

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 10

Oktober 1968

23. Jahrgang

21. Bayerischer Ärztetag in Bad Kissingen

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer am 11./12./13. Oktober 1968

- Tagungsort:** Graßer Saal des Regentenbaues
- Eröffnung des Ärztetages:** Freitag, den 11. Oktober 1968, 19.30 Uhr, im Graßen Saal des Regentenbaues
- Beginn der Arbeitstagungen:** Samstag, den 12. Oktober, und Sonntag, den 13. Oktober 1968, jeweils um 9.00 Uhr s. t. im Graßen Saal des Regentenbaues
- Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt, zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben. Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.
- Tagesordnung:**
1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
 2. Rechnungsabschluß 1967 und Varanschlag 1969
 3. Entwurf einer Weiterbildungsordnung
 4. Entwurf einer Berufsordnung für die deutschen Ärzte
 5. Benennung eines Nachfolgers für den verstorbenen Stellvertreter des nichtrichterlichen Beisitzers des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht, Herrn Dr. Bickel, Augsburg
 6. Wahl des Tagungsortes des 22. Bayerischen Ärztetages 1969

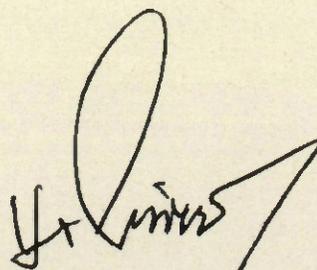
Unterfranken grüßt die Teilnehmer des 21. Bayerischen Ärztetages

Die bayerische Ärzteschaft ist zu ihrem 21. Ärztetag nach Unterfranken gekommen. Im Namen der Regierung heiße ich alle Teilnehmer hier herzlich willkommen. Gleichzeitig möchte ich meiner Freude Ausdruck verleihen, daß Sie Bad Kissingen als Tagungsart gewählt haben.

Der diesjährige Bayerische Ärztetag wird sich neben wichtigen gesundheitspolitischen Fragen wiederum den aktuellen Problemen der vorbeugenden Gesundheitspflege widmen. In einer Zeit wie der heutigen, in der die Bevölkerung vielfältigen Reizen in psychischer und physischer Hinsicht ausgesetzt ist, bedarf jeder einzelne einer präventiven und gesundheitlichen Betreuung und Beratung.

Mit der Gesundheit jedes einzelnen steht und fällt aber auch die Gesundheit des ganzen Volkes. Darum sollte auf Ihrem Kongreß neben der wissenschaftlichen Behandlung wichtiger Gesundheitsfragen der Appell an jeden einzelnen gerichtet werden, in bewußter Selbstverantwortlichkeit alle persönlichen Mittel und Kräfte für die Erhaltung und Förderung seiner Gesundheit einzusetzen. Der Staat sollte dem Bürger durch gesetzliche Maßnahmen den gesundheitlichen Schutz sicherstellen, den er bei der stürmischen Entwicklung der Industrie, der Chemie und der Kernenergie, der Zivilisation schlechthin, sich nicht selbst geben kann.

Ich wünsche den Bemühungen der bayerischen Ärzteschaft um die Gesunderhaltung des einzelnen und der Allgemeinheit einen guten Erfolg und möchte die Hoffnung aussprechen, daß der 21. Bayerische Ärztetag wiederum einen Schritt weiterführt auf dem als richtig erkannten Weg, nämlich durch vorbeugende Gesundheitspflege die Gesundheit unseres Volkes nachhaltig zu schützen.



Dr. Meixner
Regierungspräsident



Bad Kissingen grüßt die Teilnehmer des 21. Bayerischen Ärztetages

Es ist für mich eine besondere Freude, daß der 21. Bayerische Ärztetag in Bad Kissingen stattfindet, dem als Kur- und Badeort das Wohl des kranken Menschen seit je am Herzen liegt und das deshalb am ärztlichen Wirken zur Wiedergenesung und Gesunderhaltung besonders interessiert ist.

So begrüße ich alle Teilnehmer und Gäste auf das herzlichste und darf meiner Erwartung Ausdruck geben, daß sich die Tagung in Diskussion und Erfahrungsaustausch als fruchtbar und nutzbringend erweisen möge.

Es würde mich besonders freuen, wenn Sie über die fachliche Arbeit hinaus Zeit und Muße fänden, einige angenehme, erhalsame Tage in unserem schönen Bad Kissingen zu verleben und als freundliche Erinnerung mitzunehmen.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Dr. Weiß'.

Dr. Weiß, MdL
Oberbürgermeister



An den 21. Bayerischen Ärztetag

Die Staatliche Kurverwaltung begrüßt die Teilnehmer des 21. Bayerischen Ärztetages in Bad Kissingen auf das herzlichste. Ich freue mich, daß einmal mehr ein Ärztekongreß das weltbekannte Heilbad an der fränkischen Saale als Tagungsart gewählt hat.

Der diesjährige Kongreß befaßt sich auch mit aktuellen Fragen der vorbeugenden Medizin. Dieses Problem, mit dem sich die Heilbäder unter dem Gesichtspunkt der „vorbeugenden Kur“ seit langem beschäftigen, ist für unsere Zeit, in der die meisten Berufstätigen über Gebühr beansprucht werden, von großer Wichtigkeit. Ich hoffe, daß der Bayerische Ärztetag mit dazu beiträgt, uns einen weiteren Schritt in unseren gemeinsamen Bestrebungen auf dem Gebiet der Prävention voranzubringen.

Ich bin überzeugt, daß der Aufenthalt in Bad Kissingen allen Teilnehmern in einem umfassenden Erfahrungsaustausch wertvolle Anregungen bringen wird. Darüber hinaus wünsche ich den Kongreßteilnehmern frohe Stunden und einen erholsamen Aufenthalt in unserer schönen Badestadt Bad Kissingen.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Gäbig'.

ORR Dr. Gäbig
Staatlicher Kurdirektor



Grußwort zum Bayerischen Ärztetag

Nach dem so erfolgreich verlaufenen 20. Bayerischen Ärztetag, welchen unsere Landeshauptstadt München beherbergte, haben wir unseren Weg durch die bayerischen Lande wieder fortgesetzt. Das traditionsreiche und angesehene Heilbad Kissingen empfängt die Delegierten der bayerischen Ärzteschaft zum 21. Ärztetag. Die Beratungsgegenstände sind von weitreichender standespolitischer Bedeutung. Es geht um eine Neufassung der Bestimmungen über die Weiterbildung unserer Ärzte, wobei der Einführung eines Weiterbildungsganges zum Arzt für Allgemeinmedizin ganz besonderes Interesse zukommt. Aber auch die allgemeinen Bestimmungen unserer Berufsordnung befinden sich in Überarbeitung und bedürfen deshalb der Beratung durch die Delegierten. Ich hoffe, daß wir in der Ruhe des Badeortes zu fruchtbaren Beratungsergebnissen kommen werden.

Mit diesem Wunsch verbinde ich meinen herzlichen Willkommensgruß an alle Mitglieder des Bayerischen Ärztetages, an die Gäste aus Bayern und an die Kollegen der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern der Bundesrepublik, welche uns, einer Tradition folgend, auch in diesem Jahre besuchen werden. Ein besonders herzlicher Gruß gilt wie immer den Arztfrauen, die uns auch heuer wieder den freien Rahmen für unsere ersten Beratungen geben werden.

Professor Dr. Sewering

Präsident der Bayerischen Landesärztekammer



Herzlich willkommen in Bad Kissingen

Mir einem herzlichen Grüß Gatt heißen die unterfränkischen Ärzte die Bayerische Landesärztekammer mit ihren hahen Gästen zum viertenmal in Mainfranken willkommen.

Nicht das aus Schutt und Asche im alten Glanze wiedererstandene Würzburg, dessen baracke Prunkbauten, Kunst- und Kulturstätten Ihnen allen ja bekannt sind, wird dieses Mal den Rahmen für den Bayerischen Ärztetag abgeben.

Wir haben etwas weiter im Narden, im Varland der Rhän, für Sie Quartier gemacht, im lieblichen Tal der fränkischen Saale, dart wa Frankens berühmte Heilquellen sprudeln. Umrahmt van bewaldeten Höhenzügen und eingebettet in Garten- und Grünanlagen liegt das bayerische Staatsbad Bad Kissingen, eine Insel des Friedens und der Ruhe, zu der der Welten Lärm nach keinen Zutritt hat. In dieser friedlichen Landschaft entstanden die weitläufigen Kuranlagen und madernen Sanatorien, in denen Jahr für Jahr tausend und abertausend Kranke Gesundung und Genesung suchen und finden.

Weltbad mit allem Kamfart und dach Kleinstadt bestimmen das Fluidum und die Intimsphäre van Bad Kissingen, van der wir wünschen mächten, daß sie sich auf alle Teilnehmer des 21. Bayerischen Ärztetages übertragen mäge, auf daß die Harmanie entstehe, die Landschaft, Bevölkerung und ihre Kranken und Gäste sa glücklich verbindet.

Den Beratungen des Bayerischen Ärztetages aber, die in ihrem Hauptthema für lange Jahre die Richtlinien für die Weiterbildung der bayerischen Ärzte erarbeiten und festlegen sallen, wünschen wir ein Ergebnis, dem auch unser junger Nachwuchs vall zuzustimmen bereit ist.

Dr. A. de l'Espine

1. Varsitzender des Ärztlichen
Bezirksverbandes Unterfranken



Bad Kissingers Ärzte grüßen den 21. Bayerischen Ärztetag

Im Namen der Ärzteschaft des Ärztlichen Kreisverbandes Bad Kissingen heiÙe ich die Ehrengäste, den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und die Delegierten sowie ihre Damen zum 21. Bayerischen Ärztetag in Bad Kissingen auf das herzlichste willkommen.

Die Nachricht, daß der 20. Bayerische Ärztetag in München einstimmig beschlossen hat, den 21. Bayerischen Ärztetag vom 11. bis 13. Oktober 1968 in Bad Kissingen abzuhalten, wurde nicht nur von uns Ärzten, sondern auch von der Stadt Bad Kissingen, der Staatlichen Kurverwaltung, der Bäderverwaltung und der Bevölkerung freudig begrüÙt. Gerade die Ärzte eines großen und bekannten Kurortes sind für jede Gelegenheit dankbar, bei der sie mit möglichst vielen Kollegen Fühlung nehmen können und bei welcher dieselben den Kurort und seine Einrichtungen aus eigener Anschauung näher kennenlernen können.

