig kritik- und gedankenlos alles in Anspruch zu nehmen, was nur irgend möglich ist. In Frankreich ist man vorherrschend auch nicht der Auffassung, daß eine Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten irgend jemand ernstlich hindern würde, im Bedarfsfall einen

Arzt aufzusuchen. Im Gegenteil, aus Kassenkreisen wird berichtet, daß sich unter den Patienten das Verlangen nach einer guten Pflege im Falle der Krankheit ohne Rücksicht auf die Kosten trotz der Selbstbeteiligung immer mehr ausbreitet. Selbst in linken Gewerkschaftskreisen, die mehr oder minder unverhohlen für einen staatlichen Gesundheitsdienst nach dem Muster von Großbritannien oder der UdSSR eintreten, wird das Argument, die Selbstbeteiligung könnte die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe verzögern oder gar verhindern, nicht verwendet.

Bisher hatten die Versicherten Anspruch auf Erstattung der Krankheitskosten in Höhe von 80%. Allerdings unter der Voraussetzung, daß der behandelnde Arzt sich bei seiner Liquidation an den Tarif gehalten hat, den die Kassen der Berechnung ihrer Kostenerstattung zugrunde legen mußten. Das war aber immer nur dann der Fall, wenn der betreffende Arzt in das Vertragsnetz einbezogen war, das die Kassen mit den ärztlichen Vereinigungen oder auch mit einzelnen Ärzten geknüpft hatten. Da viele Ärzte sich derartigen Regelungen nicht angeschlossen hatten, betrug die Selbstbeteiligung für den Versicherten dann oft schon mehr als 20%. Insofern bringt die Neuregelung für eine Reihe dieser Fälle nur eine Legalisierung eines bereits bestehenden Zustandes. Aber auch jetzt kann es wiederum zu höheren als in der Verordnung festgelegten Sätzen der Selbstbeteiligung kommen, wenn der Arzt nicht an entsprechende Vereinbarungen mit den Kassen gebunden ist. Und das wird auch künftig wieder der Fall sein können, wenn keine regionalen oder Einzelverträge zwischen den Kassen und den Ärzten zustande kommen. Im übrigen kann der in der Verordnung festgelegte Satz von 30% der Selbstbeteiligung jederzeit durch eine einfache Verordnung des Sozialministers erhöht werden, wenn sich herausstellen sollte, daß mit dem bisherigen Satz der beabsichtigte Zweck nicht erreicht werden kann. Freilich ist, genau wie in der Bundesrepublik Deutschland, auch von manchen Seiten schon gefordert worden, die Ärzteschaft durch eine staatliche verordnete allgemeinverbindliche Gebührenordnung an bestimmte Taxen zu binden. Die Regierung hat aber derartigen Forderungen bisher nicht nachgegeben, und es scheint auch so, als ob etwas derartiges auch in Zukunft nicht beabsichtigt ist. Allerdings darf dabei nicht übersehen werden, daß durch die Regierung klar zum Ausdruck gebracht worden ist, die Sanierung der sozialen Sicherheit, insbesondere der Krankenversicherung, könne nicht zu Lasten nur eines einzigen Teiles aller Beteiligten gehen, weder der Versicherten, noch der Arbeitgeber, noch der Ärzte und Apotheker; vielmehr müßten alle daran beteiligt werden. Vor diesem Hintergrund muß auch die Ankündigung der Absicht gesehen werden, die Liste der Medikamente zu überprüfen und künftig strengere Kontrollen der ärztlichen Rezepte durchzuführen.

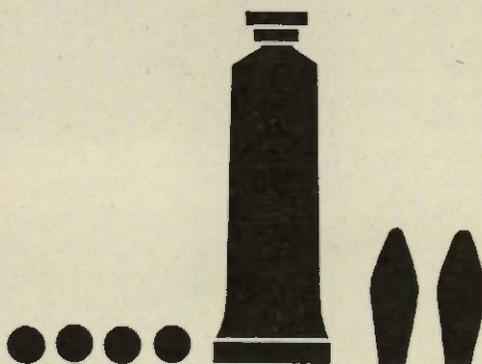
Die in der Gesetzesverordnung angeordneten Beitragserhöhungen haben für die Arbeitnehmer in der Kranken- und Invalidenversicherung einen Beitrag von 6,5% der Lohnsumme gegenüber früher 6% gebracht. Der Arbeitgeberbeitrag ist von 14,25% auf 17% der Lohn-

Zur internen Behandlung  
venöser Stauungserscheinungen

**OKAVENA®**

zur Behandlung  
hämorrhoidaler Symptomenkomplexe  
und des Status varicosus

Dragées, Salbe, Suppositorien



summen gestiegen. Auf der anderen Seite ist der von den Arbeitgebern allein aufzubringende Beitrag für die Kindergehalte in Höhe von bisher 13,5 auf 11,5% gesenkt worden. Bisher war für die Beitragsberechnung die Höchstgrenze von 1140,— fr. Franken festgesetzt. Die Beiträge wurden also auch bei höheren Lohninkommen nur nach dieser Bemessungsgrenze berechnet. Das ist jetzt fortgefallen. Künftig wird für die Berechnung der Beiträge das ganze Entgelt zugrunde gelegt, und zwar wird für den 1140,— Franken überschreitenden Teil 3% erhoben, von denen 1% zu Lasten des Arbeitnehmers und 2% zu Lasten des Arbeitgebers gehen.

Mit Hilfe dieser Maßnahmen, Beitragserhöhung und Erhöhung der Selbstbeteiligung der Versicherten und bestimmten Staatszuschüssen hofft man nun, die Krankenversicherung wieder auf den Weg des finanziellen Gleichgewichtes bringen zu können. Die Beitragserhöhung soll nach den Schätzungen etwa die Hälfte des jährlichen Defizits in Höhe von rd. 2 Milliarden Franken ergeben. Eine weitere Milliarde soll die Erhöhung der Selbstbeteiligungsquote bringen. Schließlich wurde noch angeordnet, daß die Krankenversicherung einen Zuschuß aus den Prämien der Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung bekommen soll. Als Begründung ist angeführt worden, daß die steigende Zahl der Kfz-Unfälle zu einer zunehmenden Belastung auch der Krankenversicherungsträger geführt habe. Es sei daher nicht mehr wie recht und billig, wenn auch die Versichertengemeinschaften dieses Versicherungszweiges angemessen an den steigenden Lasten beteiligt würden. Die Kraftfahrzeughaftpflichtversicherungen sollen daher künftig eine Zusatzprämie erheben, die an die Krankenversicherung abgeführt werden muß. Was nach all diesem noch von dem jährlichen Defizit verbleibt, soll auf den Staatshaushalt übernommen werden. Es wird angenommen, daß auch dieser Betrag die Größenordnung von etwa 1 Milliarde neuer Franken erreichen wird, nachdem heute noch nicht abzusehen ist, ob die den gegenwärtigen Überlegungen zugrunde gelegten Relationen in den Jahren 1969 und 1970 bestehen bleiben.

Bei den Erörterungen über die defizitäre Lage der Krankenversicherung ist in der französischen Öffentlichkeit die Behauptung hochgeschwemmt worden, daran seien allein die Versicherungsträger schuld. Das hat den heftigen Widerspruch der Sozialkassen herausgefordert. Von dieser Seite ist darauf verwiesen worden, die Ursachen der Fehlbeträge seien seit etwa 10 Jahren schon hinlänglich bekannt. Das hätte aber den Gesetzgeber keineswegs gehindert, Verbesserungen und Erweiterungen zu beschließen, ohne sich Gedanken darüber zu machen, woher die ausführenden Kassen dazu das Geld nehmen sollten. Den Verwaltungen der Sozialen Sicherheit die Verantwortung für die gegenwärtige Lage zuzuschreiben, hieße der Wahrheit den Rücken kehren;

denn die Verantwortung für den finanziellen Mißerfolg treffe allein den Gesetzgeber. Gefordert worden war in diesem Zusammenhang, endlich einmal die Voraussetzungen für das Gleichgewicht in den Haushalten der Krankenversicherungsträger zu schaffen. Dazu gehöre aber auch, daß die Krankenversicherung von allen ihr artfremden Belastungen befreit würde. So müßten u. a. die Zahlungen von Zuschüssen zu den Vorhaltekosten der öffentlichen Krankenhäuser unterbleiben. Ebenso müßten die Kassen von der Last der Leistungen für Personen befreit werden, für deren gesundheitliche Betreuung gar nicht die Krankenkassen, sondern der Staat und die Gemeinden aus den Mitteln der Sozialhilfe aufzukommen hätten. Schließlich ist noch eine Vereinfachung der Gesetzgebung gefordert worden, die zu erheblichen Einsparungen bei der Durchführung in den Verwaltungen führen könne.

v. L.-n.

## AMTLICHES

### Ausländische Ärzte

#### Voraussetzung für ihre Beschäftigung und anrechenbare Weiterbildungszeiten

Die Kammer hat den niedergelassenen und den an Krankenanstalten tätigen Ärztinnen und Ärzten an dieser Stelle wiederholt zur Vermeidung rechtlicher Folgen dringend nahegelegt, von Ärzten, die sie als Mitarbeiter einstellen oder vom Krankenhausträger zugeteilt erhalten, den Nachweis ihrer Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes zu verlangen.

Ärzte mit deutscher Staatsangehörigkeit und die ihnen gleichgestellten ausländischen oder staatenlosen Ärzte müssen im Besitze einer gültigen Bestallung als Arzt sein. Die übrigen ausländischen Ärzte müssen eine gültige Arbeitserlaubnis vorweisen, in der die Art der Tätigkeit, der Ort und die Zeitdauer, auf die sie beschränkt ist, angegeben sind. Eine Arbeitserlaubnis ist nur dann gültig, wenn sie auf die Tätigkeit ausgestellt ist, die der ausländische Arzt jeweils ausübt, und wenn diese Tätigkeit innerhalb des in der Arbeitserlaubnis festgelegten Geltungszeitraumes erfolgt. Verlegt ein ausländischer Arzt seinen Tätigkeitsort von einem anderen Bundesland nach Bayern oder in Bayern in einen anderen Ort innerhalb des bewilligten Zeitraumes der Arbeitserlaubnis, so muß er vor Aufnahme seiner Tätigkeit am neuen Ort beim Bayerischen Staatsministerium des Innern die Umschreibung der Arbeitserlaubnis auf die neue Arbeitsstätte beantragen. In aller Regel darf er an dem neuen Ort nur mit einer gültigen Arbeitserlaubnis beschäftigt werden.

Das Vorliegen einer gültigen Arbeitserlaubnis ist insbesondere für die Facharztanerkennung von maßgeblicher Bedeutung, da nur solche Weiterbildungszeiten

*Passiorin*

Rein pflanzliches Dauersedativum

(Passifl. inc., Salix alb., Crotaeg. oayoc.)

Ohne Gewöhnungsgefahr

Ohne Nebenwirkungen

Unschädliche Kur- und Dauermedikation  
zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



bei den hierzu von der Kammer anerkannten Fachärzten auf die in der Facharztordnung vorgeschriebene Zeitdauer angerechnet werden können, für die der Facharztbewerber eine gültige Arbeitserlaubnis für die betreffende Krankenanstalt bzw. Fachpraxis vorliegen kann.

Es werden deshalb vor allem die mit einer Weiterbildungsgenehmigung ausgestatteten Fachärzte dringend gebeten, darauf zu achten, daß die zum Zwecke der Facharztweiterbildung in ihrer Abteilung eintretenden ausländischen Ärzte bereits bei ihrer Einstellung eine gültige Arbeitserlaubnis vorweisen können.

### Neue Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen (ICD) 1968

Ab 1. 1. 1968 wurde auch in der Bundesrepublik die neue Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen eingeführt. Eine solche einheitliche Erfassung von Krankheiten und Todesursachen ist für statistische Untersuchungen zwingend erforderlich.

Die 19. Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation hat diese neue Klassifikation im Mai 1967 gebilligt und beschlossen, diese ab 1. 1. 1968 in den Mitgliedsländern einzuführen.

In enger Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsamt, wissenschaftlichen Instituten, medizinischen Fachgesellschaften und Sachverständigen der Bundesrepublik und Österreichs wurde die deutsche Fassung vom Statistischen Bundesamt in Wiesbaden bearbeitet. Es handelt sich dabei nicht nur um eine Übersetzung aus dem englischen Originaltext, sondern sie beinhaltet eine ins einzelne gehende Überprüfung der gesamten Klassifikation, um alle im deutschen Sprachgebiet üblichen Krankheitsbezeichnungen zu erfassen.

Diese ICD 1968 (International Classification of Diseases) enthält folgende 17 Kapitel:

- I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten
- II. Neubildungen
- III. Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- IV. Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
- V. Seelische Störungen
- VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
- VII. Krankheiten des Kreislaufsystems
- VIII. Krankheiten der Atmungsorgane
- IX. Krankheiten der Verdauungsorgane
- X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane

XI. Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett

XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes

XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes

XIV. Angeborene Mißbildungen

XV. Bestimmte Ursachen der perinatalen Morbidität und Mortalität

XVI. Symptome und mangelhaft bezeichnete Krankheiten und Todesursachen

E\*) XVII. Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen (nach der Ursache der Schädigung)

N\*) XVII. Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen (nach der Art der Schädigung)

Wie in anderen Ländern, so wird auch in der Bundesrepublik die neue Klassifikation zunächst vorwiegend für die Todesursachenstatistik verwendet werden. Die amtliche Todesursachenstatistik wird unikausal aufbereitet, d. h., für jeden Sterbefall geht grundsätzlich nur eine einzige Krankheit in die Statistik ein. Es ist daher von größter Wichtigkeit, daß genaue und vollständige Angaben über die Todesursache — nur bei Krankheiten, für Unfälle gelten ergänzende Richtlinien — nach den einheitlichen Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation vorgenommen werden.