Wir wünschen dem 21. Bayerischen Ärztetag eine recht erfolgreiche standespolitische Arbeit, der gerade in der heutigen Zeit eine große Bedeutung zukommt, und allen Teilnehmern auch ein paar nette Stunden der Begegnung und Entspannung.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'M. Platzer'.

Dr. Max Platzer
1. Vorsitzender des Ärztlichen
Kreisverbandes Bad Kissingen

Die Entwicklung des Heilbades Bad Kissingen

— ein medizingeschichtlicher Rückblick —

Von Reinhard Jaup

Die Geschichte der Heilquellen von Kissingen reicht offenbar bis in das 1. Jahrhundert n. Chr. Geburt zurück. Die von dem römischen Geschichtsschreiber Tacitus ausführlich geschilderte Schlacht um Salzquellen im Jahre 58 scheint sich im Saaletal abgespielt zu haben. Urkundlich belegt sind die Salzquellen um Kissingen durch Fuldaer Urkunden, im frühen 9. Jahrhundert. Im 16. Jahrhundert wird erstmalig über die Badekur in Kissingen berichtet. Der Würzburger Fürstbischof Konrad von Bibra erließ Vorschriften zur besseren Unterkunft und Verpflegung der hier weilenden Kurgäste. Die erste Beschreibung von Bad Kissingen finden wir in einem 1571 in Straßburg erschienenen Buch des Arztes Gallus Etschenreuther. Etwa zur gleichen Zeit befaßte sich ein Leibarzt Kaiser Rudolfs II. mit den Heilwirkungen der Kissinger Quellen. Professor Thomas Erastus, der an der Universität Heidelberg lehrte und Kissingen persönlich kannte, äußerte sich in einem ausführlichen Gutachten über die Trinkkur und empfahl die Heilquellen „zur Purgierung des Leibes“ und als Badekur „zur Sterkung der Glider“.



Trinkhalle

Foto: C. L. Schmitt, München

Aber erst im 18. Jahrhundert entwickelte sich das Bad an der fränkischen Saale vom mittelalterlichen Wildbad zum höfischen Modebad. Diese Entwicklung hatte es in erster Linie den sehr aufgeschlossenen Fürstbischöfen von Würzburg zu verdanken. Der weltbekannte Rakoczybrunnen wurde von Balthasar Neumann, dem berühmten Baumeister des Barocks, entdeckt. Im Jahre 1737 beauftragte der damalige Fürstbischof von Würzburg, Friedrich Karl von Schönborn, seinen Hofarchitekten mit der Neufassung der Kissinger Quellen. Da der alte Badbrunnen durch Überschwemmungen der Saale häufig verunreinigt wurde,

sollte Abhilfe geschaffen werden. Balthasar Neumann sah sich die Sache an und beschloß, den Flußlauf um 25 Fuß westwärts zu verlegen und das Gelände für den geplanten neuen Kurpark dabei gleich um 7 Fuß zu erhöhen. Während der Arbeiten sprudelte in dem trockengelegten Flußbett zu seinem Erschrecken plötzlich eine starke Quelle auf. Der Apotheker Boxberger, der dem Rat der Stadt angehörte, nahm einige Proben davon mit nach Hause, untersuchte sie und stellte fest, daß dieses Wasser einen viel höheren Mineralgehalt hatte als der Badbrunnen. Man beschloß daher, die Quelle zu fassen und für Heilzwecke zu verwenden. Dabei stieß man auf eine alte Fassung, die darauf schließen ließ, daß die Quelle schon früher im Flußbett genutzt worden, aber wieder in Vergessenheit geraten war. Sie wurde nach dem damals kurz vorher verstorbenen ungarischen Freiheitshelden Rakoczy benannt. Fürstbischof Schönborn ließ auch den Kurgarten anlegen, das Kurhaus bauen und die Saline erneuern.

Mit der Säkularisation endete die Herrschaft der Fürstbischöfe und damit auch eine glanzvolle Epoche der Entwicklung von Kissingen. Die kriegerischen Auseinandersetzungen unter Napoleon beeinflussten natürlich das Leben in dem kleinen Heilbad. Die Besucherzahl sank auf wenige hundert Gäste im Jahr. Quellen und Kuranlagen verfielen.

Im Jahre 1814 kam Bad Kissingen endgültig zum Königreich Bayern. Damit begann eine neue einhundert Jahre anhaltende Blütezeit unter der Regierung der Wittelsbacher. Kissingen nahm dank der Förderung der neuen Landesherren einen neuen und imponierenden Aufstieg. Bereits während der Regierungszeit König Maximilians I. wurden zahlreiche Verbesserungen und Verschönerungen im Kurgarten, an den Quellen und im Kurhaus durchgeführt. König Ludwig I. ließ von dem bekannten Münchener Architekten Professor von Gärtner ein Konversationshaus mit prachtvollen Säulengängen errichten. Noch heute bewundern unsere Gäste den Arkadenbau mit dem kleinen Kursaal, der sich architektonisch dem Kurgarten so geschmackvoll anschließt. Zum Schutze der beiden Trinkquellen RAKOCZY und PANDUR wurde damals ein eiserner Pavillon errichtet, der erst Anfang dieses Jahrhunderts abgerissen und durch eine neue Brunnenhalle ersetzt wurde. Der große Kurpark — der Luitpoldpark — wurde in seiner heutigen Größe damals neu geschaffen. Unter der Herrschaft von König Maximilian II. wurde über dem Salinensprudel ein Badehaus, das sogenannte Salinenbad, errichtet, das bis Ende des letzten Krieges benutzt wurde. Hier hat u. a. Kissingens berühmtester Kurgast des letzten Jahrhunderts, Reichskanzler Fürst Otto von Bismarck, während seiner 15 Kuraufenthalte gebadet. Unter König Ludwig II. wurde Kissingen zu einem Welt- und Diplomatenbad. Kaiser, Könige und viele bekannte Persönlichkeiten gaben sich in dem unterfränkischen Heilbad ein Stelldichein. Das heutige Luitpoldbad, die Vergrößerung der Badeanstalten beim Kurhaus und an der Saline, ein Umbau des Kurhauses



Beromycin[®]-Suspension

Als Fertigsaft
wohlschmeckend,
einfach dosierbar,
wirtschaftlich.

Kasuspackungen
für Erwachsene und Kinder:
Fertigsaft 100 ml und 50 ml
(jeweils mit Meßlöffel)

Unser Beromycin-Programm
erfüllt alle therapeutischen
Forderungen:

Beromycin[®]-Mega
zur hochdosierten oralen
Penicillin-Therapie
1 Tablette enthält 1 Million
I.E. Penicillin-V-Kalium

Beromycin[®] 400
Tabletten, Granulat

Beromycin[®]
Tabletten

Boehringer
Ingelheim



und der Bau eines Kursaalrestaurants mit Spiel- und Lesesälen fallen unter die Regierungszeit Ludwigs II. Die Glanzzeit Kissingsens fiel aber unter die anschließende Regentschaft des Prinzen Luitpold von Bayern, der 20 Millionen Goldmark zur Modernisierung seines Staatsbades ausgab. In diese Zeit fiel die Neubohrung einer neuen, besonders kohlenensäurehaltigen Heilquelle, des Luitpoldsprudels, der Bau eines neuen Theaters, die Errichtung von Tennisanlagen und eines Golfplatzes. Der eiserne Trinkpavillon wurde abgetragen und an seiner Stelle eine weitläufige Wandel- und Quellenhalle errichtet. Obwohl diese Anlage vor über 50 Jahren errichtet wurde, ist sie von einer fast zeitlosen Architektur und wurde mit einer Weitsicht gebaut, so daß sie sicher noch weitere 50 Jahre ihren Zweck voll auf erfüllen wird. Den Abschluß der Neubauten bildet das von Professor Littmann erbaute große Kurhaus, der Regentenbau mit seinem herrlichen holzgetäfelten Konzertsaal.

Bekanntlich hängt der Name eines Heilbades von dem Ruf der dort ordinierenden Badeärzte ab. Kissingen konnte sich ausgangs des letzten Jahrhunderts glücklich schätzen, eine Reihe berühmter Kurärzte zu haben. Zu dieser Zeit wurden auch die ersten Sanatorien errichtet, da man erkannt hatte, daß schwerere Krankheitsfälle auch während eines Kuraufenthaltes klinischer Behandlung bedurften. Die Sanatorien Dapper, Koczikowsky und Leusser waren wohl die bekanntesten, und sie existierten noch bis in die jüngste Zeit. Ein besonderes Verdienst erwarben sich diese Sanatorien um die Entwicklung und den Ausbau einer zweckmäßigen Diät, und es ist nicht genügend bekannt, daß gerade die Küchen dieser Sanatorien auf dem Gebiete der Diätetik hervorragende Pionierarbeit geleistet haben. Manche Krankenhaus- oder Klinikküche konnte sich bezüglich der Diät kaum mit diesen messen. Medizingeschichtlich interessant ist auch die über Jahre hinweg übliche Ordination der Kurärzte im Kurgarten. An einer bestimmten Stelle im Kurgarten konnten die Gäste ihren Arzt sprechen und um Rat fragen. Die Kurärzte hatten die Möglichkeit, nützliche Hinweise auf Änderung der Trinkmengen und der Trinkquellen ihren Patienten zu geben. Mit einer gewissen Wehmut erinnert sich der heutige Badearzt an jene idyllischen Zeiten bei der morgendlichen Trinkkur. Mit dem Ende des ersten Weltkrieges und dem damit verbundenen Sturz der bayerischen Monarchie ging 1918 diese glanzvolle Epoche Bad Kissingsens zu Ende, aber bald bemühte sich der bayerische Staat zusammen mit der Badepachtgesellschaft, den Ruf Kissingsens als führendes deutsches Heilbad zu festigen. Das Kurhotel wurde umgebaut und im Jahre 1926 wurde neben dem Luitpoldbad ein neues Badehaus, das Kurhausbad, errichtet. Eine neue Blütezeit setzte ein, die aber mit dem zweiten Weltkrieg ein noch schlimmeres Ende fand als 1918, so daß man um die Zukunft des Heilbades besorgt war. Lange Zeit waren wertvolle Kureinrichtungen von den Besatzungstruppen besetzt, ebenso war der Bettenraum für den Kurgast durch die Belegung der großen Häuser mit Heimatvertriebenen äußerst beschränkt. Wiederum hatte der bayerische Staat Millionen aufgewendet, um die Kuranlagen zu restaurieren, zu modernisieren und zu erweitern. Ein großes Freischwimmbad, ein Hallenschwimmbad und Neubauten von Sanatorien und Kliniken sind Marksteine der Entwicklung Bad Kissingsens in jüngster Zeit. Eine

Spezialklinik für Leberkranke wurde 1966 erbaut. Dieser Klinik wurde eine balneologische Forschungsstelle angeschlossen, die im Jahre 1968 ihre Arbeit aufnahm.