Auf der Todesbescheinigung soll unter VII zunächst der Endzustand, der ja keine Todesursache darstellt, in einem oder mehreren Kästchen angekreuzt werden. Dadurch soll vermieden werden, daß dieser Endzustand nochmals als Todesursache angegeben wird.

Die Todesursache selbst soll in einer Kausalkette eingetragen werden, wobei unter VIII 1 die unmittelbar zum Tode führende Krankheit einzutragen ist und unter VIII 2 diejenige Krankheit, die der unter VIII 1 angegebenen ursächlich zugrunde liegt und als Grundleiden bezeichnet wird. Unter VIII 3 sollen sonstige wesentliche Krankheitszustände aufgeführt werden, die mit der direkt zum Tode führenden Krankheit nicht in Zusammenhang stehen, aber den Krankheitsablauf ungünstig beeinflussen und somit zu dem tödlichen Ausgang beitragen.

Mit der Einführung dieser neuen ICD 1968 soll eine Verbesserung der Ergebnisse der Todesursachenstatistik erreicht und damit der medizinischen Forschung fundiertes Zahlenmaterial zur Verfügung gestellt werden.

Drei Beispiele für richtig ausgefüllte Todesbescheinigungen sind nachstehend wiedergegeben. Das Beispiel 4 soll zeigen, wie eine Todesbescheinigung auf gar keinen Fall ausgefüllt werden darf.

\*) E = External Cause  
N = Nature of Injury

SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWAHRT

# OXYMORS

KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMSFLORA UND DER NIEREN

## bei Oxyuriasis

KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG I

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

Beispiele für ausgefüllte Todesbescheinigungen 1)  
bei Krankheiten als Todesursache

VII. Der Tod trat ein unter  
 Herzversagen (-stillstand)  Koma .....  Marasmus .....   
 Kreislaufversagen .....  Atemlähmung ...  Verblutung .....

VIII. Todesursache

1. Welches Leiden hat den Tod unmittelbar herbeigeführt?	Herzinfarkt	Zeitdauer zwischen Krankheitsbeginn und Tod	10 Std.
2. Welche Krankheit oder äußeren Ursachen sind dem Leiden ursächlich vorausgegangen?	Koronarsklerose		7 Jahre
3. Andere wesentliche Krankheitszustände, die z.Z. des Todes bestanden haben:	Diabetes		5 Jahre

VII. Der Tod trat ein unter  
 Herzversagen (-stillstand)  Koma .....  Marasmus .....   
 Kreislaufversagen .....  Atemlähmung ...  Verblutung .....

VIII. Todesursache

1. Welches Leiden hat den Tod unmittelbar herbeigeführt?	Cystopyelitis	Zeitdauer zwischen Krankheitsbeginn und Tod	
2. Welche Krankheit oder äußeren Ursachen sind dem Leiden ursächlich vorausgegangen?	Adenom der Prostata		
3. Andere wesentliche Krankheitszustände, die z.Z. des Todes bestanden haben:			

VII. Der Tod trat ein unter  
 Herzversagen (-stillstand)  Koma .....  Marasmus .....   
 Kreislaufversagen .....  Atemlähmung ...  Verblutung .....

VIII. Todesursache

1. Welches Leiden hat den Tod unmittelbar herbeigeführt?	Gehirnblütling	Zeitdauer zwischen Krankheitsbeginn und Tod	1 Tag
2. Welche Krankheit oder äußeren Ursachen sind dem Leiden ursächlich vorausgegangen?	Bluthochdruck Arteriosklerose		16 Jahre
3. Andere wesentliche Krankheitszustände, die z.Z. des Todes bestanden haben:	Arthrosis deformans, senile Demenz		

VII. Der Tod trat ein unter  
 Herzversagen (-stillstand)  Koma .....  Marasmus .....   
 Kreislaufversagen .....  Atemlähmung ...  Verblutung .....

VIII. Todesursache

1. Welches Leiden hat den Tod unmittelbar herbeigeführt?	Kreislaufversagen bei Herz- und Lungenversagen	Zeitdauer zwischen Krankheitsbeginn und Tod	
2. Welche Krankheit oder äußeren Ursachen sind dem Leiden ursächlich vorausgegangen?	und herdförmigen Lungenentzündungen sowie Schlaganfall		
3. Andere wesentliche Krankheitszustände, die z.Z. des Todes bestanden haben:	erheblichen Durchblutungsstörungen Zuckerkrankheit		

1) Das Formblatt der Todesbescheinigung (Leichenschauschein) weicht in einzelnen Ländern der Bundesrepublik in der Formulierung geringfügig von diesem Muster ab.

### Richtlinien für die Einsendung von Untersuchungsmaterial zur Laboratoriumsdiagnose der Poliomyelitis

Bei Erkrankungen an Poliomyelitis und bei Verdachtsfällen dieser Erkrankung muß die klinische Diagnose durch virologische und serologische Untersuchungen gestützt werden. Dazu sind erforderlich:

- Einsendung von Stuhlproben** (ca. Kirschkernegröße) in sterilen Stuhlröhrchen.  
Erste Probe so bald wie möglich nach Beginn der Erkrankung, zweite Probe 24—48 Stunden nach der ersten.
- Einsendung von Gurgelwasser (5 ml) oder von Rachenabstrichen** (nicht Tonsillen-Abstrichen) in Dühröhrchen (mit Zusatz von einigen Tropfen physiologischer — besser mit Phosphatpuffer auf pH 7,0 eingestellter — Kochsalzlösung zum Schutz gegen Austrocknung) in den ersten sechs Krankheitstagen, nicht mehr nach der ersten Woche.  
Versand der Proben zu 1. und 2. bei längerer Transportdauer am besten eisgekühlt in Thermosflaschen bruchsticher verpackt. Beschriftung nur auf Leukoplast mit Kugelschreiber.
- Einsendung von 2 Blutproben** (zur Feststellung von Antikörpern) mindestens je 8 ccm Blut in Venüle oder in sterilen Glasröhrchen mit Gummistopfen. Im Sommer empfiehlt sich bei längerer Transportdauer zur Vermeidung einer Wärmehämolyse der Versand des nach Gerinnung steril vom Blutkuchen abgezogenen Serums.  
Erste Probe so früh wie möglich im akuten Krankheitsstadium, zweite Probe 8—14 Tage später.

**Bei Blutproben keine chemischen Zusätze! Proben nicht einfrieren, sondern bei normaler Temperatur versenden!**

Alle Proben sind sorgfältig zu beschriften und mit einem vollständig ausgefüllten Begleitzettel zu versehen.

Die Aussicht auf positiven Virusnachweis ist um so größer, je früher das Material eingeschickt wird.

Ein „Zuviel“ an Untersuchungsproben kann nie schaden. Sämtliche Proben sind möglichst schnell dem virologischen Laboratorium zuzuleiten.

#### Speziallaboratorien zum mikrobiologischen Nachweis von Poliomyelitis-Viren

- \* Bundesgesundheitsamt, Robert-Koch-Institut, 1000 Berlin 65, Nordufer 20
- \* Landesmedizinal-Untersuchungsamt, 1000 Berlin 41, Rubensstraße 111
- Medizinal-Untersuchungsamt II, 1000 Berlin 19, Fürstenbrunner Weg
- Medizinal-Untersuchungsamt III, 1000 Berlin 47, Henkelsweg
- Staatl. Hygiene-Institut, 2800 Bremen, St.-Jürgens-Straße
- \* Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Medizinischen Akademie, 4000 Düsseldorf, Witzelstraße
- Hygiene-Institut der Universität, 6000 Frankfurt, Paul-Ehrlich-Straße
- \* Hygiene-Institut der Universität, 7800 Freiburg/Br., Hermann-Herder-Straße
- Hygiene-Institut des Ruhrgebiets, 4650 Gelsenkirchen, Rothhauser Straße

\* Für die Impfschädenuklärung (zur intratypischen Serodifferenzierung, Markerbestimmung zur Unterscheidung von Wildvirus und Impfvirus) kommen z. Z. nur die mit \* bezeichneten Untersuchungsstellen in Frage. Abgesehen von diesen Sonderfällen sollte man eine für das betreffende Bundesland zuständige Untersuchungsstelle wählen.

# RABRO

## Magentabletten

weltweit wirksam

Herausragende Wirkung-ambulant und klinisch.  
Niedrige Dosierung durch hohen Wismutgehalt mit Succus Liquiritiae

# RABRO®

## Magentabletten

H. TROMMSDORFF - Aachen

10. \* Laboratorium der Stiftung zur Erforschung der spinalen Kinderlähmung und multiplen Sklerose, 2000 Hamburg-Eppendorf, Universitätskrankenhaus
11. \* Staatl. Med. Untersuchungsamt, 3000 Hannover, Auestraße
12. Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Universität des Saarlandes, 6650 Homburg/Saar
13. Hygiene-Institut der Universität, 2300 Klel, Brunswiker Straße
14. \* Hygiene-Institut der Universität, 3550 Marburg/Lahn, Pilgrimstein
15. Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt, 8000 München 2, Lazarettstraße 10
16. Staatliches Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten, 6600 Saarbrücken 1, Malstatter Straße 17
17. Staatliches Medizinaiuntersuchungsamt, 5500 Trier, Schöndorfer Straße
18. Universitäts-Nervenlinik, 5000 Köln-Lindenthal
19. Hygiene-Institut der Universität, 8000 München 15, Pettenkofferstraße 12
20. Universitäts-Kinderklinik, 7800 Freiburg/Br., Mathildenstraße 1

(Bekanntmachung des Bundesministers des Innern vom 13. Dezember 1967 — D I 1 — 210 169/13)

### Nebentätigkeit von beamteten Ärzten als Truppenärzte der Bundeswehr anstelle von Sanitätsoffizieren

I. Nach Auskunft des Bundesministers der Verteidigung ergibt sich für die Tätigkeit von Vertragsärzten bei der Bundeswehr folgendes Bild:

Die Tätigkeit dieser Ärzte für die Bundeswehr umfaßt:

1. Den täglichen Krankendienst und besondere sanitätsdienstliche notwendige Untersuchungen und Verrichtungen, soweit nicht Sonderregelungen hierfür getroffen sind;
2. die Überwachung der gesundheitlichen Bedingungen in den Unterkünften (Hygiene einschließlich der Verpflegungsangelegenheiten);
3. die ärztliche Berichterstattung (Kranken- und Versorgungsunterlagen);
4. die Ausbildung und Fortbildung der Soldaten des Sanitätsdienstes;
5. die Unterrichtung des Kommandeurs bzw. Dienststellenleiters über sanitätsdienstliche Angelegenheiten;
6. die Ausstellung truppenärztlicher Bescheinigungen und Befundberichte.

Die Leistungen zu 1. könnten vollständig auch nach der GO für Ärzte in Rechnung gestellt werden. Der

Anteil an den Gesamtaufgaben eines Vertragsarztes beträgt ca. 75%.

Für die Leistungen zu 2. bis 5. sieht die GO für Ärzte keine Positionen vor. Der Anteil an den Gesamtaufgaben eines Vertragsarztes beträgt ca. 20%.

Die Leistungen zu 6. könnten vollständig auch nach der GO für Ärzte in Rechnung gestellt werden. Der Anteil an den Gesamtaufgaben eines Vertragsarztes beträgt ca. 5%.

Somit ergibt sich, daß ca. 80% der Gesamtaufgaben eines Vertragsarztes auch nach der GO für Ärzte in Rechnung gestellt werden könnten, während für 20% der Gesamtaufgaben die GO für Ärzte keine Positionen vorsieht.

II. Nach § 7 Abs. 1 Nr. 4 BNVO besteht keine Ablieferungspflicht bei ärztlichen Verrichtungen, für die nach den Gebührenordnungen Gebühren zu zahlen sind. In meinem o. a. Schreiben habe ich bereits ausgeführt, daß eine pauschale Beurteilung der Ablieferungspflicht lediglich nach dem überwiegenden Charakter der Vergütungsart, d. h. also danach, ob für die erbrachten ärztlichen Verrichtungen überwiegend Vergütungen nach den Gebührenordnungen zu zahlen sind, unzulässig ist. In diesen Fällen ist, soweit sich dies ermöglichen läßt, zu differenzieren.