Wenden wir uns nun den Kurmitteln und den Kureinrichtungen zu, so müssen in erster Linie die Heilquellen genannt werden. Es sind eisenhaltige Natriumchlorid-Säuerlinge. Zu den bereits genannten Quellen, dem RAKOCZY und dem PANDUR, kommt noch eine dritte Trinkquelle, der MAXBRUNNEN, hinzu. Die Badequellen liegen Saale aufwärts, der Runde Brunnen oder Solesprudel, der Schönbornsprudel und der Luitpoldsprudel. Diese Quellen dienen vorwiegend der Badekur, sie werden als Kohlenensäure-Solbäder oder Sprudelbäder in den beiden großen Badeanstalten des Staatsbades abgegeben und können dort als wohldosiertes Kurmittel vom Badearzt verordnet werden.

Zu den natürlichen Kurmitteln Bad Kissingsens gehört auch das Moor, das aus einem Hochmoor der Rhön unweit der Wasserkuppe gewonnen wird. Dieses Moor wird nicht nur für Moortell- und -teillbäder, sondern auch für Moorpäckungen verwendet. In beiden Badehäusern sind eine Reihe von zusätzlichen Kureinrichtungen untergebracht, soweit für die Durchführung einer Kissinger Kur notwendig. Es sind dies CO₂-Trockengasbäder, Anlagen für Unterwasserstrahlrückenmassagen, Bürstenbäder mit anschließender Wechseldusche, ein römisch-irisches Dampfbad mit seinen verschiedenen Abteilungen. Es besteht ferner die Möglichkeit, Massagen, Atemgymnastik und krankengymnastische Behandlungen sowohl in den Badehäusern als auch ambulant zu verordnen. Zu den natürlichen Kureinrichtungen gehört auch noch das große Gradierwerk an der Saline sowie ein Netz gepflegter Spazierwege, das die ärztliche Verordnung dosierter Spaziergänge im Sinne einer Terrainkur ermöglicht. Ein kleines, aber modern eingerichtetes Inhalatorium steht unseren Gästen ebenfalls zur Verfügung.

Zu den Kureinrichtungen im weiteren Sinne gehören vorbildliche Sportanlagen für Schwimmen, Tennis, Reiten, Golf, Leichtathletik. Der Vielzahl von Kurmitteln und Kurmöglichkeiten entspricht ein breites Band von Heilanzeigen.

Aus Gründen der Tradition müssen die Erkrankungen des Magen-Darmkanals an erster Stelle genannt werden. Kissingen war noch bis zur Jahrhundertwende das führende Magen-Darmbad Deutschlands. Entsprechend unseren heutigen Erkenntnissen über die große Rolle des Vegetativums beim Entstehen von Magen-erkrankungen steht nicht mehr ausschließlich die lokale Behandlung, etwa durch die Trinkkur, im Vordergrund, sondern Trinkkur, Diät, Päckungen und Solebäder, sinnvoll aufeinander abgestimmt, bilden die Grundlage der badeärztlichen Verordnung.

Als zweite Hauptindikation müssen die Herz- und Gefäßerkrankungen genannt werden. Mit der Erbohrung des stark kohlenensäurehaltigen Luitpoldsprudels im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts bot sich auch für Bad Kissingen die Möglichkeit, die in Bad Nauheim vorliegenden Erfahrungen über den Einfluß dieser Bäder bei Herz- und Kreislaufkranken zu nutzen. Im Laufe der letzten Jahre hat wegen der Zunahme dieser Krankheitsgruppe diese Indikation immer mehr an Bedeutung gewonnen. Das bei dem Gebrauch von CO₂-haltigen Bädern sich vollziehende Gefäßtraining wird

heute mit großem Nutzen nicht nur zur Therapie von Kreislaufstörungen und Schäden am Herz-Kreislaufsystem, sondern auch zur Prophylaxe herangezogen. Eine entsprechende Diät — besonders bei Übergewicht und Störungen des Fettstoffwechsels — sowie Terrainkuren unterstützen wirksam die notwendige Rehabilitation.

Die dritte Hauptindikation ist die Behandlung der Erkrankungen der Gallenwege und der Leber. Eine choleretische Wirkung der Kissinger Heilquellen war den alten Badeärzten bereits in früheren Jahrzehnten schon aufgefallen. Experimentelle Untersuchungen in jüngster Zeit haben diese empirischen Erfahrungen bestätigt. Die Dyskinesie der Gallenwege und auch manche Formen der Cholelithiasis stellen eine Domäne der Kurortbehandlung dar. Bei den Lebererkrankungen steht ohne Zweifel die Behandlung mit viel Ruhe, der entsprechend strengen Diät und zweckmäßigen Medikamenten an erster Stelle. Aber auch bei vielen Lebererkrankungen, bei denen keine Entzündungserscheinungen des Leberparenchyms mehr nachweisbar sind und die so häufig mit Störungen der Gallensekretion einhergehen, sind vorsichtig dosierte Kurmaßnahmen angezeigt.

Die Erkrankungen des Stoffwechsels bilden eine weitere Gruppe von Krankheiten, die in Kissingen oft angetroffen wird. Die Fettsucht, der Diabetes und neuerdings auch wieder die Gicht gehören zu dieser Gruppe. Durch eine sinnvolle Kombination von Diät, Medikamenten und ortsgebundenen Kurmitteln kann auch hierbei sehr wirksam geholfen werden.

Die Erkrankungen des Bewegungsapparates — sowohl solche des rheumatischen Formenkreises als auch Abnutzungsschäden an Wirbelsäule und Gelenken — sind sehr oft als Zweitkrankheit bei unseren Patienten anzutreffen. Wir sind daher glücklich, daß es die Vielzahl unserer Kurmittel ermöglicht, auch diese Erkrankungen mit Erfolg zu behandeln.

Bad Kissingen blickt mit berechtigtem Stolz auf seine lange Geschichte als Heilbad zurück. Man hat es hier verstanden, die Tradition zu erhalten und aus ihr zu lernen, man hat aber auch in einer glücklichen Weise Altes mit Neuem verbunden zum Wohle der Heilung suchenden Kranken.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Reinhard Jaup, Facharzt für Innere Krankheiten, 8730 Bad Kissingen, Ludwigstraße 9

Medikamente zur Erst- und Zweit-Prävention der ischämischen Herzkrankheit*)

Von M. J. Halhuber

Übersicht

1. Mittelbare medikamentöse Erst- und Zweit-Prävention durch Langzeittherapie von Grundleiden, die als Risikofaktoren für Infarkte in Frage kommen.
 - a) Hochdruckkrankheit
 - b) Diabetes mellitus
 - c) Schilddrüsenstörungen
 - d) chronische Infekte
2. Unmittelbare medikamentöse Erst- und Zweit-Prävention der Arteriosklerose im allgemeinen?
 - a) Östrogene (z. B. Premarin®)
 - b) Androgene (z. B. Testoviron®)
 - c) Thyreoidea und ihre Analoga (z. B. Dethyrona®)
 - d) Nikotinsäure (z. B. Ronicol)
 - e) Sitosterol (z. B. Cytellin®)
 - f) Ciofibrat (z. B. Regelan®, Atromid®-S)
 - g) Cholestramin (z. B. Cuemid®, Questran®)
 - h) Linoisäure und essentielle Phospholipide (z. B. Lipostabil)
 - i) Heparin (z. B. Liquemin)
 - j) andere Antikoagulantien (z. B. Sintrom)
3. Unmittelbar „lokal“ wirksame medikamentöse Erst- und Zweit-Prävention der ischämischen Herzerkrankung?
 - a) sogenannte koronarwirksame Mittel
 - aa) Nitrite mit Langzeiteffekt (z. B. Nitro-Mack®, Dilcoran protr.®)
 - ab) β -Rezeptoren-Blocker (z. B. Dociton®, Aptin®) und qualitativ ähnlich wirksame Stoffe (z. B. Segontin®, Isoptin®)
 - ac) Blutdruck- und pulsneutrale „reine Koronardiatorien“ (z. B. Intensain®, Persantin®, Ustimon®)
 - ad) β -Stimulatoren mit zusätzlich koronardiatorischem Effekt (z. B. Iidamen®)
 - b) Kalium-Magnesium-Aspartrat
 - c) Dauerdigitalisierung
 - d) orales Strophanthin

1. Mittelbare medikamentöse Erst- und Zweit-Prävention durch Langzeittherapie von Grundleiden, die als Risikofaktoren für Infarkte in Frage kommen*)

Eine kritische Sichtung der heute in verdächtiger Fülle sich anbietenden Medikamente zur Prophylaxe der ischämischen Herzerkrankung kann die pharmakotherapeutischen Maßnahmen drei großen Hauptgruppen zuordnen:

1. Mittelbare medikamentöse Erst- und Zweit-Prävention durch Langzeittherapie von Grundleiden, die als Risikofaktoren für Infarkte in Frage kommen.
2. Unmittelbare medikamentöse Erst- und Zweit-Prävention der Arteriosklerose im allgemeinen?
3. Unmittelbar „lokal“ wirksame medikamentöse Erst- und Zweit-Prävention der ischämischen Herzerkrankung?

Dabei ergibt sich, daß nur eine dieser drei Gruppen, und zwar Nummer 1 („die mittelbare Einwirkung durch Beeinflussung einiger Grundleiden, die als Risikofaktoren gelten“), nicht mit einem Fragezeichen versehen werden muß.

Wir verfügen nämlich heute über genügend Beweise, daß eine antihypertensive medikamentöse Therapie eine eindeutige Verbesserung der Langzeitprognose bei Patienten mit essentieller Hypertonie bewirkt (KINSEY, 1961; STAMLER, 1968).

Wir haben auch Unterlagen dafür, daß eine strikte medikamentöse und diätetische Kontrolle bei Diabetikern einen ähnlichen Effekt hat (JOSLIN, 1959).

*) Nach einem Referat beim 2. Seminar für präventive Kardiologie am 7. September 1968 in Berlin, Institut für Leistungsmedizin (Leiter: Professor Dr. M e l l e r o w i c z).

*) Erst-Prävention ist die Vorbeugung einer Krankheit, bevor sie sich überhaupt entwickelt oder zumindest, bevor sie subjektive oder objektive Symptome hervorruft.