Bei der hiernach gebotenen Differenzierung halte ich es mit Sinn und Zweck der Vorschrift noch für vereinbar, daß in den Fällen, in denen sich — wie oben dargestellt — ein Erfahrungssatz für den Umfang der unter die Gebührenordnungen fallenden Tätigkeiten einwandfrei ermitteln und aufschlüsseln läßt, die Ablieferungspflicht nach diesem Erfahrungssatz bemessen werden kann. Die an die Stelle der Einzelberechnung nach den jeweiligen Gebührenordnungen tretende Pauschalabfindung dient vornehmlich der Arbeitsvereinfachung und bezweckt, den bei Einzelabrechnungen zwangsläufig sich ergebenden Aufwand auf ein erträgliches Maß zu reduzieren. Da sich bei der hier angewandten Abrechnungsmethode in aller Regel keine wesentlichen Differenzen gegenüber den bei Einzelabrechnungen nach den Gebührenordnungen zu belassenden Beträgen ergeben, würde es gegen den Zweck der Vorschrift verstoßen, wenn insoweit die Ablieferungsfreiheit verneint würde. § 7 Abs. 1 Nr. 4 BNVO ist m. E. dahin auslegungsfähig, daß nicht nur die Vergütungen ablieferungsfrei sind, die tatsächlich nach den Gebührenordnungen berech-



beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

OP zu 200 ccm  
OP zu 50 Dragees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

**NERVO-OPT®**

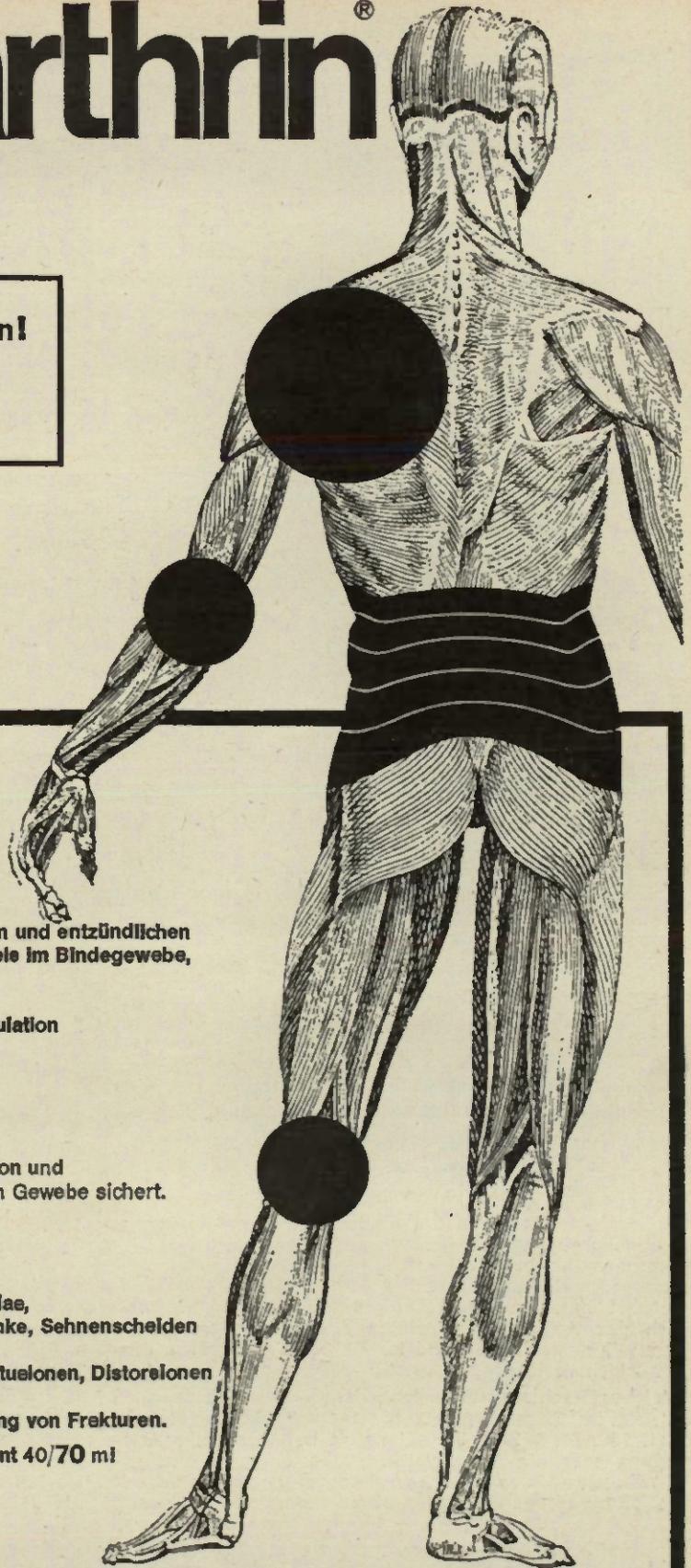
# Cycloarthrin<sup>®</sup>

-Salbe  
-Liniment

**Neue Packungsgrößen!**

Salbe 50 g  
Liniment 70 ml

**Perkutan-  
Tiefen-Therapie  
mit zwei  
Wirkungsphasen**



## Phase I

1. Tiefgreifende Hyperämisierung
2. Schnell eintretende Analgesie durch Nikotinsäurebenzylester Salicylsäure-monoglykolester

## Phase II

3. Beeinflussung des bei rheumatischen und entzündlichen Erkrankungen gestörten Stoffwechsels im Bindegewebe,
4. Entzündungshemmung,
5. Entödemisierung,
6. Steigerung der Blut- und Lymphzirkulation durch Cumarin Salicylsäure-monoglykolester
7. Aktivierung der Fibrinolyse,
8. Antithrombotischer Effekt durch Heparin welches gleichzeitig rasche Resorption und optimale Verteilung der Wirkstoffe im Gewebe sichert.

Indiziert bei  
Muskel- und Gelenkrheumatismus,  
Myalgien, Myogelosen,  
Neuralgien, Neuritiden, Lumbago, Ischiae,  
entzündlichen Erkrankungen der Gelenke, Sehnenscheiden  
und Schleimbeutel,  
Sport- und Unfallverletzungen wie Kontusionen, Distorsionen  
und Hämatome.  
Zur Neuroltherapie, zur Nachbehandlung von Frakturen.

Handeleformen: Salbe 30/50 g, Liniment 40/70 ml



**Schaper & Brümmer**  
Salzgitter-Ringelheim

net worden sind, sondern auch solche Beträge, deren Ansatzhöhe und Ansatzgrund in den Gebührenordnungen enthalten sind.

In dem oben dargestellten Fall der Tätigkeit von Vertragsärzten bei der Bundeswehr wären daher nach § 7 Abs. 1 Nr. 4 BNVO 80 v. H. der Vergütung ablieferungs-frei.

## GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

### Die „Belehrung“ nach Artikel 19 Abs. 1 des Kammergesetzes

Das Bayerische Kammergesetz von 1957 hatte die Möglichkeit für die ärztliche Berufsvertretung gebracht, den Arzt nicht in allen Fällen, in denen er sich eine Verletzung der Berufspflichten hatte zuschulden kommen lassen, vor die Berufsgerichte zu stellen. In sogenannten „leichteren Fällen“ hat der Vorstand des zuständigen Ärztlichen Kreisverbandes sein Mitglied zu belehren. Diese Belehrung stellt sich als eine Disziplinarmaßnahme dar, die als solche weitere Disziplinarmaßnahmen — also konkret den Antrag auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens — ausschließt.

Offen war hier im Gesetz die Frage geblieben, welches Rechtsmittel der betroffene Arzt gegen eine solche Belehrung ergreifen kann, wenn er die Maßnahme des Ärztlichen Kreisverbandes für unberechtigt hält. Mit dieser Frage hat sich das Berufsgericht München in dem nachfolgend wiedergegebenen Beschluß vom 2. 2. 1968 befaßt, wobei es auch generell zu den Rechtsproblemen um die Belehrung nach Artikel 19 Abs. 1 KaG Stellung nimmt. Als Rechtsmittel gegen die Belehrung durch den Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes wird die förmliche Beschwerde zur Bayerischen Landesärztekammer angesehen, gegen deren Entscheidung wiederum die Anrufung des Berufsgerichtes durch den betroffenen Arzt zulässig ist.

**Beschluß des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München vom 2. 2. 1968 (BG — A 12/67) — rechtskräftig:**

#### Aus den Gründen:

Die auf § 19 Abs. 1 Satz 1 KaG beruhende Belehrung stellt nicht nur einen kollegialen Hinweis dar. Sie ist vielmehr eine gegen den Beschuldigten gerichtete Disziplinarmaßnahme. Sie enthält, wie das Berufsgericht bereits im Beschluß vom 7. 2. 1962 (BG — A 2/62) ausgeführt hat, die Feststellung und den Vorwurf, daß sich der Arzt einer Verletzung der Standespflichten schuldig gemacht hat, und ferner den Tadel wegen dieser Pflichtverletzung.

Welches Rechtsmittel gegen diese Belehrung möglich ist, ist im Kammergesetz nicht ausdrücklich geregelt. Art. 19 Abs. 1 Satz 3 KaG regelt bei wörtlicher Auslegung nur die Beschwerde gegen einen Ordnungsstrafbeschluß des Bezirksverbandes. Diese Vorschrift ist jedoch sinngemäß dahin auszulegen, daß auch gegen

### Besetzung des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht

Senatspräsident Bernhard WEICHMANN wird mit Wirkung vom 1. 4. 1968 auf die Dauer von fünf Jahren zum Vorsitzenden des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht ernannt.

eine Belehrung nicht nur die Dienstaufsichtsbeschwerde zur Landesärztekammer gemäß Art. 19 Satz 1 KaG, sondern auch die förmliche Beschwerde möglich ist. Auch eine Belehrung kommt in einem Beschlußverfahren zustande; sie beruht auf dem Beschluß des Gesamtvorstandes (vgl. Stenographischer Bericht des Bayerischen Landtages, 98. Sitzung am 15. 5. 1957, S. 3445, Niederschrift über die gemeinsame Sitzung des Ausschusses für kulturpolitische Fragen, des Rechts- und Verfassungsausschusses und des Ausschusses für sozialpolitische Fragen des Bayerischen Senats vom 5. 6. 1957, WEISSAUER in „Handbuch für den Bayerischen Arzt“, Anmerkung III, 3 a zu Art. 37 KaG.

... Gegen eine vom Ärztlichen Kreisverband erteilte Belehrung kann der Beschuldigte daher innerhalb eines Monats nach der Zustellung Beschwerde bei der Landesärztekammer einlegen. Diese Auffassung steht im Einklang mit der Regelung in anderen Disziplinarverfahren. Auch dem Beamten, Soldaten, Rechtsanwalt, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer steht gegen eine ihm von seinem Vorgesetzten oder seiner Standesvertretung erteilte Rüge, die etwa der Belehrung entspricht, die Beschwerde oder der Einspruch offen (§ 31 BDO, Art. 27 BayDienststrafordnung, § 30 WDO, § 74 BRAO, § 39 StGB, § 63 WPO).

... Die Belehrung ... schließt ... die Durchführung eines berufsgerichtlichen Verfahrens auf Antrag der Berufsvertretung oder der Regierung aus. Die Berufsvertretung muß sich, wenn sie einen Sachverhalt durch eine Belehrung oder eine Ordnungsstrafe ahnden will, bewußt sein, daß sie diese Entscheidung nicht nachträglich durch einen Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens korrigieren kann.

Das Verbot der zweimaligen Ahndung derselben Tat gilt auch innerhalb des Disziplinarrechts (BDiszHE 2, 59, 79 ff.). Zwar steht in anderen Disziplinarverfahren eine erteilte Rüge der Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens nicht entgegen (§ 32 Abs. 2 BDO; § 74 WDO; § 115 Abs. 2 BRAO; § 48 StGB; § 69 WPO). In Art. 37 Abs. 1 KaG ist jedoch ausdrücklich bestimmt, daß das berufsgerichtliche Verfahren nur stattfindet, wenn nicht das Beschlußverfahren nach Art. 19 Abs. 1 KaG zur Anwendung kommt, also auch dann nicht, wenn dem Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens eine Belehrung gemäß Art. 19 Abs. 1 KaG vorausgegangen ist (WEISSAUER a. a. O.).

Das Berufsgericht kann in einem solchen Fall nicht nachprüfen, ob ein „leichter Fall“ i. S. des Art. 19 KaG vorliegt. Zwar kann das Berufsgericht dann, wenn ein Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens eingereicht wird, obwohl der Sachverhalt als „leichter Fall“ gemäß Art. 19 Abs. 1 KaG hätte

**Sinupret®**

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG  
NÜRNBERG

geahndet werden können, die Sache an die Berufsvertretung abgeben (WEISSAUER Anm. III 3 b zu Art. 37 KaG). Diese sich aus Art. 37 Abs. 1 KaG ergebende Möglichkeit, die zugunsten des Beschuldigten wirkt, kann jedoch nicht analog zu seinen Lasten angewandt werden. Bejaht die Berufsvertretung das Vorliegen eines „leichteren Falles“, so ist das Berufsgericht an diese Beurteilung gebunden. Eine allgemeine Aufsicht über die Berufsvertretung steht dem Berufsgericht nicht zu.

...Durch die Einlegung eines Rechtsmittels darf der Beschuldigte nicht schlechter gestellt werden. Dies bedeutet, daß die Landesärztekammer im Rahmen einer Beschwerdeentscheidung nur darüber befinden kann, ob die Belehrung zu Recht ergangen ist oder nicht. Wird die Belehrung von der Landesärztekammer auf die Beschwerde des Beschuldigten aufgehoben, so ist damit der der Belehrung zugrunde liegende Sachverhalt endgültig erledigt. Wird die Belehrung dagegen bestätigt, so hat der Beschuldigte die Möglichkeit, gemäß Art. 19 Abs. 2 KaG die Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens zu beantragen. Auch in diesem Verfahren kann jedoch gegen den Beschuldigten nicht auf eine der in Art. 38 KaG aufgezählten Maßnahmen erkannt werden. Auch das Berufsgericht ist vielmehr darauf beschränkt, die erteilte Belehrung entweder zu bestätigen oder sie aufzuheben. Dies folgt aus Art. 19 Abs. 4 GG.

Nach dieser Vorschrift steht jedem der Rechtsweg offen, der durch die öffentliche Gewalt in seinen Rechten verletzt ist. Auch gegen eine Disziplinarmaßnahme der Berufsvertretung, nämlich die Belehrung, muß daher die Anrufung eines Gerichts möglich sein. Allerdings steht der Rechtsweg nicht schrankenlos offen. Vielmehr ist eine Erschwerung des Zugangs zu den Gerichten durch die Ausschöpfung des Beschwerdeweges zulässig und geboten (vgl. BVerfGE 10, 264, 267). Auch würde es dem Grundsatz der ärztlichen Selbstverwaltung und dem Wesen der Berufsgerichtsbarkeit widersprechen, würde man einen Beschuldigten zwingen, sich nach Ausschöpfung des Beschwerdewegs an die Verwaltungsgerichte zu wenden. Durch Art. 19 Abs. 4 GG wird vielmehr der Rechtsweg zu den Gerichten eröffnet, die nach ihrem allgemeinen Aufgabenkreis, nach ihrer Sachkunde und nach ihrer Besetzung als die zuständigen Gerichte anzusehen sind (BF in H. E. 55, 277, 282; Maunz-Dürig Anm. 60 zu Art. 19 GG). Gegen eine Disziplinarmaßnahme der Berufsvertretung ist daher die Anrufung des Berufsgerichtes schon durch Art. 19 Abs. 4 GG ermöglicht. Art. 19 Abs. 2 KaG stellt sich somit als Ausgestaltung des sich aus Art. 19 Abs. 4 GG ergebenden Rechts auf gerichtliche Überprüfung dar.