Τὸ ἀριόστον
ὁ χόλος

Aristochol[®]

Das bekannt zuverlässige Phyto-Cholagogum
in 3 Darreichungsformen für die individuelle
Therapie in der Hand des Arztes

Standardisierter Wirkstoffgehalt

Aristochol Tropfen

Nach einem Spezialverfahren hergestelltes
Pflanzen-Perkolat

Aristochol-Konzentrat Granulat

Dragierter, geschmacklich neutraler Trockenextrakt
Dispensiert in Einzeldosen zu 1,5 g

Aristochol Tee-Konzentrat

Konzentrierte Teezubereitung in dickflüssiger
Form aus der Tube

Literatur und Ärztemuster auf Wunsch

Deutsche
Arzneimittel
Gesellschaft
Steiner & Co.
Berlin West



Trotzdem muß gesagt werden, daß noch keine Langzeituntersuchungen vorliegen, welche eindeutig beweisen, daß eine Erst-Prävention der ischämischen Herzerkrankung durch Pharmakotherapie bei der Hochdruckkrankheit und bei Diabetes möglich ist.

Es steht also auch bei dieser Gruppe ein epidemiologischer Beweis für die Wirksamkeit einer Erst-Prävention noch aus. Mit anderen Worten: es muß schon hier mit STAMLER festgestellt werden, daß die Rolle von Drogen in der primären Prävention der ischämischen Herzerkrankung noch zu bestimmen ist. Es gibt eben keine „Wunderpille“, welche das Problem der frühzeitigen Arteriosklerose im allgemeinen und der arteriosklerotischen Herzerkrankung im besonderen zu lösen vermag. Diese banale Feststellung scheint einleitend wichtig und notwendig, weil die Beobachtung des Verhaltens der Patienten und der Ärzte vermuten läßt, daß doch viele von ihnen einen Wunderglauben an die regelmäßige Verordnung von Tabletten praktizieren.

Im folgenden wird von der Gruppe 1, d. h. von der mitteilbaren Beeinflussung der Grundleiden durch medikamentöse Behandlung und von der Kontrolle der Risikofaktoren im allgemeinen, nicht mehr die Rede sein, weil dies über den Rahmen dieses Referates hinausgehen würde. Aber ich will bekennen, daß mir diese mittelbare medikamentöse Erst- und Zweit-Prävention derzeit wichtiger erscheint als Maßnahmen der Gruppe 2 und 3, die nun erörtert werden.

Vor der Erörterung von Medikamenten der Gruppe 2 ist ebenfalls eine generelle kritische Anmerkung angezeigt. Die Frage, ob die Senkung des Serumspiegels der Lipide einen Einfluß auf die Morbidität und Mortalität der Koronargefäßerkrankungen hat, kann noch nicht sicher beantwortet werden, weil:

1. bisher kein eindeutiger Beweis erbracht ist, daß die Lipide im allgemeinen oder ein spezifisches Lipid die Arteriosklerose verursachen;
2. Unklarheit besteht über die Zusammenhänge zwischen Blutgerinnung und Nahrungsfett, d. h. der Koronarthrombose und den Serumlipiden, und
3. die derzeitigen „Erkenntnisse durchaus noch nicht bei einer genügenden Anzahl von potentiellen Patienten angewandt wurden“ (HEYDEN, 1963).

2. Unmittelbare medikamentöse Erst- und Zweit-Prävention der Arteriosklerose im allgemeinen?*)

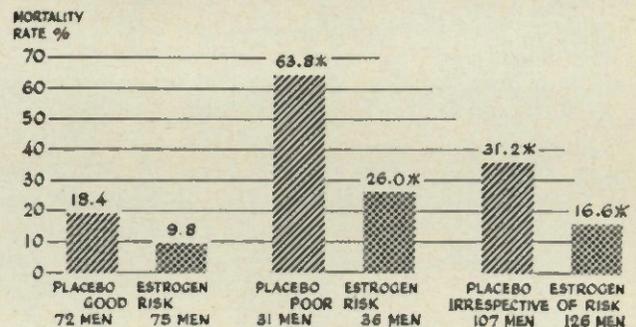
a) Östrogene

Es gibt heute ausreichend tierexperimentelle, klinische und epidemiologische Unterlagen, um die Rolle der Östrogene als Schutzfaktor gegen Arteriosklerose und ischämische Herzerkrankung als gesichert ansehen zu können. Die derzeit neueste und vollständigste Zusammenstellung der diesbezüglichen Literatur ist meines Wissens von STAMLER in seinem Buch „Lectures on Preventive Cardiology“, 1967, in einem eigenen Kapitel (Nummer 6) „Atherosclerotic Coronary Heart Disease-Etiology and Pathogenesis: The Male-Female Difference in Susceptibility“.

1952 sind mehrere kontrollierte Langzeituntersuchungen durchgeführt worden, mit der Fragestellung, ob die Zu-

fuhr von Östrogenen beim Mann den natürlichen Ablauf der ischämischen Herzerkrankung zu beeinflussen vermag, d. h., ob Östrogene in der Lage sind, die Anzahl der tödlichen Myokardinfarkte und die Überlebenszeit der Patienten mit einer entsprechenden Vorgeschichte zu beeinflussen. Drei große Untersuchungsreihen wurden veröffentlicht (STAMLER et al., 1963 a; STAMLER, 1963; STAMLER et al., 1956; STAMLER et al., 1965; STAMLER et al., 1963 b; STAMLER et al., 1963 c; BERKSON et al., 1964; MARMORSTON et al., 1962; OLIVER et al., 1961).

Ohne in diesem Zusammenhang auf Einzelheiten einzugehen, kann zusammenfassend gesagt werden, daß die Ergebnisse einiger Untersuchungsreihen mit methodisch einwandfreien Kontrollgruppen im Hinblick auf die Mortalität an Re-Infarkt eindeutig positiv zu bewerten sind, und zwar, wie die Abbildung 1 zeigt, sowohl bei Patienten mit geringem wie mit hohem Risiko. Die Abbildung 2 zeigt aber schon den ersten Pferdefuß, daß sich nämlich ein solcher günstiger Effekt erst bei längerdauernder Behandlung vom Ende des dritten Jahres an nachweisen läßt. Dazu kommt noch, daß die Dosis mindestens 5 mg pro Tag betragen muß. Eine Untersuchungsreihe, bei welcher mit einer hohen Dosis von 10 mg pro Tag schon innerhalb von drei Monaten nach dem Infarktereignis begonnen worden ist, hatte eine sehr hohe Rate von tödlichen und nicht tödlichen Komplikationen während der ersten zwei Monate der Behandlung (21,7% im Vergleich zu 3,9% in der Vergleichsgruppe, welche nur Placebo bekommen hatte — STAMLER et al., 1963 a; STAMLER et al., 1963 b).



*) Unterschied bei den Überlebensraten zwischen den mit Placebo und Östrogen behandelten Gruppen, der mit 5% oder mehr statistisch bedeutsam ist.

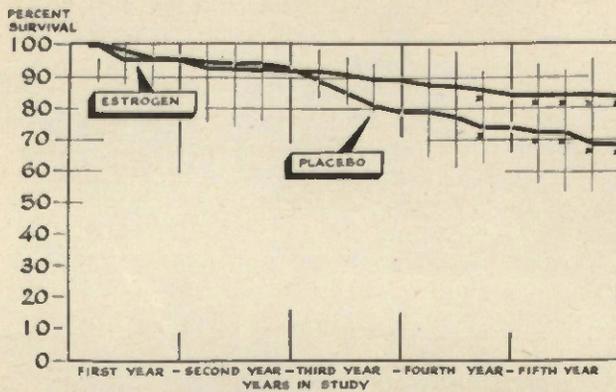
Abbildung 1

Fünfjahresmortalitätsrate bei Männern mit vorübergehendem Myokardinfarkt: Sterblichkeitsziffern gelten für Männer mit einer Medikation über mindestens zwei Monate

(Aus J. STAMLER: „Lectures on Preventive Cardiology“, Verlag Grune & Stratton, New York — London)

Diese Ergebnisse zeigen, daß bei einer hohen Dosierung in der ersten Phase nach dem Infarkt Östrogenen einen negativen Effekt haben. Außerdem hatten fast alle Patienten, welche 10,0 mg pro Tag bekommen hatten, als unerwünschte Nebenwirkung eine Gynäkomastie und eine Abnahme von Libido und Potenz. Weitere Komplikationen waren ein Mammakarzinom, das sich neun Jahre nach Beginn der Östrogenbehandlung entwickelt hat, und außerdem eine fibröse Kavernitis des Penis bei drei Patienten. Dieses Leiden war allerdings reversibel und hat sich bei Wiederaufnahme der

*) Zweit-Prävention ist die Vorbeugung oder Verhinderung des Fortschreitens und der akuten Rückfälle von chronischen Krankheiten, die schon klinisch manifest geworden sind.



*) Unterschied bei den Überlebensraten zwischen den mit Placebo und Östrogen behandelten Gruppen, der mit 5% oder mehr statistisch bedeutsam ist.

Abbildung 2

Wirkung der Östrogen-Therapie mit langer Überlebenszeit bei Männern mittleren Alters mit vorhergehendem Myokardinfarkt; die Tafel wurde aufgrund der Daten von 126 mit Östrogen und 107 mit Placebo behandelten Männern bei einer Medikation von mindestens zwei Monaten erstellt

(Aus J. STAMLER: „Lectures on Preventive Cardiology“; Verlag Grune & Stratton, New York—London)

Behandlung nicht neuerlich bemerkbar gemacht. Drei andere Patienten hatten eine nicht spezifische Urethritis. Die Ursache der erstaunlich hohen Sterblichkeit von Infarktpatienten, welche mit hohen Dosen Östrogen behandelt wurden während der ersten Monate, und zwar im Gegensatz zu der eindeutig günstigeren Sterblichkeitsrate in späteren Jahren, ist noch nicht geklärt. Es scheinen aber andere Untersuchungen darauf hinzuweisen, daß bei einer Langzeitbehandlung mit Östrogen eine Neigung zu thromboembolischen Komplikationen wahrscheinlich ist (OLIVER et al., 1961; FDA ACTS ON ANOVULATORY DRUG STUDY, 1963).