Art. 19 Abs. 4 GG bezweckt jedoch nicht, daß gegen einen Beschuldigten irgendwelche belastenden Maßnahmen festgesetzt werden können, die er ohne die Anrufung des zuständigen Gerichts nicht zu erwarten hätte. Es handelt sich vielmehr um eine Schutzvorschrift (Bonner Komm. Anm. 4 zu Art. 19 GG), die die vollständige Nachprüfung des Verwaltungsaktes in recht-

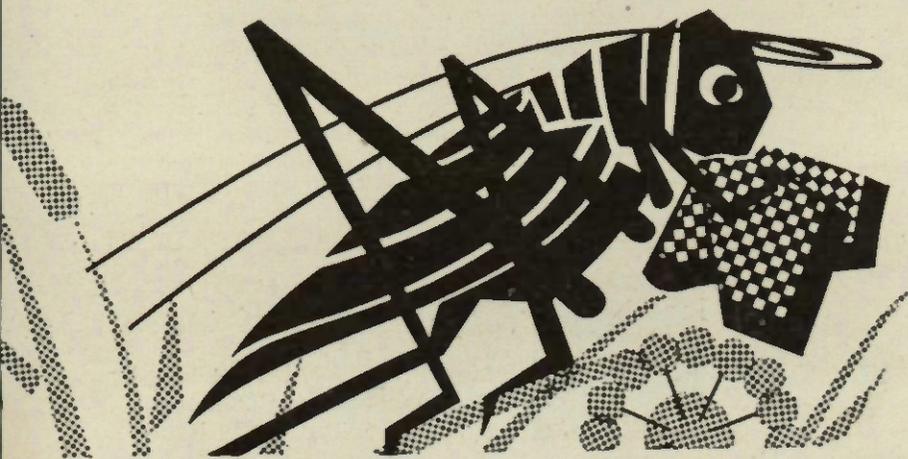
licher und tatsächlicher Hinsicht ermöglichen soll (Maunz-Dürig Anm. 47 zu Art. 19 GG). Ruft daher ein Beschuldiger nach vorausgegangener Beschwerde gegen eine Belehrung oder einen Ordnungsstrafbeschuß gemäß Art. 19 Abs. 2 KaG das Berufsgericht an, so kann das Berufsgericht nicht gezwungen sein, gemäß Art. 38 KaG auf eine Warnung, einen Verweis oder eine Geldbuße mit der Begründung zu erkennen, eine Belehrung oder eine Ordnungsstrafe könnten nur von der Berufsvertretung, nicht aber vom Berufsgericht verhängt werden (so Beschluß des Berufsgerichtes beim OLG Nürnberg vom 1. 2. 1967, BG—Z 1/66). Das Berufsgericht kann vielmehr, ebenso wie die Landesärztekammer im Beschwerdeverfahren, nur nachprüfen, ob die Belehrung zu Recht ergangen ist oder nicht.

Wollte man das Verfahren des Berufsgerichts nach Art. 19 Abs. 2 KaG so durchführen, wie wenn kein Beschlußverfahren vorausgegangen wäre (so WEISSAUER Anm. IV 6 f zu Art. 19 KaG), so würde man damit den Beschuldigten der Gefahr aussetzen, durch seinen Antrag auf gerichtliche Entscheidung schlechter gestellt zu werden. Bei dieser Auslegung des Art. 19 Abs. 2 KaG müßte man jedoch dem Beschuldigten gemäß Art. 19 Abs. 4 GG die Möglichkeit einräumen, unabhängig von Art. 19 KaG in einem anderen gerichtlichen Verfahren feststellen zu lassen, ob er durch die Belehrung oder den Ordnungsstrafbeschuß zu Unrecht in seinen Rechten verletzt wurde. Die Entscheidung desselben Sachverhalts in zwei Verfahren, möglicherweise durch verschiedene Gerichte, kann der Gesetzgeber jedoch nicht gewollt haben. Eine verfassungskonforme Auslegung des Art. 19 Abs. 2 KaG kann daher nur darin bestehen, daß in dem nach dieser Vorschrift eingeleiteten Verfahren nur über die Rechtmäßigkeit der Belehrung oder des Ordnungsstrafbeschlusses entschieden werden kann.

... Sollte die Landesärztekammer die Belehrung bestätigen, so kann sich der Beschuldigte dagegen gem. Art. 19 Abs. 4 GG in Verbindung mit Art. 19 Abs. 2 KaG innerhalb eines Monats nach Zustellung der Beschwerdeentscheidung an das Berufsgericht wenden.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, daß Gegenstand des vorliegenden Verfahrens nur das Verhalten des Beschuldigten bis zur Belehrung vom 19. 7. 1967 ist. Sollte der Beschuldigte in der Belehrung gerügtes Verhalten nicht nur, wie im Antrag vom 31. 8. 1967 dargelegt wird, weiterhin mündlich oder schriftlich billigen, sondern es tatsächlich fortsetzen und das fortgesetzte Verhalten als standeswidrig zu beurteilen sein, so steht es der Berufsvertretung frei, gegen den Beschuldigten wegen seines nach der Belehrung vom 19. 7. 1967 fortgesetzten Verhaltens erneut eine Belehrung oder gemäß Art. 19 Abs. 1 Satz 2 KaG eine Ordnungsstrafe auszusprechen oder, wenn das Verhalten, insbesondere mit Rücksicht auf die vorausgegangene Belehrung vom 19. 7. 1967, nicht mehr als „leichter Fall“ anzusehen ist, Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens zu stellen.

Rechtsanwalt F. M. Poellinger



Bei Heuschnupfen

**Prosplen**

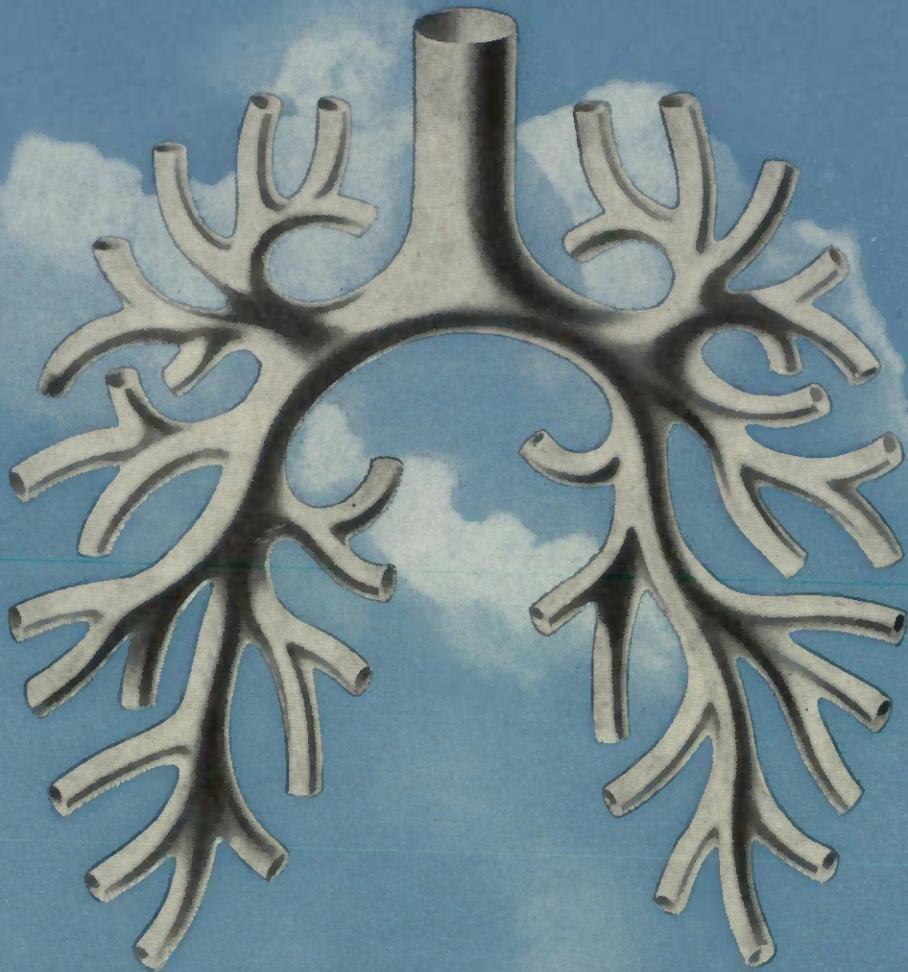
Biologisches Antiallergikum

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



IFAH GMBH · HAMBURG

# Ditenate®



Bei Asthma  
bronchiale

chronischer  
Bronchitis

Lungenemphysem

Dreifache  
Bronchodilatation

minimale  
Nebenwirkungen

## **Ditenate®** **Ditenate®**

**Depot-Tabletten**

Anhaltender Schutz vor Bronchial-  
spasmen – bei Tag und bei Nacht

**Sirup**

Prompte Kupierung leichterer Anfälle  
bei Kindern und Erwachsenen

Dreifache Bronchodilatation  
Zuverlässige Schleimhaut-  
abschwellung  
Milde Sedierung  
Praktisch nebenwirkungslos  
Kaum gastrische Störungen  
Frei von Phenothiazinen und  
Barbituraten

## STEUERFRAGEN

### Das Immobilien-Investment-Angebot

Risikostreuung oder Steuern sparen — das ist die Frage

Es gibt in der Bundesrepublik inzwischen ein halbes hundert Immobilien-Investmentfonds (ausländische und Ferienfonds nicht gerechnet), deren Gesamtvermögen an die 1 Mrd. DM herankommen mag. Wenn bedacht wird, daß die Wertpapierinvestmentgesellschaften rund 3,7 Mrd. DM Vermögen verwalten, wird klar, daß es sich schon um eine ganz schöne Größenordnung handelt. Andererseits ist das Immobilien-Investmentgeschäft, gemessen am Umfang des Liegenschaftsmarktes und der privaten Ersparnisbildung, noch außerordentlich bescheiden. Wird an bestimmte Vorkommnisse bei schweizerischen Immobilien-Investmentgesellschaften gedacht, so muß vor einer Entwicklung gewarnt werden, die dazu führt, daß kleine Sparer über den Kauf von Zertifikaten den Grundstücksmarkt inflationär anheizen — mit der Folge entsprechender Rückschläge für die Fonds und ihre Sparer. Zumal die Werbung für das Immobilien-Investmentsparen bei uns bisher jegliche Übertreibung vermeidet, sind solche Gefahren noch keineswegs erkennbar.

Die Attraktion dieser Sparform — der Aufsatz handelt nicht vom Ferienfonds — liegt in der Erfahrung begründet, daß Grundbesitz ein im Schnitt wertstabiles bzw. an Wert wachsendes Vermögen ist. Soweit es sich um unbebautes Land handelt (das nicht Gegenstand solide geführte Immobilienfonds ist), beruht die Wertentwicklung auf spekulativen Momenten. Genutzter Grundbesitz bezieht seinen Wert — wie Aktien — aus der Rendite, die sich erzielen läßt; hinzu kommen steuerliche Erleichterungen speziell für den Ersterwerber. Anders als bei Aktien ist die Ertragskraft von jeweiligen Konjunkturverhältnissen kaum abhängig; es gibt also bei einem gut gemischten Immobilienbestand wesentlich geringere Wertschwankungen als bei einem Aktien-Investment. Andererseits gewähren die geschlossenen und halboffenen Immobilienfonds, die weit in der Mehrzahl sind, Miteigentum nur an bestimmten Einzelobjekten. Die risikomindernde Anlagemischung fällt hier also fort — es sei denn, man kauft

Anteile mehrerer solcher Fonds und stellt so in eigener Regie eine breite Anlagepalette her.

Der Sparer mit höherem Einkommen und entsprechenden steuerlichen Interessen wird diesen Weg gehen, wenn er sein Vermögensrisiko verringern will. „Kleine“ Sparer dagegen können eine breite Risikomischung am einfachsten durch den Kauf von Anteilen an „offenen“ Fonds herbeiführen, wie sie in Form des „iii“, München, der Co-op und demnächst wahrscheinlich des „Despa“ gegeben sind. Die geschlossenen Fonds haben den offenen in den Augen des großen Anlegers steuerliche Reize voraus, dafür bieten die offenen ihren Sparern eine weitaus bessere Marktgängigkeit der Zertifikate: Zwar ist Immobiliensparen immer ein langfristiges Engagement, wenn es vernünftige Resultate bringen soll, aber im Notfall können z. B. „iii“-Anteile viel eher wieder zu Geld gemacht werden als Anteile von geschlossenen Fonds.

Der Grundstücksmarkt ist überhaupt ein Feld mit Tücken. Gewiegte Fachleute stehen naiven Laien gegenüber. Das führt zu vielen Enttäuschungen, wie man weiß. Um so wichtiger ist, daß das Immobiliengeschäft mit dem unerfahrenen Sparer Mißbrauchssicherungen hat. Sie sind in Form von Treuhändern eingeschaltet; alle Gesellschaften haben sie, meistens sind es Banken, oft solche mit nationalem und internationalem Ruf. Starke Banken können auch als Rückhalt notwendig sein, wenn es einmal gilt, umfangreichere Anteilsrücknahmen zu finanzieren. Für das Immobilien-Investmentsparen gilt der Satz: „Vor allem kommt es darauf an, wer dahinter steht“ in ganz besonderem Maße.

Das auch, weil dieser Bereich noch nicht in einem besonderen Gesetz geregelt ist. Wir haben zwar ein Investmentgesetz, aber es gilt nur für Kapitalanlagegesellschaften, die in Wertpapieren investieren. Wenn einmal ein Gesetz über Immobilien-Investmentgesellschaften kommen sollte, so hätte es vor allem auch die Frage der Fungibilität der Anteile zu regeln: es müßte

Mehrwertsteuer bereits in den Preisen enthalten.