Weitere Untersuchungen sind zur Klärung notwendig. Derzeit läuft eine großangelegte und gut vorbereitete Untersuchungsreihe in den Vereinigten Staaten. Erstaunlicherweise gibt es noch keine kontrollierten Untersuchungsreihen, welche die Wirksamkeit von Östrogenen in der Erst- und Zweit-Prävention der ischämischen Herzerkrankung bei Frauen belegen. Dabei läge ein solcher Behandlungsversuch gerade bei Frauen in mehrfacher Hinsicht besonders nahe.

Ein Arzt, der sich heute entschließt, bei männlichen Patienten, die einen Infarkt hinter sich haben, Östrogene anzuwenden, muß gewisse Vorsichtsmaßnahmen hinsichtlich der Dosierung und des zeitlichen Ablaufes wahrnehmen. Es ist wahrscheinlich richtig, Östrogen-therapie nicht früher als drei Monate nach dem akuten Infarkt ereignis zu beginnen. Die Anfangsdosis sollte niedrig sein (1,25 mg Premarin pro Tag und dann allmählich zu höherer Dosierung fortschreiten, d. h., im monatlichen Intervall zu 2,5, 4,0 und wahrscheinlich am besten bei 5,0 als Dauerdosis täglich bleiben — STAMLER, 1967).

b) Androgene

Tierversuche legen die Vermutung nahe, daß Testosteron eine ernährungsbedingte Hypercholesterinämie zu verzögern vermag (KATZ et al., 1953; KATZ et al., 1958). Beim Mann scheinen in der Lebensgeschichte männliches Klimakterium, Zunahme von Cholesterinspiegel

im Blut und Zunahme der Koronarerkrankungen zeitlich übereinzustimmen. Besteht hier auch ein kausaler Zusammenhang und ist die Abnahme der männlichen Sexualhormonsekretion ein entscheidender Faktor für das Auftreten der koronaren Herzerkrankung? Im Augenblick verfügen wir noch nicht über genügend Unterlagen, um zu dieser Frage eine befriedigende Antwort zu geben. Es gibt zwar klinische Untersuchungen, welche nachweisen, daß gewisse Androgene, im besonderen parenteral zugeführtes Androsteron, den Serumcholesterinspiegel beim Mann zu senken vermögen (STAMLER et al., 1963 c), aber es gibt noch keine Langzeituntersuchungen, und es scheint mir bezeichnend, daß aus dem Präparat Atromid, in welchem früher eine Androsteronkomponente enthalten war, diese jetzt entfernt worden ist und im „Atromid-S“ (= Regejan) nur noch Clofibrat enthalten ist. Das orale Androsteron hat sich als unwirksam erwiesen (OLIVER, 1963).

c) Thyreoidea und ihre Analoga

Eine Senkung des Cholesterin- und im geringen Maße des Triglyzeridspiegels wird auch bei Gabe von Schilddrüsenhormonpräparaten beobachtet, wobei vorwiegend rechtsdrehende Isomere (Dethyrona®) Verwendung finden. Trotz deren schwächeren Wirkung auf den Stoffwechsel ist bei Patienten mit fortgeschrittenen arteriosklerotischen Veränderungen Vorsicht am Platze. Koronare Durchblutungsstörungen stellen eine Kontraindikation dar (SCHLIEF, 1967).

Bei Diabetikern wurden Stoffwechselverschlechterungen beobachtet (ZINN et al., 1964).

Bei einer Gruppe von 45 Patienten mit Hypercholesterinämie (40 davon euthyreot!) wurden bei einer täglichen Gabe von 4—8,0 mg Dextro-thyroxin bei 41 eine erhebliche Reduktion des Cholesterinspiegels für mindestens ein Jahr erreicht, und zwar ohne Nebenwirkungen, sofern die Dosis allmählich gesteigert worden war (REISEL, 1965). Auch über die Wirkung der Langzeitmedikation von Schilddrüsenhormonpräparaten liegen noch keine abgeschlossenen kontrollierten Untersuchungsergebnisse vor. Eine große Untersuchungsreihe ist in den USA im Gange.

d) Nikotinsäure (z. B. Ronicol®)

Nicotinsäure wird vor allem in Mitteleuropa relativ viel verwendet, um einen erhöhten Blutcholesterinspiegel zu senken (BERGEN et al., 1963; ACHOR et al., 1958 a; ACHOR et al., 1958 b; ALTSCHUL et al., 1955; ALTSCHUL et al., 1958; ALTSCHUL et al., 1960; BELLE et al., 1958; BERGE et al., 1959; BERGE, 1961; BERGE et al., 1961; CHRISTENSEN et al., 1961; de SOLDATI et al., 1957; GALBRAITH et al., 1959; GURIAN et al., 1959; LAMMERS et al., 1950; MAHL et al., 1963; MOLNAR et al., 1964; PARDUE, 1961; PARSONS et al., 1956; PARSONS et al., 1957; PARSONS, 1959; PARSONS et al., 1959; PARSONS, 1960; PARSONS, 1961 a; PARSONS, 1961 b; RUITER et al., 1960; RIVIN, 1959).

Deshalb ist es notwendig, hier festzustellen, daß nach STAMLER keine kontrollierten abgeschlossenen Untersuchungsreihen vorliegen, welche deren Nutzen in der Primär- und Sekundärprävention der ischämischen Herzerkrankung belegen. Auch erlauben die vorliegenden Ergebnisse kein endgültiges Urteil, was die Risiken einer Langzeitbehandlung mit hohen Dosen von Niko-

tinsäure angeht. Die Fragen werden in einer zur Zeit laufenden großen Untersuchungsreihe mehrerer Kliniken in Amerika überprüft. Der Anwendung von Nikotinsäure in ausreichender, d. h. hoher Dosierung (2 bis 6,0 g pro Tag) stehen seine reversiblen akuten Nebenwirkungen im Wege, nämlich das Auftreten des Flush-Syndroms, Hautjucken, Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe. Außerdem ist eine Langzeittherapie bei manchen Patienten mit der Entwicklung eines latenten Diabetes oder der Verschlimmerung eines bestehenden Diabetes verbunden. Zuweilen kommt es auch zur Hyperurikämie und zu Abnormitäten in der Leberfunktion (STAMLER, 1967).

Wer dieses Risiko bedenkt, der wird vor der Verordnung strenge Indikationen verlangen, d. h., solche Präparate nur bei Patienten mit schwerer Hypercholesterinämie verwenden, und er wird die obengenannten Nebenwirkungen während einer Langzeitbehandlung genau im Auge behalten (CARLSON, 1963; HAVEL et al., 1964; DUNCAN et al., 1965; KATZ et al., 1953; KATZ et al., 1958; STEINBERG, 1963).

e) Pflanzensterine (Sitosterine, z. B. Cytellin®)

Es konnte gezeigt werden, daß Pflanzensterine oral zugeführt der Hyperlipidämie im Tierversuch entgegenwirken und auch beim Menschen den Cholesterinspiegel senken. Deshalb wurden entsprechende Präparate für therapeutische Zwecke zur Verfügung gestellt, z. B. das Cytellin.

Es wird vermutet, daß Cholesterin und pflanzliche Sterine sich im Magen-Darmtrakt zu nicht resorbierbaren Kristallen kombinieren.

Man braucht hohe Dosen, und die Nebenwirkungen, vor allem Erbrechen und Übelkeit, sind häufig.

Bisher gibt es keine Langzeituntersuchungen über einen Effekt auf die menschliche Arteriosklerose (KATZ et al., 1953; KATZ et al., 1958; STEINBERG, 1963; BERGEN et al., 1963).

f) Clofibrat (z. B. Regelan®)

Zu den Präparaten, mit denen derzeit in den USA ausgedehnte und kontrollierte Langzeituntersuchungen durchgeführt werden, gehört auch das Clofibrat, welches eine Senkung des Cholesterinspiegels von 20–35% bei 70–85% der Fälle und eine Senkung der Triglyzeride um 25–55% bei etwa der gleichen Zahl bewirkt (LAUBINGER, 1968).

Damit ist aber auch schon gesagt, daß derzeit befriedigende Ergebnisse einer kontrollierten Langzeituntersuchung noch nicht vorliegen. Eine nicht kontrollierte Verlaufsbeobachtung mit Clofibrat, Atromid — S und Clofibrat + Andosteron (Atromid) ist von GREEN und MARGETTS 1967 veröffentlicht worden. Die Studie umfaßt 601 Patienten und ist im Jahr 1962 begonnen worden. Bei 561 Patienten, die in Perioden bis zu vier Jahren (durchschnittlich 1,9 Jahre) beobachtet worden sind, wurden keine ernstesten Nebenwirkungen festgestellt. Die Behandlung mußte nur bei 36 Patienten (6,4%) abgebrochen werden. Die Mortalität und im besonderen die Re-Infarktquote ist bei den Patienten, die noch unter Behandlung stehen, niedriger als bei jenen, welche die Behandlung aus verschiedenen Gründen aufgegeben haben. Diese Quoten sind auch niedriger als

jene aus anderen Beobachtungsreihen von unausgewählten Kontrollpatienten. Es wird aber von den Autoren selbst als nicht berechtigt angesehen, in diesem Augenblick irgendwelche Schlußfolgerungen zu ziehen, im besonderen, da eine gleichzeitig beobachtete einwandfrei bestimmte Kontrollgruppe für diese Untersuchungsreihe gefehlt hatte. Clofibrat wird heute vor allem bei Patienten mit gemischter Hyperlipämie, bei welchen die diätetische Cholesterin- und Triglyzeridsenkung nicht ausreichend ist, verwendet, während bei Patienten mit reiner Hypercholesterinämie Clofibrat nicht befriedigend wirksam ist. LAUBINGER bezeichnet das Clofibrat wegen seiner äußerst geringen Nebenwirkungen als das Medikament der Wahl zur Behandlung der mit Diät unbeeinflussbaren Hyperlipämie. Als Nebenwirkungen sind gastrointestinale Beschwerden mit gelegentlicher Übelkeit zu nennen, die aber meistens nur zu Beginn der Therapie auftreten und kaum zum Absetzen der Medikation führen (BRAUNSTEINER et al., 1967).

Nach GREEN und MARGETTS kam es bei 5 von 601 Patienten zum Auftreten von Hauterscheinungen und bei der gleichen Zahl zu Durchfällen. Eine Beeinflussung der Leberfunktionsproben konnte auch in den neueren Arbeiten nicht festgestellt werden. Ebenso wird im deutschen Schrifttum, die in der englischen Literatur beschriebene häufige Gewichtszunahme nicht bestätigt, was wahrscheinlich mit den von LAUBINGER und anderen stets gleichzeitig empfohlenen diätetischen Maßnahmen zusammenhängt. Bei gleichzeitig durchgeführter Therapie mit Antikoagulantien muß die Dosis derselben reduziert werden (LAUBINGER, 1968). Derzeit testen 15 000 Menschen Clofibrat in einem fünfjährigen internationalen Experiment als Prophylaxe gegen Koronar thrombosen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt diesen Versuch.