Großeinkauf und Direkt-Import, daher so preisgünstig!

## Stilmöbel

Altdeutsch oder Barock

Fordern Sie unverbindlich  
meinen Spezialprospekt.  
Versand nach überall.

## G. RAUM

85 Nürnberg  
Luitpoldstraße 11a

Kein Vertreterbesuch!

nach Möglichkeit Voraussetzungen dafür schaffen, daß diese Ansprüche bzw. Eigentumsrechte einen Markt erhalten, auf dem eine Preisbildung aus Angebot und Nachfrage erfolgt. Diese Forderung wird gelegentlich auch bezüglich der Wertpapier-Investmentfonds erhoben. Dort ist sie aber nicht dringend, weil die Vermögen dieser Fonds aus Papieren bestehen, die alle einen Markt mit geregelter Wertfeststellung haben.

Drei Typen von Fonds werben um die Gunst von Immobilien-Investmentsparen.

1. **offene Fonds:** sie gewähren nur mittelbares Eigentum an Immobilienbesitz. Beispiele: Internationales Immobilien-Institut AG, München; Treuhänderbanken Bayerische Hypo- und Bayerische Vereinsbank; zwei „iii-Fonds“; Co-op Immobilienfondsverwaltung AG, Hauptaktionär Bank für Gemeinwirtschaft AG, Frankfurt, Begrenzung des Anteils-umlaufs auf 15 Mill. DM. Geplant: „Despa-Fonds“ der Deutschen Girozentrale (Sparkassenorganisation);
2. **halboffene Fonds:** bei ihnen wird der Anteilserwerber zum Kommanditisten einer KG und damit zum Miteigentümer am Gesamtbesitz. Beispiele: KG Rheinisch-Westfälische Immobilien-Anlagegesellschaft mbH & Co., Gründer sind die Girozentralen in Düsseldorf und Münster („RWI-Fonds Nr. 1“); Immobiliengesellschaft Dr. Görtmüller KG, Düsseldorf, dahinter stehen die Deutsche Pfandbriefanstalt, Wiesbaden, und die „Neue Heimat“, Hamburg („Hausbesitzerbriefe“); KG Hanse Grundbesitzanlagen GmbH & Co., Hamburg;
3. **geschlossene Fonds:** sie verschaffen den Anlegern ein direktes Bruchteil-Eigentum an einem bestimmten Objekt mit Eintragung als Eigentümer in das Grundbuch. Beispiele: Deutsche Immobilien-Investierungs-AG (DII), Berlin/München; Bremer Treuhand-Gesellschaft für Wohnungsbau GmbH, Bremen („HB-Fonds“); Deutsche Gesellschaft zur Förderung des Wohnungsbaus, gemeinnützige AG, Berlin („DeGeWo-Fonds“); Westdeutsche Immobilienfonds Treuhand AG, Köln („Witag“).

Die Rentabilität der Anlageobjekte dürfte in allen Fällen eine etwa 5%ige Ausschüttung pro Jahr erlauben; teilweise ist eine Verteilung in dieser Höhe fest zugesagt. Daneben findet ein Wertwachstum der Vermögen aus Hypothekentilgung und infolge der allgemeinen Marktentwicklung (Mietpreiserhöhungen) statt, bzw. sollte es so sein. Bei den „iii“-Fonds beispielsweise ergab sich seit 1959 eine jahresdurchschnittliche Rendite von knapp 10%. Rund ein Fünftel davon

floß aus Abschreibungen, die die Fondsgesellschaft vorgenommen hat und die dem Fondsvermögen als Selbstfinanzierung mit entsprechender Wirkung auf die Anteilswerte zugute gekommen sind.

Angesichts mehr oder weniger gleicher Rentabilitätschancen spielen für die Frage, welchen Fonds man „nehmen“ soll, außer dem Risikogesichtspunkt steuerliche Überlegungen die Hauptrolle. Die offenen Fonds haben hier nichts Spezielles zu bieten; sie sind vor allem für Sparrer mit kleineren und mittleren Einkommen, und die Stückelung ihrer Anteile (ab DM 100.—) drückt das auch aus.

Auch beim „Hausbesitzerbrief“ (Deutsche Pfandbriefanstalt) geht die Stückelung ab DM 100.—. Die Inanspruchnahme des Abschreibungsparagraphen 7 EStG durch die Gesellschaft führt zu vollständiger oder weitgehender Steuerfreiheit der Jahresausschüttungen an die Anteilsbesitzer, die alleinige Eigentümer des Vermögens der KG sind. — Der RWI-Fonds stückelt nur bis DM 1000.—, weil die Girozentralen ihren Sparkassen keine kleineren Spareinlagen abwerben wollen. Im übrigen keine besonderen Unterschiede zum „Hausbesitzerbrief“. Die „Hanse“ kauft, als Besonderheit, bereits vermietete Objekte und kann daher nur linear abschreiben, wobei vollständige Belastungsfreiheit (Hypothekentilgung beim Kauf) die Abschreibungen gering hält. Vorteil: Sofortige Ertragsfähigkeit, für Sparrer mit hoher Einkommensteuerprogression nicht mehr attraktiv. Anteilstückelung mindestens DM 500.—.

Größte Gesellschaft mit geschlossenen Fonds ist die DII (fast 30 Fonds). Die Zertifikatinhaber — Mindeststückelung DM 1000.— — nehmen die Abschreibungen praktisch selber vor, und zwar bei Fonds mit viel Fremdkapital bis zu über 50% der angelegten Beträge; sehr interessant für Großsparer, Kleinanleger haben relativ geringen Nutzen. — „HB-Briefe“ ab DM 1000.— haben gleiche Rechtskonstruktion und gewähren ab DM 10 000.— Vormietrecht. Steuerliche Vorteile variieren bei den elf Fonds je nach Fremdmittelumfang und Vermögensart (Bau oder Kauf). — Auch der DeGeWo gewährt ein Vormietrecht und ist vor allem für Großanleger interessant; Stückelung ab DM 500.—. Es wird in Berlin und im sozialen Wohnungsbau investiert; Eigentümerin der Gesellschaft ist das Land Berlin.

Beim Erwerb von Anteilen geschlossener Fonds können Bausparguthaben steuer- bzw. prämienschädlich eingesetzt werden. Vergünstigungen nach dem Sparprämiengesetz sind bei Immobilien-Investmentanlagen nicht möglich.

Anschr. d. Verf.: Bernd Baehring, 8035 Gauting, Sultanshöhe 18

# Pepsaldra®

## Magen-Fermentpräparat

gegen Subacidität, Achylie und deren Folgezustände

Original-Packungen mit 45 und 125 Oragees

## Pepsaldra compositum

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

Original-Packungen mit 40 und 100 Oragees



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

## MITTEILUNGEN

### Ferienaufenthalt in München gesucht

Genfer Arzt sucht für seinen 15jährigen Sohn für die Zeit vom 22. 6. bis 22. 7. 1968 in einer Münchener Arztfamilie, in der besonders die Musik gepflegt wird, einen Ferienaufenthalt auf Austauschbasis. Der etwa gleichaltrige Sohn der Münchener Arztfamilie ist anschließend vom 22. 7. bis 22. 8. 1968 nach Genf eingeladen.

Interessenten werden gebeten, sich direkt mit Herrn Dr. med. Pierre Guye, Boulevard de la Tour 4, CH-1200 Genève, in Verbindung zu setzen.

### Die Rentabilität des werkärztlichen Dienstes der Ford-Werke in Köln

Die Ford-Werke in Köln besitzen seit längerem einen hochentwickelten werkärztlichen Gesundheitsdienst für ihre Belegschaft von rd. 30 000 Personen. Das Personal dieses Dienstes besteht aus 7 Ärzten, 11 Krankenschwestern, 13 Sanitätern, 5 Assistentinnen, 4 Masseuren, 5 Sanitätshelfern, 2 Arbeitshygienikern, 2 Fürsorgerinnen und 2 Haushaltsgehilfinnen. Für alle diese Dienste, die mit diesem Personal verbunden sind, stehen die entsprechenden Räume mit modernster Ausstattung auf dem Betriebsgelände zur Verfügung.

Die vollständigen Kosten dieses werkärztlichen Dienstes haben im Jahr 1966 rd. eineinhalb Millionen DM betragen. Das sind pro Kopf der Belegschaft rund DM 50.—. Davon entfielen auf die reinen Personalkosten rd. 1,1 Millionen DM. Die Differenz zwischen den Personal- und Gesamtkosten setzt sich aus den anderen sachlichen Kosten dieses Gesundheitsdienstes zusammen. Darin sind aber die anteiligen Verwaltungskosten ebenso enthalten wie alle sonstigen als Gemeinkosten bezeichneten laufenden Sach- und Dienstleistungsausgaben. Berücksichtigt sind aber auch die Abschreibungen auf die Gebäudeteile, die den werkärztlichen Einrichtungen dienen, ebenso wie die Zinsen des für diese Zwecke eingesetzten Kapitals. Mit anderen Worten, an Kosten ist alles, was irgendwie mit dem werkärztlichen Dienst zusammenhängt, erfaßt worden. Bei der Ermittlung des wirtschaftlichen Effektes ist nach zwei Richtungen vorgegangen worden. Einmal wurde der durch den werkärztlichen Dienst minde-

stens eingesparte Kostenanteil und auf der anderen Seite die bei vorsichtiger Schätzung wahrscheinlich eingesparten Gesamtkosten festgestellt. Dabei wurden auf der Seite der Ersparnisse alle die durch die Neueinstellungsuntersuchungen nach allgemeinen Erfahrungen eingesparten Unkosten eingesetzt. Ferner die durch Gesetz oder Verordnung vorgeschriebenen Gesundheitsuntersuchungen, die ohne den werkärztlichen Dienst von anderen Stellen auf Kosten des Betriebes hätten durchgeführt werden müssen.

Allein durch die ärztliche Versorgung von Unfallverletzten hat sich eine Kosteneinsparung von über 1 Million DM ergeben. Dabei wurden zusätzlich noch etwa 1/2 Million DM an Unfallgemeinkosten eingespart. Durch die Erstbehandlung akuter Erkrankungen haben sich betriebliche Einsparungen von mindestens DM 600 000.—, wenn nicht gar DM 800 000.— ergeben.

Die von Dr. med. EICH aufgestellte Wirtschaftlichkeitsberechnung für den werkärztlichen Dienst der Ford-Werke hat ein Kosten-Ertragsverhältnis von im Mittel 1:2 ergeben; d. h., den Gesamtkosten von rd. 1,5 Millionen DM standen Einsparungen von rd. 3 Millionen DM gegenüber. Dieses Ergebnis dürfte, wie Dr. med. Eich ausgeführt hat, jedem nüchtern kalkulierenden Unternehmer, auch von der wirtschaftlichen Seite her, ein anderes Bild von dem Nutzen werkärztlicher Betreuung der Beschäftigten eines Industrieunternehmens vermitteln. Durch die Untersuchung der Ford-Werke ist im Grunde genommen das Problem von zwei Seiten beleuchtet worden. Einmal zeigt sie dem medizinischen Nachwuchs, welche Chancen und Möglichkeiten eine werkärztliche Tätigkeit eröffnet, auf der anderen Seite wird noch abseits stehenden Unternehmern bewiesen, daß ein werkärztlicher Dienst auch eine rentable Investition ist. Jetzt müßte nur noch unseren Hochschulverwaltungen und Kultusministerien näher gebracht werden, daß unsere Industriegesellschaft heute nicht mehr darauf verzichten kann, den ärztlichen Nachwuchs auch arbeitsmedizinisch auszubilden. Abschließend wäre wohl auch den Sozialpartnern anzuraten, ihre Kräfte in der Frage der Werkärzte mehr auf ein Zusammenwirken zu richten als darauf, ständig zu versuchen, sich gegenseitig zu widerlegen. v. L-n.



### Für viele Magen-, Darm- und Galle-Patienten Kaffee mit kofrosta Garantie

Senkung der Kaffee-Intoleranz durch weitgehende Entfernung der Röstreizstoffe

Geringste Reizwirkung auf Säurebildung und Alkali-Testzeit

Geringerer motilitätssteigernder Effekt Mit oder ohne Coffein

Literatur auf Wunsch

Eilles-Kaffee 8 München 2 Residenzstr. 13

### Die meldepflichtigen Übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Februar 1968\*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Häufigkeit von Scharlacherkrankungen blieb im Monat Februar auf ähnlichem, verhältnismäßig niedrigem Stand wie im Januar. Je 100 000 der Bevölkerung erkrankten im Januar 61, im Februar 60 Personen (umgerechnet auf ein Jahr). Die Erkrankungsziffer an Meningokokken-Meningitis (übertragbare Genickstarre) stieg im gleichen Zeitraum von 2 auf 4 an, die an sonstigen Formen der übertragbaren Hirnhautentzündung blieb ziemlich unverändert.

Typhus und Paratyphus traten auch im Februar nur in wenigen Fällen auf, ebenso bakterielle Ruhr, letztere allerdings gegenüber Januar etwas ansteigend. Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose ging von sieben Fällen im Januar auf vier im Februar je 100 000 der Bevölkerung zurück, desgleichen die Hepatitisziffer (übertragbare Leberentzündung) von 40 auf 34 Fälle.

### Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. Februar bis 2. März 1968 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus obdeminell		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa						
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		Übrige Formen				
	E <sup>1)</sup> ST <sup>2)</sup>		E ST		dor. parol. Fälle		Meningokokken-Meningitis				Übrige Formen		E ST		E ST						E ST		E ST
Oberbayern	2	—	154	—	—	—	—	13	—	8	—	—	—	1	—	2	—	—	—	12	—	—	—
Niederbayern	1	—	51	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—
Oberpfalz	—	—	16	—	—	—	—	4	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—
Oberfranken	—	—	62	—	—	—	—	6	1	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	95	—	—	—	—	4	—	2	—	1	1	—	—	—	—	4	—	10	—	—	—
Unterfranken	—	—	33	—	—	—	—	4	—	11	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	5	—
Schwaben	—	—	64	—	—	—	—	4	1	7	—	1	1	2	—	1	—	8	—	1	—	1	—
Bayern	3	—	475	—	—	—	—	35	2	50	—	3	2	4	—	3	—	12	—	35	1	7	—
München	1	—	88	—	—	—	—	5	—	3	—	—	—	1	—	1	—	—	—	7	—	—	—
Nürnberg	—	—	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>		Leptospirose				Malaria-Erkrankung		Q-Fieber		Tetanus		Wundstarrkrampf	
									Weilsche Krankheit		übrige Formen									
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	88	1	—	—	12	—	—	—	1	—	1	1	1	—	3	—	—	—
Niederbayern	—	—	68	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	1	1
Oberpfalz	—	—	27	—	—	—	23	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Oberfranken	—	—	15	1	3	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Mittelfranken	—	—	23	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Unterfranken	—	—	31	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Schwaben	—	—	19	—	1	—	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Bayern	—	—	271	2	5	—	89	—	1	—	1	—	1	1	1	—	11	—	3	2
München	—	—	39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—
Nürnberg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

\*] 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.

**Hospitalschiff „Helgoland“****Ärzte-Ablösungen**

Zur Teilnahme am Vietnam-Einsatz des Hospitalschiffes „Helgoland“ sucht das Deutsche Rote Kreuz zum 1. Juni 1968

**1 Facharzt für Anästhesie**

zum 1. Juli 1968

**1 Facharzt für Chirurgie**

als Leiter der chirurgischen Abteilung

zum 1. August 1968

**1 Assistenzarzt mit guter chirurgischer Vorbildung**

Bedingungen: Tropentauglichkeit und Verpflichtung für sechs Monate. Französische und englische Sprachkenntnisse sind erwünscht (aber nicht Bedingung).

Vergütung nach BAT, Auslandszulage und freie Station an Bord; erweiterte gesetzliche Unfallversicherung.

Bewerbungen sind an das Deutsche Rote Kreuz, Generalsekretariat, 5300 Bonn, Friedrich-Ebert-Allee 71, zu richten.

**KONGRESSE UND FORTBILDUNG****18. Lindauer Psychotherapiewoche 1968**

Die 18. Lindauer Psychotherapiewoche findet in der Zeit vom 29. 4. bis 11. 5. 1968 unter der Leitung von Dr. Helmuth Stolze statt. Das Programm umfaßt:

1. Vorträge an den Vormittagen (vom 29. 4. bis 4. 5.) zu den Themen: „Verantwortung und Schuld in der Psychotherapie“ (4 Tage) und „Psychologische Diagnostik für den praktizierenden Arzt“ (2 Tage)
2. Einführende Vorlesung (vom 30. 4. bis 3. 5.) in die Grundlagen der Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik
3. Nachmittagskurse (vom 29. 4. bis 2. 5.) in Form von kasuistischen Seminaren, Arbeitsgruppen und analytischen Selbsterfahrungsgruppen
4. Wiederholungskolloquien zum Autogenen Training und zur Hypnose (3. und 4. 5.)
5. Seminare über: Psychiatrisch-psychotherapeutische Poliklinik, und über: Psychotherapeutische Fälle aus der allgemein-ärztlichen Praxis sowie Übungen in Entspannungs- und Atemtherapie, Konzentrativer Bewegungstherapie und Psychogymnastik (vom 6. bis 11. 5.)

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

**Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde**

vom 4. bis 5. Mai 1968 in Würzburg

Die Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde veranstaltet gemeinsam mit der Mittelrheinischen Gesellschaft für Gynäkologie vom 4.—5. 5. 1968 in Würzburg eine Fortbildungstagung.

Auskunft: Priv.-Doz. Dr. E. Göltner, 8700 Würzburg, Universitäts-Frauenklinik, Josef-Schneider-Str. 4

**Symposion des Berufsverbandes der Deutschen HNO-Ärzte**

am 8. Mai 1968 in München

Der Berufsverband der Deutschen HNO-Ärzte — Landesverband Bayern — veranstaltet am 8. 5. 1968 in München, 19.00 Uhr c. t., ein Symposion. Zu dem Thema „Der Tod in der Sprechstunde in rechtlicher Sicht“ spricht Ministerialrat W. Weißauer.

Ort: Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik München (Eingang Schillerstraße)

Angst, Depressionen,  
Schlafstörungen,  
Leistungsknick,  
funktionelle  
Herzsensationen,  
Dyspnoe, Schwindel,  
Blutdrucklabilität,  
Hyperhidrosis,  
vegetatives  
Magensyndrom

**Cesra-  
dyston**®

Dragees

**3 x täglich**

**Für Ihre Vegetativen**



JULIUS REDEL · CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK  
Haueneberstein bei Baden-Baden

## Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

veranstaltet vom 23. bis 26. Mai 1968 im Auftrage der Bayerischen Landesärztkammer die 40. Fortbildungsveranstaltung für Ärzte in Regensburg — Kursleitung: Professor Dr. Dietrich Jahn, Nürnberg

**Donnerstag, den 23. Mai 1968**

20.00 Uhr:

**Festvortrag:**

Prof. Dr. O. Heckmann, Direktor der Europäischen Südsternturme Hamburg

„Die Astronomie im Kreise der Wissenschaften“

**Freitag, den 24. Mai 1968**

**1. Hauptthema:**

**Fortschritte in der Kardiologie**

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.15 Uhr:

Begrüßung

9.15—9.45 Uhr:

Einleitung: Prof. Dr. M. Holzmann, Universität Zürich

„Aktuelle Probleme moderner Kardiologie in der Praxis“

9.45—10.15 Uhr:

Prof. Dr. K. Wezler, Direktor des Institutes für Animalische Physiologie der J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main

„Neue Erkenntnisse in der Autoregulation des Herzens“

10.15—10.45 Uhr:

Pause — Eröffnung der Ausstellung

10.45—11.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Gebhardt, Medizinische Universitätsklinik Freiburg im Breisgau

„Theoretische Fortschritte als Grundlage der Therapie“ (Hämodynamik)

11.15—12.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Reindell, Medizinische Universitätsklinik Freiburg im Breisgau

„Moderne Funktionsdiagnostik in der Praxis und Klinik — Möglichkeiten und Grenzen“

12.00—12.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. P. Schollmeyer, Medizinische Universitätsklinik Tübingen

„Myokardstoffwechsel und Koronarinsuffizienz als therapeutisches Problem“

12.30—13.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. N. Schäd, Röntgendiagnostisches Zentralinstitut der Universität Zürich

„Fortschritte in der Röntgendiagnostik des Herzens“ (Röntgenkolloquium)

13.00—14.30 Uhr:

Mittagspause

14.30—15.00 Uhr:

**Wissenschaftlicher Film**

(Farbfilm — Rhein-Pharma Arzneimittel GmbH, Heidelberg)

„Koronarerkrankungen und Fettstoffwechselstörungen“

15.00—15.30 Uhr:

Doz. Dr. H. A. Hochrein, Medizinische Universitätsklinik Würzburg

„Neue Gesichtspunkte in der Therapie der Herzinsuffizienz unter Berücksichtigung des Elektrolytstoffwechsels“

15.30—16.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Gutheil, Kinderklinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

„Frühdiagnostik angeborener Herz- und Gefäßanomalien im Kindesalter“

16.00—16.30 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

16.30—17.00 Uhr:

Prof. Dr. R. Zenker, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik München

„Fortschritte in der internationalen Herzchirurgie: Möglichkeiten, Indikationen und Ergebnisse“

17.00—17.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. K. Bühlmeier, Universitäts-Kinderklinik München

„Das Schicksal Herzoperierter bei angeborenen Herzfehlern“

17.15—17.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Rudolph, II. Medizinische Universitätsklinik München

„Das Schicksal Herzoperierter bei erworbenen Herzfehlern“

17.30—17.40 Uhr:

Kurze Pause

17.40—18.40 Uhr:

**Round-table**

„Die Behandlungsmöglichkeiten der Arrhythmien in der Praxis“

Gesprächsleitung: Prof. Dr. M. Holzmann, Zürich, unter Mitwirkung der Referenten des Tages und der Herren Professoren Gillmann und Spang  
Diskussionsfragen zum Tagesthema werden im Rahmen des Gespräches beantwortet

**Samstag, den 25. Mai 1968**

**2. Hauptthema:**

**Aktuelle Diagnostik**

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.20 Uhr:

Einleitung: Prof. Dr. H. E. Bock, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen

„Wandel in der Diagnostik“

9.20—9.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Nieth, Medizinische Universitätsklinik Tübingen

„Moderne diagnostische Maßnahmen zur Erkennung von Nieren- und Urotraktorerkrankungen und ihre Bewertung“

9.40—10.10 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. F. H. Kreuz, Leiter des Laboratoriums der Medizinischen Klinik der Universität Marburg

„Fortschritte in der Funktionsdiagnostik des Magen-Darm-Traktes“

**RECORSAN**<sup>®</sup>

**HERZSALBE**

Die älteste Herzsalbe,  
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

**30 g DM 3,00 m. U.**

Recorsan-Gesellschaften Gräfeiling und Lüneburg

Bei vegetativ-dystanen Störungen - auch im Kindesalter - bewirkt

# UZARIL

schnell und zuverlässig  
zentrale Beruhigung und periphere Spasmalyse  
bei einer milden Dauer-Tonisierung

15, 50 und 100 ccm Liquidum

25, 50 und 100 Tabletten

6 Suppositorien K (Kinder), E (Erwachsene)

Bei nervösen Herzbeschwerden auf vegetativ-dystoner Basis  
- besonders auch wetterbedingt -

## UZARIL-CAMPHER DRAGÉES

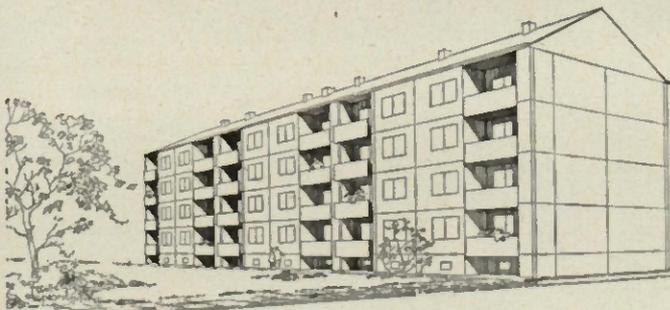
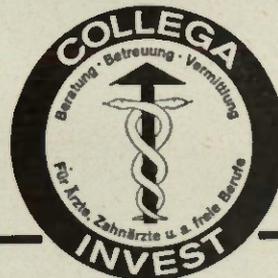
25 Dragées zu 0,35 g · 60 Dragées zu 0,35 g

UZARA-WERK, MELSUNGEN

## COLLEGA-INVEST

Dipl.-Volkswirt Günther Storck

85 Nürnberg, Rleterstr. 6, Tel. (09,11) 3 56 05



WIR BIETEN AN:

**EIGENTUMSWOHNUNGEN**

in der Universitätsstadt

**ERLANGEN** zu einem wirklich günstigen Preis

II. Bauabschnitt:

**Eine einmalig günstige Kapitalanlage!**

**WIR GARANTIEREN:** Moderne 4geschossige Bauweise in bester Neubau-Wohnlage, solide Ausführung, gute Ausstattung. Jede Wohnung hat Balkan, zentrale Heizung und zentrale Warmwasserversorgung.

**Preise:** Mehrwertsteuer eingeschlossen!

Je qm-Wohnfläche von **DM 790.-** bis **DM 810.-**  
(einschließlich Grundstücksanteil-Preis!)

2-Zimmer-Wohnungen mit ca. 63 qm, Preis ca. DM 50 000.-

3-Zimmer-Wohnungen mit ca. 80 qm, Preis ca. DM 63 000.-

4-Zimmer-Wohnungen mit ca. 90 qm, Preis ca. DM 72 000.-

Goroge (auf Wunsch), Preis DM 3800.-.