In Edinburgh, Prag und Budapest werden je 5000 Freiwillige das Medikament ausprobieren, das Dr. Michael OLIVER vom Kgl. Krankenhaus in Edinburgh entwickelt hat. — Die Versuchspersonen sind alle im Alter zwischen 30 und 49 Jahren und wurden in 2 Gruppen eingeteilt: die eine weist besonders hohe, die andere besonders niedrige Cholesterin-Werte auf. Bestimmte Versuchspersonen werden Placebos erhalten. Allen Freiwilligen ist geraten worden, ihr normales Leben ohne Einschränkung fortzuführen (dpa 120 eb/schm 13 — Aug. 1968 — 1726).

g) Cholestyramin-Harz (z. B. Cuemid®)

Der wichtigste Weg des Cholesterins geht über die Gallensekretion; entweder als Sterin oder als Gallensäure (Produkt der Oxydation in der Leber). Beide Arten, sowohl das Cholesterin als auch die Gallensäure, die über die Galle in den Darm kommen, werden von der Mukosa wieder rückresorbiert. Das Cholestyramin-Harz als Anjonaustauscher bindet Gallensäure in vitro und in vivo, indem es Chloride für die Gallensäuren austauscht und dadurch den enterohepatischen Zyklus der Gallensäuren unterbricht, wodurch der Serum-Cholesterinspiegel gesenkt wird (BERGEN et al., 1963; HASHIM et al., 1965).

Die Langzeitbehandlung von 19 Patienten mit Cholestyramin ergab bei allen Cholesterinspiegelsenkungen zwischen 16 und 52% (CASDORPH, 1967).

Von neun Patienten, welche täglich 13,3 g in vier Einzeldosen bekamen, wurde bei acht eine Senkung des Cholesterinspiegels von 20–50% erreicht. Nur ein Patient mit einem Cholesterinspiegel von 620 mg% zeigte keine Reaktion, obwohl die Galiensäure im Blut auf das Acht- bis Elfache anstieg (HASHIM et al., 1965). Die lästigen Nebenwirkungen betreffen allein den Verdauungstrakt. Sie sind aber nur im Beginn der Behandlung lästig und haben die Tendenz, nach den ersten Wochen der Austauschtherapie zu verschwinden. Eine Tendenz zur Obstipation konnte durch entsprechende faserreiche Diät in Kontrolle gehalten werden. Obwohl das Harz in großen Mengen in der Lage ist, eine Steatorrhoe zu bewirken, so wurde diese Komplikation bei der täglichen Dosierung von 13,3 g nicht beobachtet.

Es wurden überhaupt keine allgemeinen ernsteren Nebenwirkungen gesehen. Bei vier Patienten mit einer generalisierten Xantomatose kam es zu einer ein-drucksvollen Verringerung der Läsionen, gleichzeitig mit der Verringerung des Blutcholesterinspiegels. Natürlich sind noch ausgedehntere Langzeituntersuchungen notwendig, um dieses neue Medikament beurteilen zu können, vor allem Langzeituntersuchungen im Hinblick auf die ischämische Herzerkrankung selbst.

h) Linolsäure, „essentielle“ Phospholipide (z. B. Lipostabil®)

Epidemiologisch kontrollierte Untersuchungen über Langzeitänderungen der Diät (arm an gesättigten, reich an ungesättigten Fettsäuren), die zur Verringerung der Re-Infarkt mortalität führen (LEREN, 1966), unterstützen die Hypothese, daß eine Beziehung zwischen ischämischer Herzerkrankung und dem Mangel an ungesättigten Fettsäuren in der Diät bestehe. Es liegt deshalb nahe, solche „essentielle“ Fettsäuren bzw. deren Prototyp, die Linolsäure, medikamentös zuzuführen. Zur medikamentösen Senkung erhöhter Blutfettwerte (und zur Förderung der Kollateralenbildung?) wird in Mitteleuropa die Kombination der „essentiellen“ Phospholipide mit Nikotinsäure und Adenosin-monophosphat (Lipostabil p.i.®) viel verwendet. Im akuten Versuch ist der erwünschte Kläreffekt mehrfach nachgewiesen worden (SCHETTLER, 1961; JUCHEMS et al., 1964; HAMMERL et al., 1966).

Auch für die Medikation bzw. Prävention der ischämischen Herzkrankheit stehen die Ergebnisse von Langzeituntersuchungen mit methodisch einwandfreien Kontrollgruppen noch aus.

i) Heparin (z. B. Liquemin®) und Heparinoide (SP 54®)

Neben seinen antikoagulierenden Eigenschaften hat Heparin einen „Kläreffekt“ im lipämischen Serum (KATZ et al., 1953; KATZ et al., 1958; BERGEN et al., 1963; ENGELBERG, 1963).

Diese Wirkung ist eine augenscheinliche Folge seiner Eigenschaft, Lipoproteinlipase aus den Zellen freizumachen, und dadurch den Blutspiegel des Enzyms zu heben. Das Enzym bewirkt das Freiwerden von freien Fettsäuren aus Triglyzeriden der Lipoproteine mit niedriger Dichte. Dadurch werden diese Lipoproteine beschleunigt aus dem Serum entfernt und dieses „geklärt“.

Es ist berichtet worden, daß eine Langzeitanwendung von Heparin mit Patienten, die bereits einen Infarkt

hinter sich hatten, die Mortalitätsziffer herabzusetzen vermag (KATZ et al., 1958; PARSONS, 1961 b; GRIF-FITH et al., 1964).

91 Männer unter 65 Jahren mit schon längst bestehender ischämischer Herzerkrankung hatten zweimal wöchentlich 200 mg Heparin subkutan bekommen oder ein Placebopräparat. Die behandelte Gruppe hatte nur halb soviel Re-Infarkte und plötzliche Todesfälle während der ersten drei Jahre der Untersuchungsreihe. Der Unterschied war im 0,01-Niveau signifikant (BOTTIGER et al., 1967).

ZELLER et al. (1966) berichten, daß sie eine Potenzierung des „Kläreffektes“ von Heparin und Nikotinsäure durch Kombination beider Stoffe erzielen konnten.

j) Andere Antikoagulantien (z. B. Sintrom®)

Die Diskussion über den Wert einer Langzeitbehandlung mit Antikoagulantien, um bei der Koronarerkrankung die thrombotischen Komplikationen des arteriosklerotischen Prozesses zu verringern, ist noch nicht abgeschlossen. Nach STAMLER entsprechen vier große Untersuchungsreihen den strengen und schwierig zu erfüllenden methodischen Anforderungen einer epidemiologischen Untersuchung. In zwei der europäischen Studien konnte eine eindeutige Abnahme in der Mortalität bei jüngeren Patienten während des ersten Behandlungsjahres nachgewiesen werden — BJERKE-LUND, 1957; Medical Research Council Brit. Med. J. 1, 803, 159; HARVALD et al., 1962; Cooperative Study, J.A.M.A., 1965.

Ältere Patienten hatten augenscheinlich keinen Nutzen. Die dritte europäische Untersuchung (HARVALD et al., 1962) ergab keinen Unterschied in der Mortalität in der behandelten und in der Kontrollgruppe. Eine vierte Untersuchungsreihe läuft seit 1957 in den USA und umfaßt 747 Patienten aus 15 Spitälern (Veterans administration hospitals), von denen 359 in der Kontrollgruppe und 388 in der Antikoagulantiengruppe untersucht wurden.

Die Tabelle gibt die Ergebnisse dieser Untersuchungsreihe wieder.

Kumulative Sterblichkeitsziffer / 1000

Jahr	Alle Patienten		Patienten im Alter von 55 und darunter	
	Kon-trolle	Behand-lung	Kon-trolle	Behand-lung
1	95	62	86	37
2	166	99	139	59
3	235	154	195	102
4	257	197	209	138
5	300	247	244	187

Tabelle

Wirkung der Langzeitantikoagulantien-Therapie nach Myokardinfarkt — Sterblichkeitsziffer für alle Patienten und Patienten im Alter von 55 Jahren und darunter

(Aus J. STAMLER: „Lectures on Preventive Cardiology“; Verlag Grune & Stratton, New York — London)

Aus dieser sehr sorgfältigen Untersuchung wie aus anderen, die damit übereinstimmen, darf beim gegenwärtigen Stand unseres Wissens doch geschlossen werden,

daß eine Langzeitbehandlung mit Antikoagulantien ihren Platz in der Zweit-Prävention der ischämischen Herzerkrankung hat, besonders bei Patienten, die jünger als 55 Jahre sind. Natürlich müssen die Indikationen und Kontraindikationen einer solchen Langzeitbehandlung und eine adäquate Durchführung beachtet werden können.

3. Unmittelbar „lokal“ wirksame medikamentöse Erst- und Zweit-Prävention der ischämischen Herzerkrankung?*)

a) Sogenannte koronarwirksame Medikamente

- aa) Nitrite mit Langzeiteffekt, wie Nitro-Mack®, Dilocoran protr.®
- ab) β -Rezeptoren-Blocker, wie Dociton®, Aptin®, und qualitativ ähnlich wirksame Stoffe, wie Segontin® und Isoptin®
- ac) Blutdruck- und pulsneutrale „reine Koronardilatoren“, wie Intensain®, Persantin®, Ustimon®
- ad) β -Stimulatoren mit zusätzlich koronardilatierendem Effekt, wie Ildamen®

Wir wissen, daß die Nitrite durch eine besonders günstige Kombination von kardial hämodynamischer Entlastung, Minderung der vasalen Komponente des Koronarwiderstandes und Senkung der myokardialen Komponente des Koronarwiderstandes wirken. Zur Dauertherapie bieten sich damit Nitrite mit Langzeiteffekt an, da Widerstandserniedrigung die Entwicklung von Kollateralen im Myokard begünstigt (LUMB et al., 1963, zit. n. DONAT, 1968). Sie müssen aber ausreichend hoch über lange Zeit dosiert werden. 80 bis 160 mg pro Tag, nach Erfahrung von DONAT, bis 320 mg über viele Wochen. Als Kontraindikationen ergeben sich die Zustände, bei denen eine Blutdrucksenkung unerwünscht ist. Bei Patienten mit einer erhöhten Ansprechbarkeit der β -Rezeptoren, z. B. bei gleichzeitigem hyperkinetischen Herzsyndrom, Tachykardie und Minutenvolumen-Hochdruck, können Substanzen, welche die β -Rezeptoren blockieren oder dämpfen, Angina-pectoris-Anfällen vorbeugen. Es sind mir aber keine Langzeitbeobachtungen bekannt geworden, welche für diese Gruppe mit epidemiologischen Methoden, etwa im Sinne der Untersuchungsreihe von LEREN, über die Wirksamkeit cholesterinsenkender Diät auf Mortalität und Re-Infarkt-Morbidität in Angriff genommen worden sind. Das gleiche gilt übrigens auch für die nächste Gruppe der blutdruckneutralen reinen Koronardilatoren und als β -Stimulatoren angegebene Stoffe von der Art des Ildamens.