**Keine** Maklerprovision

**Keine** zusätzlichen Anliegerkosten

**Keine** zusätzlichen Anschlußkosten

**Keine** zusätzlichen Kosten für die Außenanlage

**Keine** Architektengebühren

**Keine** zusätzlichen Baubetreuungskosten

**Keine** zusätzlichen Grundbuch- und Notariatsgebühren.

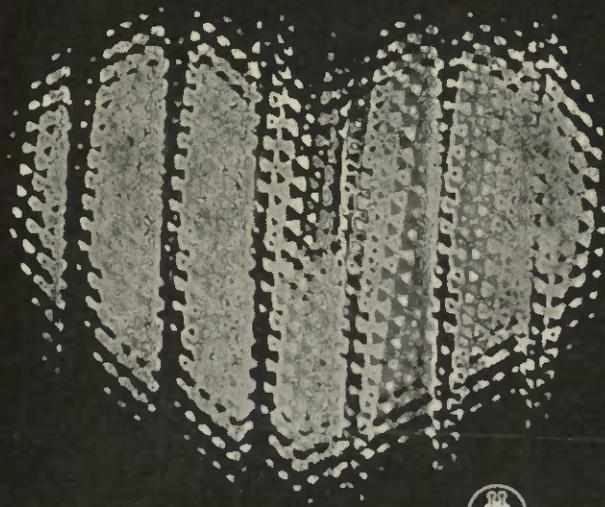
**ALLE STEUERLICHEN VORTEILE MÖGLICH!**

**Fordern Sie umgehend kostenlose Informationsunterlagen an!**

# Confludin®

**kräftigt  
das strapazierte Herz**

**bei  
Stress  
Leistungsknick**



ArzneiMüller  
Bielefeld

10.10—10.40 Uhr:

Prof. Dr. W. Gerok, II. Medizinische Universitätsklinik und Poliklinik Mainz  
„Klinisch-chemische Untersuchungen der Leber und die Möglichkeiten von Plasmaeiweißuntersuchungen“

10.40—11.10 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

11.10—11.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. von Oldershausen, Medizinische Universitätsklinik Tübingen  
„Früherkennung und Klassifizierung diabetischer Stoffwechselstörungen“

11.30—11.50 Uhr:

Prof. Dr. F. Scheiffarth, Vorstand der Abteilung für klinische Immunologie des Universitätskrankenhaus Erlangen-Nürnberg  
„Rheuma-serologische Untersuchungen — Indikation, Durchführung und Beurteilung“

11.50—12.30 Uhr:

Round-table

„Fragen aus der Praxis“ (methodisch)

Gesprächsleitung: Prof. Dr. M. Eggstein, Tübingen, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

12.30—14.30 Uhr:

Mittagspause

14.30 Uhr:

Seminargespräch

Ort: Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz 8/II (Auditorium)

„Aktuelle Fragen des Impfschutzes in der Praxis“

Leitung: Prof. Dr. A. Windorfer, Direktor der Kinderklinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Einzelreferate:

1. Prof. Stöckl, München: „Maßnahmen bei Pockeneinschleppung“
2. ORMR Dr. Drausnick, München: „Die Poliomyelitis-Impfung“ — Bedeutung und Organisation
3. Prof. Vivell, Karlsruhe: „Die Masernimpfung“
4. Prof. Spiess, Göttingen: „Die BCG-Impfung heute“

14.30—15.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film

(Farbtonfilm — M. Woelm, Eschwege)

„Das neue fettlösliche Vitamin-B<sub>1</sub>-Derivat Thiamintetrabydrofurfuryldisulfid (TTED) im pharmakologischen Experiment“

15.00—15.20 Uhr:

Prof. Dr. H. J. Dengler, Direktor an den Medizinischen Kliniken und Polikliniken der Universität Gießen  
„Fortschritte in der Differentialdiagnose des Bluthochdruckes in Klinik und Praxis“

15.20—15.40 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Noelle, Neurologische Universitätsklinik Gießen  
„Diagnostische Maßnahmen bei der Bewußtlosigkeit“

15.40—16.10 Uhr:

Prof. Dr. M. Eggstein, Medizinische Universitätsklinik Tübingen  
„Die Bewertung klinisch-chemischer Daten in der Praxis“

16.10—16.30 Uhr:

Prof. Dr. Dr. S. Koller, Direktor des Institutes für Medizinische Statistik und Dokumentation der Universität Mainz

„Mathematisch-statistische Grundlagen der Diagnostik — Ja und Nein zur sogenannten Computerdiagnose“

16.30—17.00 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

17.00—18.00 Uhr:

Round-table

„Zusammenfassung des Tagesthemas und Beantwortung der eingegangenen Fragen“ (Klinische Aspekte)

Gesprächsleitung: Prof. Dr. H. E. Bock, Tübingen, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

Sonntag, den 26. Mai 1968

**3. Hauptthema:**

**Vegetative Störungen**

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.15 Uhr:

Prof. Dr. H. Bürger-Prinz, Direktor der Psychiatrischen und Nervenlinik und Poliklinik der Universität Hamburg

„Einleitung und Problemstellung“

9.15—9.45 Uhr:

Dr. A. Landolt, Neurochirurgische Klinik der Universität Kantonsspital Zürich

„Fortschritte in der Anatomie des zentralen Nervensystems: das Limbus-System“

9.45—10.15 Uhr:

Prof. Dr. H. v. Dittfurth, Fa. Boehringer & Soehne, Mannheim

„Verhaltensphysiologische und allgemein-biologische Aspekte psychovegetativer Syndrome“

10.15—10.45 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

10.45—11.30 Uhr:

Prof. Dr. L. Delius, Direktor des Gollwitzer-Meier-Institutes an der Universität Münster in Bad Oeynhaus

„Allgemeine Krankheitslehre der psycho-vegetativen Syndrome — Stand und Ausblick“

11.30—12.00 Uhr:

Prof. Dr. P. Christian, Direktor des Institutes und Abteilung für Allgemeine klinische Medizin — Ordinariat für Innere Medizin II — der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg

„Symptomatologie, Beurteilung und Prognose der Problempatienten in der täglichen Praxis“

12.00—12.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. B. Staehelin, Medizinische Universitäts-Poliklinik Kantonsspital Zürich

„Fortschritte in der Therapie psychosomatischer Störungen“

12.30—14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00—14.30 Uhr:

**Wissenschaftlicher Film**

(Farbtonfilm — Bayer AG., Leverkusen)

„Der Schmerz“

14.30—15.00 Uhr:

Prof. Dr. K. Donat, II. Medizinische Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf

„Beurteilung, Differenzierung und Behandlung von nichtorganischen Kreislaufstörungen“

15.00—15.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Döller, Medizinische Klinik der Universität Marburg

„Psychovegetative Syndrome im Gastro-Intestinalbereich in Diagnostik und Therapie“

15.30—16.00 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

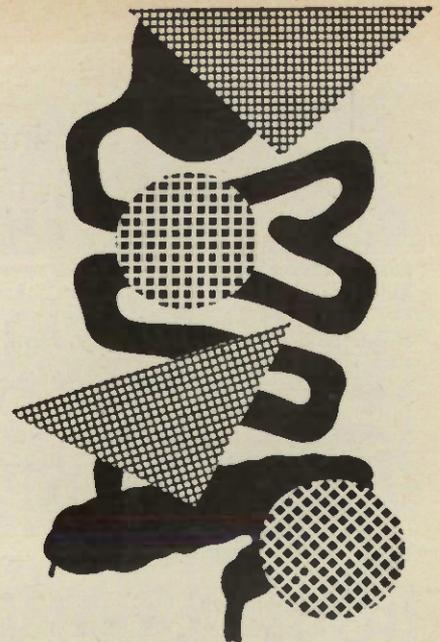
16.00—17.00 Uhr:

**Round-table**

„Fragen aus der täglichen Praxis“

Gesprächsleitung: Prof. Dr. L. Delius, Bad Oeynhaus, unter Beteiligung der Referenten des Tages

Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für Ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a



# SULF redox<sup>®</sup>

## schafft Eubakterie ohne Diät

**Wiederherstellung des Säure-Basen-Gleichgewichtes im Verdauungstrakt, dadurch gesunde Lebensbedingungen für die physiologische Darmflora. Basistherapeuticum der Osteoporose.**

### Indikationen:

Dysbakterie, Gärungs- und Fäulnisdyspepsien, Gastritis, Ulcus ventriculi et duodeni, Hepatopathien, Cholezystopathien, Pankreatopathien, chronisch habituelle Obstipationen, Colico mucoso, Osteoporose, Akne vulg., Stoffwechselstörungen.

O. P. mit 60 Drogées  
Kurpockung 250 Drogées  
Klinikpockungen.

Fordern Sie bitte Muster und Literatur (Sonder, Biedermann, Wolb) on.

Kurt Merz **IOSSA** ARZNEI 6497 Steinau

## Seminar über „Präventive Kardiologie“

vom 17. bis 22. Juni 1968 in Höhenried/Starnberger See

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Halhuber veranstalten die Bayerische Landesärztekammer und die Landesversicherungsanstalt Oberbayern in der Zeit vom 17. bis 22. 6. 1968 in der Klinik Höhenried/Starnberger See ein Seminar über „Präventive Kardiologie“.

Das Seminar soll eine möglichst praxisnahe Einführung in Grundlagen, Möglichkeiten und Probleme der präventiven und poliklinischen Kardiologie bieten, weshalb es wünschenswert ist, daß die Kollegen am Gesamttagessplan der Klinik aktiv teilnehmen. Deshalb wird empfohlen, entsprechende Sportausrüstung (Trainings-, Bade-, Wanderbekleidung) mitzubringen.

Gelegenheit zur „Fitness“-Untersuchung der Teilnehmer ist gegeben.

Teilnehmerzahl: 25

Unterbringung: im „Schloß Höhenried“ innerhalb des Klinikbereiches in Ein- und Zweibettzimmern.

Wohnungs- und Verpflegungskosten pro Tag DM 25.—. Zusätzliche Gebühren werden nicht eingehoben.

### Montag, 17. Juni 1968

8.30 Uhr:  
Frühstück

9.00 Uhr:  
Begrüßung im großen Sitzungszimmer von Schloß Höhenried

9.15 Uhr:  
Halhuber: „Präventive Kardiologie — hier und heute“

11.15 Uhr:  
Führung durch die Klinik

12.30 Uhr:  
Mittagessen

13.00—16.00 Uhr:  
Erholung

16.00 Uhr:  
Hofmann: „Früh- und Funktionsdiagnostik bei chronischen Herz- und Kreislaufkrankheiten“  
Anschließend „Praktikum im Kreislaulabor“\*)

18.30 Uhr:  
Abendessen

19.30—21.00 Uhr:  
Klinische Visite (Patientenvorstellung). Zum Abschluß ein wissenschaftlicher Film

### Dienstag, 18. Juni 1968

7.30 Uhr:  
Teilnahme an der Morgenübung der Patienten (in Sportkleidung)

8.30 Uhr:  
Frühstück

\*)Vor- und nachmittags je eine „Frage-Viertelstunde“: Information aus erster Hand über Präparate der pharmazeutischen Industrie.

9.15 Uhr:

Milz: „Theorie und Praxis der Bewegungstherapie“

10.30 Uhr:

Teilnahme an der Vormittagsübung der Patienten

12.30 Uhr:

Mittagessen

13.00—16.00 Uhr:

Erholung

16.00 Uhr:

Strebel: „Physikalische Therapie bei Herzerkrankungen“

18.30 Uhr:

Abendessen

19.30 Uhr:

Klinische Visite (Patientenvorstellung)

21.00 Uhr:

Sauna-Praktikum

### Mittwoch, 19. Juni 1968

7.30 Uhr:

Teilnahme an der Morgenübung der Patienten (in Sportkleidung)

8.30 Uhr:

Frühstück

9.00 Uhr:

Cardioversionen, anschließend Dillmann: „Therapie bei chronischen Herzrhythmusstörungen“

10.45 Uhr:

Vieheweger: „Diät bei chronisch Herzkranken“

12.30 Uhr:

Mittagessen

13.30—16.00 Uhr:

Erholung

16.00 Uhr:

Wimmer: „Die Erstellung des individuellen Langzeittherapieplans beim Hochdruckkranken“

17.15 Uhr:

M. Lepper: „Einführung in die Varizenverödung“

18.00 Uhr:

Abendessen

19.30 Uhr:

Klinische Visite (Patientenvorstellung), Film

### Donnerstag, 20. Juni 1968

7.30 Uhr:

Teilnahme an der Morgenübung der Patienten (in Sportkleidung)

8.30 Uhr:

Frühstück

9.00 Uhr:

Praktikum in Varizenverödung



zur gezielten Therapie  
der Dysmenorrhoe

durch Spasmolyse im Genitaltrakt  
und zuverlässige Analgesie

# Dismenol

(Parasulfamidobenzoessäure 0,05 g  
Dimethylamino-phenyldimethylpyrazol, 0,25 g)  
AGpharm, Luzern

Hersteller in Deutschland:  
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München

10.00 Uhr:

M. Lepper: „Psychotherapie bei Herz-Kreislauf-Kranken“

11.00 Uhr:

M. Lepper: „Autogenes Training“  
(Einführung und Demonstration)

12.30 Uhr:

Mittagessen

13.00—16.00 Uhr:

Erholung

18.00 Uhr:

von Meyern-Hohenberg: „Probleme der Gesundheitserziehung“

17.00 Uhr:

Teilnahme an Diskussionen mit Patienten zu Fragen der „Gesundheitserziehung“

18.30 Uhr:

Abendessen

19.00 Uhr:

Klinische Visite (Patientenvorstellung), Film

**Freitag, 21. Juni 1968**

7.30 Uhr:

Teilnahme an der Morgenübung der Patienten  
(In Sportkleidung)

8.30 Uhr:

Frühstück

9.00 Uhr:

Lepper, Alf: „Die Betreuung des Diabetikers“

11.00 Uhr:

Oswald: „Die Dauerbetreuung operierter rheumatischer Herzklappenfehler“

12.30 Uhr:

Mittagessen

13.00—16.00 Uhr:

Erholung

16.00 Uhr:

Hofmann: „Der Therapieplan bei der chronischen Herzinsuffizienz“

16.30 Uhr:

Abendessen

19.30 Uhr:

Klinische Visite (Patientenvorstellung), Film

**Samstag, 22. Juni 1968**

7.30 Uhr:

Teilnahme an der Morgenübung der Patienten  
(in Sportkleidung)

8.30 Uhr:

Frühstück

9.00 Uhr:

Praktikum im Kreislauf-Labor

10.30 Uhr:

Gotthardt: **Röntgendemonstrationen** (in der Arztbibliothek mit Fernsehübertragung von Durchleuchtungen)

Anfragen und Anmeldungen: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21 (App. 26)

**Kolloquium für Erkrankungen der Atmungsorgane**

am 22. Juni 1967 in Bad Reichenhall

Die Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane e. V. veranstaltet gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer am 22. 6. 1968 unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. med. H. Valentin in Bad Reichenhall, Staatliches Kurhaus, ein Kolloquium mit dem Thema „**Diagnostik und Therapie der chronischen unspezifischen Atemwegsyndrome**“.