Wir alle verwenden diese Stoffe, meistens mit einer ambivalenten Einstellung. Die experimentellen Ergebnisse legen ihre Verwendung als Langzeittherapeutika nahe, aber epidemiologisch methodisch einwandfreie Beweise für ihre Wirksamkeit, die sie zu Mittein der Wahl machen würden, stehen noch aus. Auch erschwert die Fülle des Angebotenen die Auswahl, und Prinzipien einer Differentialtherapie werden erst diskutiert. Außerdem werden erfahrungsgemäß die Koronartherapeutika gerade in der Praxis häufig unterdosiert. Vermutlich ist der Grund der relativ hohe Preis: eine

*) Ischämische Herzerkrankung und nicht koronare Herzerkrankung, um zu unterstreichen, daß nicht nur die Veränderung an den Koronargefäßen, sondern auch das Stoffwechselfgeschehen im Herzmuskel mitberücksichtigt werden muß.

optimale Therapie mit allen bisher erwähnten Pharmaka kostet pro Tag ungefähr DM 1,— bis 1,50,—. Die maximale Dosis kann natürlich statt der erwünschten Wirkungen oder neben ihnen auch einmal unerwünschte Nebenwirkungen haben. Daher muß der Patient regelmäßig überwacht werden. Die optimale Behandlung kostet also außer Geld auch Zeit (DONAT, 1968).

b) Kalium-Magnesium-Aspartrat

Experimentelle und klinische Untersuchungen lassen einen therapeutischen und präventiven Effekt von Kalium-Magnesium-Aspartrat bei Angina pectoris, Herzinfarkt, Arrhythmie und Herzinsuffizienz vermuten. Die Beobachtungen werden dahin gehend interpretiert, daß die Spargelsäure als Teil des Krebszyklus den Wiedereintritt von verlorengangenen Kalium und Magnesium in die Herzmuskelzellen erleichtert, indem eine adäquate Funktion der „Ionenpumpe“ wieder hergestellt wird (BAJUSZ, 1966; CUMMINGS, 1960; HOCHREIN, 1965; HOCHREIN, 1966; KRÜGER, 1967; LABORIT, 1958; RAAB, 1966; RAAB, 1968; TAPIN, 1962; VASKU, 1966).

Die klinische Anwendung von Kalium-Magnesium-Aspartrat vermochte Angina-pectoris-Anfälle bei Koronarsklerose und ebenso auch die charakteristischen EKG-Veränderungen zu verhindern (HAAN, 1965; HOCHREIN et al., 1966; KANTHER, 1968; MATE et al., 1966; NIEPER et al., 1966; PAPE, 1963).

Auch ist bei Patienten mit Arrhythmien nach Herzinfarkt und anderen Arrhythmien ein antiarrhythmischer Effekt beschrieben worden. Eine 50%ige Herabsetzung der Frühmortalität nach Herzinfarkt ist durch eine Untersuchungsgruppe mitgeteilt worden (HOCHREIN et al., 1966; KENTER et al., 1968; MATE et al., 1966; TAPIN, 1962).

Kontrollierte Langzeituntersuchungen zur Wirksamkeit von Kalium-Magnesium-Aspartrat in der Erst- und Zweit-Prävention der ischämischen Herzerkrankung stehen allerdings noch aus. Sie sind unseres Wissens in Vorbereitung.

c) Dauerdigitalisierung

Wenn die statistischen Angaben von CHICHE, MARCANTONI (1965) und SAUDUBRAY, wonach die Herzinsuffizienz an der Spitze der Todesursachen beim frischen Herzinfarkt steht, richtig sind, dann wird eine Dauerdigitalisierung als Zweit-Prävention bei der ischämischen Herzerkrankung, vor allem zur Verbütung des Re-Infarktes, zu diskutieren sein. Wir befürworten sie aufgrund eigener günstiger klinischer Erfahrungen und aufgrund von meines Erachtens überzeugenden Untersuchungen an einem allerdings vorläufig noch kleinen Krankengut aus dem Freiburger Arbeitskreis von REINDELL (KÖNIG et al., 1967).

d) Orales Strophanthin

Nachdem in jüngster Zeit durch leider überwiegend außerhalb der Fachpresse erfolgte Veröffentlichungen von der Möglichkeit einer Infarktprophylaxe durch Strophanthin, vor allem auf oralem Wege, viel die Rede war, darf ich an dieser Problematik im Rahmen dieses Referates nicht vorübergehen. Ich nehme dabei nicht nur aufgrund der Auseinandersetzung mit der vorliegenden, auf beiden Seiten überwiegend polemischen Literatur, sondern aufgrund persönlicher Dis-

kussionen und Schriftwechsel mit B. KERN und seinem Kreis Stellung:

Es scheint mir angezeigt, die Hypothese von B. KERN von der „Euthetisierung“ des Myokards durch Dauergaben von (oralem) Strophanthin als Möglichkeit zur Infarktprophylaxe mit epidemiologischen und klinisch experimentellen Methoden vorurteilslos und sine ira et studio nachzuprüfen (KERN, 1967). Als epidemiologische Methode bietet sich meines Erachtens das Vorgehen an, mit dem LEREN, Oslo, die Wirksamkeit der cholesterinsenkenenden Diät in der Vorbeugung von Re-Infarkt und plötzlichem Herztod bei Patienten, die bereits einen Herzinfarkt hinter sich hatten, überprüft hat (LEREN, 1966).

Zusammenfassung

Den derzeitigen Stand unseres Wissens über die medikamentöse Prophylaxe der degenerativen Herzerkrankung kann ich nicht besser zusammenfassen, als es STAMLER am Ende des entsprechenden Kapitels in seinem Buch „Lectures on Preventive Cardiology“ getan hat: „Es sind noch viele Langzeituntersuchungen notwendig, um den Platz zu bestimmen, den die Pharmakologie in der Erst- und Zweit-Prävention der arteriosklerotischen Erkrankung einnehmen soll.“

Während wir im Bereich der rheumatischen Herzleiden über eine wirksame Form medikamentöser Dauerpro-

phylaxe durch regelmäßige Antibiotikagaben verfügen, ist bei den arteriosklerotischen Erkrankungen heute eine befriedigende unmittelbare und spezifische medikamentöse Erst- und Zweit-Prävention noch nicht gesichert. Hingegen sind wir heute pharmakotherapeutisch in der Lage, einige Grundideen, die als Risikofaktoren für die ischämischen Herzerkrankungen eine Rolle spielen, zu beherrschen — sofern wir erreichen, daß der Patient auf einen individuellen medikamentösen Langzeittherapieplan eingestellt wird. Eine solche „Einstellung“ ist heute nicht nur beim Diabetiker lebenswichtig, sondern auch beim Hochdruckkranken.

Es sind derzeit mehrere großangelegte internationale und kontrollierte Langzeituntersuchungsreihen über die Wirksamkeit einer medikamentösen Erst- und Zweit-Prävention der ischämischen Herzerkrankung im Gange. Deren Ergebnis ist aber erst in einigen Jahren zu erwarten.

Die naheliegende Frage nach der Wirksamkeit von Kombinationen unterschiedlich angreifender Medikamente ist ebenfalls noch nicht ausreichend bearbeitet worden.

Literatur kann vom Verfasser angefordert werden.

Anschr. d. Verf.: Med.-Dir. Professor Dr. M. J. Halhuber, Chefarzt der Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried/Starnberger See

(Aus der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Professor Dr. L. Demling))

Überflüssige Therapie auf dem Gebiet der Verdauungskrankheiten*)

Von Dr. R. Ottenjann

Die ideale Behandlung ist zweifellos die, welche sich auf die Ursache einer Krankheit richtet und sie beeinflusst, also die kausale Therapie. Unter den Krankheiten der Verdauungsorgane kennen wir nur wenige, deren Ursache bekannt oder einheitlich ist. Die gastroenterologische Therapie ist daher, soweit nicht pathogenetische Faktoren bekannt sind und beeinflusst werden können, nach wie vor überwiegend symptomatisch. Die letzten zwei Jahrzehnte haben uns wesentliche Fortschritte in der Diagnostik gebracht. Für die Behandlung gastroenterologischer Krankheiten haben wir nur wenig hinzugewonnen. Die Ergebnisse moderner Diagnostik haben vielmehr gezeigt, daß eine Reihe von traditionell als wirksam geltenden Medikamenten ohne Einfluß — also Placebos — sind.

Es soll hier nicht alles, was außerhalb rationaler gastroenterologischer Therapie liegt, aufgezählt werden. Für manche Krankheiten der Verdauungsorgane fehlen uns pharmakologisch wirksame Mittel. Wenn in solchen Fällen als äußere Zeichen ärztlichen Beistandes z. B. Vitaminpräparate verabreicht werden, so dürfte gegen eine solche Scheintherapie nichts einzuwenden sein.

Einige besondere therapeutische Gesichtspunkte, die sich aufgrund neuerer experimenteller und klinischer Forschung ergeben haben, sollen hier besprochen werden. Dabei wird Überflüssiges nicht nur direkt aufgezeigt, sondern auch erkennbar, indem das Sinnvolle, die „Therapie nach Maß“, herausgestellt werden wird. Als überflüssig muß — aufgrund der neueren Erkenntnisse — eine Reihe von allgemeinen diätetischen Vorschriften bezeichnet werden, die den Patienten unnötige Beschränkungen auferlegen (4). Überflüssig ist letztlich jegliche Therapie, der nicht eine möglichst exakte Diagnostik vorausgeht. Wir sind der Auffassung, daß jede quantitative und direkte diagnostische Methode, auch wenn sie mit einer zumutbaren Belästigung des Patienten verbunden ist, jeder qualitativen und indirekten vorzuziehen ist.

Therapie der chronischen Gastritis

In der Ära vor der Einführung der Gastrobiopsie — der Gewinnung von Magenschleimhautpartikeln mittels Sonde oder während der Gastroskopie zur histologischen Untersuchung — galt das klinische Bild der akuten und chronischen Gastritis als wohlumrissen und charakteristisch. Die Ergebnisse der zahlreichen und z. T. weit mehr als 1000 Patienten umfassenden Untersuchungsreihen haben jedoch unmißverständlich die bis dahin geltenden klinischen und diagnostischen Krite-

*) Vortrag anlässlich der 7. Bayerischen Internistentagung am 18./19. 11. 1967 in München. Alle Vorträge dieser Fortbildungsveranstaltung erscheinen in einem weiteren Band unserer Schriftenreihe.

rien der Gastritis als unzureichend und unzutreffend erwiesen. Weder die akute noch die chronische Gastritis zeigt obligat die als typisch erachteten und unmittelbar nach Nahrungsaufnahme einsetzenden Beschwerden wie Völle- und Druckgefühl, Übelkeit, Schmerzen und „Brennen“ in der Magengegend (Literatur in 3). So ließ sich eine chronische Gastritis bei Probanden ohne Beschwerden von seiten der Verdauungsorgane in 65 bis 70% histologisch nachweisen (7, 9). Bei Klinikpatienten mit und ohne „Magenbeschwerden“ ist die chronische Gastritis etwa gleich häufig. Die schweren entzündlichen Veränderungen der Magenschleimhaut nach Röntgenbestrahlung und nach Behandlung mit Radiokobalt verlaufen überwiegend asymptomatisch (2, 5). In vielen Fällen ist es daher problematisch, bestehende Beschwerden auf eine nachgewiesene histologische Gastritis zu beziehen. Bei biopsischen Mehrfachuntersuchungen innerhalb eines Zeitraumes bis zu drei Monaten war auch kein Zusammenhang zwischen dem histologischen Befund der Magenschleimhaut und dem Beschwerdeverlauf zu erkennen (6). Von allen Maßnahmen der orthodoxen „Gastritis“-Therapie — es wurden sowohl lokal als auch parenteral zu applizierende Substanzen untersucht — zeigte keine einen sicheren Einfluß auf die histologische Gastritis. JEFFRIES (8) gelang es zwar nachzuweisen, daß nach mehrwöchiger Behandlung mit Glukokortikoiden Belegzellen in einer Schleimhaut mit atrophischer Gastritis wieder gebildet werden, doch kommt dieser Beobachtung nur wissenschaftliche und keine praktische therapeutische Bedeutung zu. Wird also eine chronische Magenschleimhautentzündung nachgewiesen, so ergibt sich daraus unmittelbar keine therapeutische Konsequenz, da wir keine entsprechende wirksame Behandlung kennen. Wenn zusätzlich Beschwerden bestehen oder geklagt werden, die früher als Symptome einer Gastritis gedeutet wurden, so bleibt lediglich eine symptomatische Therapie mit Spasmo-Analgetika und eventuell auch Sedativa neben den traditionell üblichen diätetischen Maßnahmen, auf die später noch eingegangen werden soll. Die chronische Gastritis geht mit einem Schwund des Funktionsepithels der Magenschleimhaut einher (3). Verminderte Säure-, Ferment- und Intrinsic-Faktor-Sekretion sind die resultierenden Folgen. Therapeutische Konsequenzen ergeben sich daraus in aller Regel nicht, da Säure- und Fermentmangel meistens endogen kompensiert werden und ein Mangel an Intrinsic-Faktor sich erst dann auswirkt, wenn weniger als 1% der normalen Produktion sezerniert wird (1). Säuresubstitution ist quantitativ nicht ausreichend durchführbar. Wenn Beschwerden bei Hypo- und Achlorhydrie geklagt werden und sich andere Ursachen nicht finden, so ist am ehesten ein Versuch mit Pankreasfermentpräparaten angezeigt. Daß Achlorhydrie eine Diarrhoe bedingt, wurde bisher von keiner Seite sicher nachgewiesen. Zweifellos gibt es aber gastrogene Diarrhoen, und zwar bei erheblich gesteigerter Säure- und Saftproduktion des Magens, z. B. im Rahmen des ZOLLINGER-ELLISON-Syndroms.

Konservative Therapie des Ulkusleidens

In der Pathogenese des peptischen Geschwürs spielt der saure, proteolytisch-aktive Magensaft eine unabdingbare Rolle. Konservative und chirurgische Behandlung des Geschwürsleidens zielen darauf ab, das proteolytische Potential des Magensaftes zu reduzieren. Seit der

Einführung der quantitativen Magensekretionsanalyse, also der Bestimmung der in der Zeiteinheit gebildeten Salzsäuremenge nach maximaler Reizung mit Histamin oder Betazol, wissen wir, daß die Geschwürskranken eine individuell außerordentlich unterschiedliche Säuremenge bilden. Wenn es also therapeutisch gilt, den Säurefaktor und damit das proteolytische Potential zu vermindern, dann müßten wir uns folgerichtig bei der Verabreichung von Antazida nach der Intensität der Magensäuresekretion richten. Die Verordnung von einer Dosis eines Antazidums zwischen den Mahlzeiten und vor dem Schlafen gewährleistet in den meisten Fällen nicht die gewünschte oder erforderliche Reduktion der endogastralen Azidität. Eine optimale individuelle Therapie mit Antazida muß folgende Faktoren berücksichtigen:

1. das Säuresekretionsvermögen
2. die Magenentleerung und
3. die Puffereigenschaften des Antazidums

Die Pufferkapazität der als Antazida verwendeten Substanzen ist sehr unterschiedlich. Eine relativ große Pufferkapazität besitzen Kalziumkarbonat, Natrium- und Kaliumbikarbonat sowie Magnesiumoxyd, während Aluminiumhydroxyd eine merklich geringere Pufferkapazität besitzt (Tab. 1) — (13). Die Pufferkapazität ist das Maß für die neutralisierbare Säuremenge. Ein anderes Maß ist das maximal erreichbare pH, also der resultierende Aziditätsgrad. Für alle genannten Substanzen ist dieser sehr unterschiedlich, wie aus Tabelle 2 (14) zu ersehen ist. Die im Handel befindlichen Antazida stellen in der Regel Mischungen dieser und auch anderer Substanzen dar. Für die Behandlung des Zwölffingerdarmgeschwürleidens gilt heute ein endogastrales pH von 2,0 bis 5 als optimal. Eine stärkere Verschiebung der Azidität würde die physiologische Gastrinbremse beeinträchtigen und zu einer reaktiven Sekretionssteigerung führen. Es gilt also einerseits, ein Antazidum zu wählen, das die endogastrale Azidität in den gewünschten Bereich verschiebt, und andererseits die Menge des Antazidum zu bestimmen, die für eine Neutralisation der jeweils gebildeten Säuremenge ausreicht. Als allgemeine Regel kann gelten, daß das Neutralisationsvermögen der pro Stunde erforderlichen Antazidumdosis der achtfachen Menge der unter Ruhebedingungen gebildeten Salzsäure entsprechen muß (13). Diese hohen Dosen sind selbstverständlich nur während des akuten Schubes erforderlich und werden nur zwischen den Mahlzeiten und in den Abendstunden verabreicht. Die quantitative Therapie mit Antazida stellt eine Idealforderung dar, der

1 g	Pufferkapazität (mval HCl bis pH 4,5)
NaHCO ₃	11,5
MgO	8,5
CaCO ₃	11,0

Tabelle 1

Pufferkapazität der als Antazida gebräuchlichen Substanzen

	pH
Al(OH) ₃	4,10
CaCO ₃	5,90
KHCO ₃	7,25
MgO	9,20

Tabelle 2

Maximal erreichbares pH bei Verwendung verschiedener Antazida

praktisch nur unter Klinikbedingungen entsprochen werden kann. Mit dem bisher geübten Schematismus der medikamentösen Ulkustherapie werden wir aber den biologischen Gegebenheiten nicht gerecht. Von der pharmazeutischen Industrie ist eine entsprechende Kennzeichnung der Antazida-Präparate zu fordern, aus der das Neutralisationsvermögen und der zu erreichende pH-Bereich zu ersehen sind. Außerdem besteht die medikamentöse Ulkustherapie in der Verabreichung von Anticholinergika. Unseres Erachtens sollte die Ulkuskur nach wie vor im allgemeinen stationär erfolgen.

Zur konservativen Behandlung von Blutungen aus dem oberen Verdauungstrakt wird bei uns vielfach Schluckthrombin verwendet. Die Thrombinaktivität ist pH-abhängig, im sauren Bereich sinkt sie schnell ab. Etwa 70 bis 80% aller Blutungen aus dem oberen Verdauungstrakt sind geschwürsbedingt, ereignen sich also bei mehr oder minder hoher gastraler Säuresekretion. Voraussetzung jeder oralen Gabe von Schluckthrombin ist daher die Schaffung eines adäquaten gastralen Milieus, d. h. die Verschiebung der Reaktion nach neutral. Wir haben zwei der im Handel befindlichen Schluckthrombin-Präparate auf ihre endogastrale Pufferkapazität hin untersucht und dabei festgestellt, daß die beigegebenen Puffer in den meisten Fällen ungenügend wirken (12). Es ist daher zweckmäßig, bei gastrointestinalen Blutungen zunächst durch Verabreichung entsprechender Mengen von Natrium- oder Kaliumbikarbonat (etwa 50 mval/Stunde) für eine neutrale Reaktion im Magen zu sorgen. Auf diese Weise werden optimale Bedingungen für die Gerinnung geschaffen. Zusätzlich kann dann noch in halb- bis einstündigen Abständen Schluckthrombin verabreicht werden.

Operative Therapie des Ulkuseidens

Auch in der modernen Ulkuschirurgie besteht heute die Tendenz, individuumgerecht zu operieren, also zu einer „Therapie nach Maß“. Zweck des operativen Eingriffes ist es, die Sekretion des sauren proteolytisch-aktiven Magensaftes zu reduzieren. Da aber das Sekretionsvermögen bei Geschwürskranken individuell außerordentlich unterschiedlich ist, erscheint die Forderung nach unterschiedlicher Ausdehnung des Eingriffes gerechtfertigt. Es existieren heute im wesentlichen drei Typen von Operationsmethoden:

1. Drainageoperation (Pyloroplastik und Gastroenterostomie)
2. Antrektomie und
3. $\frac{2}{3}$ - oder $\frac{3}{4}$ -Resektion mit gastro-duodenaler oder gastrojejunaler Anastomose (s. Abb. 1)