**Programm**

9.15 Uhr:

Begrüßung und Eröffnung

9.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Valentin, Direktor des Institutes für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg  
„**Sozial- und Arbeitsmedizinische Aspekte**“

9.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Otto, Pathologisch-anatomisches Institut der Universität Erlangen-Nürnberg  
„**Pathologische Anatomie**“

10.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. Fruhmänn, Leiter der Lungenfunktionsabteilung der II. Medizinischen Klinik der Universität München  
„**Exogene und endogene Ursachenfaktoren**“

11.00 Uhr:

Prof. Dr. M. Hartung, Anden Universität Merida Sanatorio, Venezuela  
„**Klinik**“

11.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. D. Herberg, Oberarzt der Medizinischen Klinik der Universität Heidelberg  
„**Spirographische Lungenfunktionsanalyse**“

11.50 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. R. Zeilhofer, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Erlangen  
„**Atemmechanische Lungenfunktionsanalyse**“

12.10 Uhr:

Diskussion

15.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. C. W. Hertz, Chefarzt der Inneren Abteilung des Sanatoriums Mühlenberg, Malente  
„**Blutgasanalytische Befunde in der Diagnostik**“

15.20 Uhr:

Dr. H. J. Woitowitz, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg  
„**Plethysmographische Lungenfunktionsanalyse in der Diagnostik**“

16.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Mlczoch, Vorstand der II. Medizinischen Abteilung des Wilhelminen-Spitals, Wien  
„**Medikamentöse Therapie**“**ORIENT-TEPPICHE**

seit 1925

Nichts ist so sehr **Sache des Vertrauens** als der Kauf eines Orient-Teppichs. Das seit **Jahrzehnten** bestehende Fachgeschäft mit seinen **weltweiten** günstigen Einkaufsverbindungen gewährleistet Ihnen bei Ankauf eines Orient-Teppichs mit Sicherheit den **100prozentigen** Gegenwert Ihres Geldes.

Meine **genau kalkulierten** Verkaufspreise, welche auf allen Teppich-Etiketten angegeben werden, sind Einfuhrleistungen ersten Ranges.

**ÜBER 2000 PERSERTEPPICHE ALLER PROVENIENZEN**  
**ORIENT-LÄUFER ALLER LÄNGEN UND BREITEN**  
**BESONDERS GROSSE AUSWAHL IN ÜBERGROSSEN**

**MAX STEINHAUSEN**

8 München 2, Briener Straße 10, Telefon-Sammelnummer 28 40 84  
genau gegenüber Café Luitpold

16.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Drexel, Oberarzt am Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie der Universität München  
„Physikalisch-balneologische Therapie“

17.00 Uhr:

Diskussion

Auskunft: Med.-Dir. Dr. O. P. Schmidt, 8230 Bad Reichenhall, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums Trausnitz der LVA Niederbayern/Oberpfalz, Salzburger Straße

### Amerikanisch-Deutscher Chirurgen-Kongreß

vom 26. bis 29. Juni 1968 in München

Vom 26.—29. 6. 1968 findet im Deutschen Museum in München ein Amerikanisch-Deutscher Chirurgen-Kongreß statt, der als offizielle Tagung des American College of Surgeons in Verbindung mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie durchgeführt wird.

Die örtliche Organisation liegt in den Händen von Professor H. Bürkle de la Camp, Dottingen, und Professor G. Maurer, München. Das wissenschaftliche Programm, an dem internationale Fachleute aus Amerika und Europa auf Aufforderung teilnehmen, wurde von einer amerikanisch-deutschen Kommission unter Leitung der Professoren Longmire, Los Angeles, und F. Linder, Heidelberg, aufgestellt. Kongreßsprachen sind englisch und deutsch.

**Hauptthemen** der Generalsitzungen sind: Kardiovaskuläre Chirurgie, Schock und Trauma, Physiologie und Chirurgie des peptischen Ulkus, Chirurgische Erkrankungen des Pankreas, portale Hypertension und Kinder-Chirurgie.

In weiteren Sondersitzungen werden Probleme der operativen Gynäkologie, der Urologie sowie der plastischen und Wiederherstellungs-Chirurgie abgehandelt. Parallel läuft ein ausführliches medizinisches Filmprogramm sowie eine wissenschaftliche und eine Industrie-Ausstellung.

Jeder approbierte Arzt kann an der Tagung gegen Entrichtung einer Tagungsgebühr von DM 60.— (Sanitätsoffiziere aller Länder DM 40.—) teilnehmen.

Assistenzärzte entrichten keine Tagungsgebühr, sofern sie eine mit Unterschrift des Chefarztes und Stempel versehene Bescheinigung vorlegen.

Auskunft: Professor H. Bürkle de la Camp, 7801 Dottingen über Freiburg im Breisgau;

Professor F. Linder, Chirurgische Universitätsklinik, 6900 Heidelberg (Anmeldung von Filmen);

Professor G. Maurer, Klinikum rechts der Isar, 8000 München 80 (Anmeldung für die wissenschaftliche Ausstellung).

### 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 Anknüpfstelle in Verbindung zu setzen.

Mai 1968:

- 1.—4. 5. in Baden-Baden: Tagung der Süddeutschen Orthopädenvereinigung. Auskunft: Prof. Dr. Breitenfelder, 3500 Kassel, Orthopädische Klinik.
- 2.—3. 5. in London: Gemeinsame Tagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie mit der Neurological Section of the Royal Society of Medicine. Auskunft: Prof. Dr. J. Hirschmann, 7400 Tübingen, Liebermeisterstraße 20.
- 3.—5. 5. in Stuttgart: 5. Internationaler Kongreß für Endoskopie und Röntgenkinematographie. Auskunft: Dr. H. Reuter, 7000 Stuttgart-S, Humboldtstraße 18.
- 4.—5. 5. in Kempten: Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Dr. F. Alt, Riederinstitut, 8000 München 15, Ziemssenstraße 1.
- 4.—5. 5. in Würzburg: Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, gemeinsam mit der Mittelrheinischen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. E. Göltner, 8700 Würzburg, Universitäts-Frauenklinik.
- 4.—9. 5. in Montreux: Seminar der Internationalen Academy of Proctology. Auskunft: Generalsekretariat der Schweizer Ärzteorganisationen, CH-3000 Bern, Sonnenbergstraße 9.
5. 4. in Erlangen: 2. Deutsches Symposium über Mucoviscidose. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. U. Stephan, 8520 Erlangen, Loschgestraße 15.
- 5.—14. 5. in Salsomaggiore-Terme: Internationaler Fortbildungskongreß des European Medicum Collegium (Thema: „Krankheiten von heute“). Auskunft: Oberarzt Dr. med. Doew, 8750 Kaiserslautern, Friedrich-Engels-Straße 25.
- 6.—10. 5. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Oberinnen, Lehrschwestern, Röntgen- und Radium-Schwestern, Med.-techn. Assistentinnen. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 8.—12. 5. in Karlsruhe: 14. Kongreß für Laboratoriumsmedizin. Auskunft: Dr. med. W. Albath, 8700 Würzburg, Katharinengasse 3.
- 10.—12. 5. in München: 2. Oxymetrie-Kolloquium unter der Leitung von Prof. Dr. med. K. Kramer. Auskunft: Sekretariat des Physiologischen Institutes der Universität, 8000 München 15, Pettenkoflerstraße 12.
- 12.—18. 5. in Venedig: Tagung der internationalen Gesellschaft für Prophylaktische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Dr. Heilmeyer, 7900 Ulm, Parkstraße 10.

Aus tropischen Pflanzen

Aus frischen Drüsen

Zur besseren Verdauung



Dr. Schwab G.m.b.H. München 80

Original-Packung = 60 Tabletten  
Doppel-Packung = 120 Tabletten

ARBUZ

- 14.—16. 5. in Fürstenfeldbruck: 14. Flugmedizinische Arbeitstagung. Auskunft: Dr. Kirchhoff, Flugmedizinisches Institut der Luftwaffe, 8030 Fürstenfeldbruck, Fliegerhorst.
- 15.—19. 5. in Berlin: 16. Deutscher Kongreß für Ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 1000 Berlin 41, Klingensorstraße 21.
- 17.—18. 5. in Ulm: 13. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie. Auskunft: Dozent Dr. H. Heimpeil, 7900 Ulm, Steinhövelstraße 9.
- 17.—22. 5. in Wiesbaden: 71. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 16.—18. 5. in Salzburg: Fortbildungstagung der Salzburger Ärzte-Gesellschaft gemeinsam mit der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“. Auskunft: Dr. H. Mösl, A-5020 Salzburg, Landeskrankenanstalten.
- 22.—24. 5. in Prag: Otorhinolaryngologische Konferenz mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft J. E. Purkyne, Sokolská 31, Praha 2 (CSSR).
- 23.—26. 5. in Regensburg: 40. Fortbildungskurs des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung. (Themen: „Fortschritte bei Herzerkrankungen, Allergie, Psychovegetative Syndrome“). Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.
- 24.—25. 5. in Nürnberg: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. Auskunft: Chefarzt Dr. H. Kaiser, 8900 Augsburg, Westkrankenhaus.
- 26.—30. 5. in Bad Reichenhall: 39. Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-, Nasen-, Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Dr. G. Eigler, 6300 Gießen, Univ.-HNO-Klinik.
26. 5.—8. 6. in Montecatini-Terme: 6. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Rehabilitation als Aufgabe der ärztlichen Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1.
- 27.—28. 5. in Hamburg: 32. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Prof. Dr. med. Rehn, 4630 Bochum, „Bergmannsheil“.
- 27.—31. 5. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
28. 5.—1. 6. in Stresa: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. Auskunft: Prof. Dr. O. Hofer, Foro Buonaparte 59, Milano (Italien).
31. 5.—15. 6. in Grado: 16. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Rehabilitation als Aufgabe der ärztlichen Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

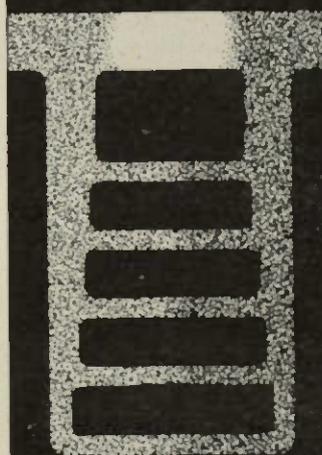
#### Juni 1968:

- 2.—17. 6. in Westerland: 9. Seminar für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Internationales Sekretariat für ärztliche Fortbildung e.V., 2060 Bad Odesloe, Hude 1.
- 5.—7. 6. in Prag: Sexuologische Konferenz mit internationaler Beteiligung. Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, J. E. Purkyne, Sokolská 31, Praha 2 (CSSR).
- 5.—8. 6. in Bonn: 66. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, 5000 Köln-Mülheim, Elisabeth-Breuer-Straße 5.

# Ossidal®

## das gefahrlose Antithrombotikum

- steigert die Durchblutung im nutritiven Kapillarnetz
- fördert den Stoffaustausch an den Gefäßwänden durch Freilegung der Diffusionswege
- erschließt zusätzlich Kollateralen
- schwemmt Stauungsödeme aus
- wirkt antiphlogistisch



Arznei Müller  
Bielefeld

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

- 5.—7. 6. in Heidelberg: Rehabilitationskongreß „Rehabilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz“. Auskunft: Med.-Dir. Dr. J. F. Schoiz, 7000 Stuttgart, Hölderlinstraße 38.
- 6.—9. 6. in Hamburg: Deutscher Röntgenkongreß 1966. Auskunft: Prof. Dr. F. Gauwerky, 2000 Hamburg 1, Lohmühlenstraße 5.
- 7.—6. 6. in Göttingen: 3. Kongreß der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. W. Creutzfeldt, 3400 Göttingen, Humboldtallee 1.
- 6.—9. 6. in Baden-Baden: Fachkongreß der Vereinigung Süddeutscher Neurologen und Psychiater. Auskunft: Frau A. Müller, 7570 Baden-Baden, Marla-Viktoria-Straße 33.
- 14.—15. 6. in Freiburg: 9. Tagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Prof. Dr. A. Thelen, 7800 Freiburg, Mercystraße 6—14.
- 14.—15. 6. in Ulm: Tagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Doz. Dr. V. Hlemeyer, 7900 Ulm, Parkstraße 10.
- 17.—22. 6. in Höhenried/Starnberger See: Seminar über „Präventive Kardiologie“. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85.
- 16.—21. 6. in Amsterdam: 3. Kongreß der Europäischen Ophthalmologie-Gesellschaft. Auskunft: Secretariat of the 3rd Congress of the European Society of Ophthalmology, c/o Holland Organizing Centre, 16 Lange Voorhout, The Hague.
- 16.—21. 6. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 6042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
16. 6.—5. 7. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 6042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 19.—21. 6. in Saarbrücken: 16. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: Med.-Dir. Dr. KläB, 6510 Fürth, Blumenstraße 22.
22. 6. in Bad Reichenhall: Kolloquium für Erkrankungen der Atmungsorgane. Auskunft: Med.-Dir. Dr. O. P. Schmidt, 6230 Bad Reichenhall, Sanatorium Tausnitz, Salzburger Straße.
22. 6. in Karlsruhe: Wissenschaftliches Seminar der Internationalen Akademie für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. med. V. Becker, 7500 Karlsruhe, Moltkestraße 14/16.
- 22.—23. 6. in Gießen: 2. Ärztlicher Fortbildungskurs über Fragen der Kontrazeption. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchheimstraße 10.
- 24.—26. 6. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 6042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 24.—29. 6. in Innsbruck: Einführungskurs in die Hämatologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6020 Innsbruck.
- 24.—29. 6. in Wien: XI. Kongreß der Internationalen Vereinigung der Ärztinnen. Auskunft: Sekretariat der Wiener Medizinischen Akademie, Stadlongasse 6—8, A-1010 Wien.
- 26.—29. 6. in München: Amerikanisch-Deutscher Chirurgenkongreß. Auskunft: Prof. Dr. H. Bürkle de la Camp, 7601 Döttingen.
- 27.—29. 6. in Heigoland: 71. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin. Auskunft: Dr. F. Laessing, 2190 Cuxhaven, Altenwalder Chaussee 49.
- 28.—30. 6. in Solothurn: Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Generalsekretariat der Schweizer Ärzteorganisationen, Sonnenbergstraße 9, CH-3000 Bern.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 6000 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 und 5% Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 60 61, Fernschreiber: 05 23662. Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschlinger, München.



Druck: Richard Pflaum Verlag München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung 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.

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln



**Ergo-Kranit**®-Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum auf Secale-Basis

**Migräne-Kranit**®-Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum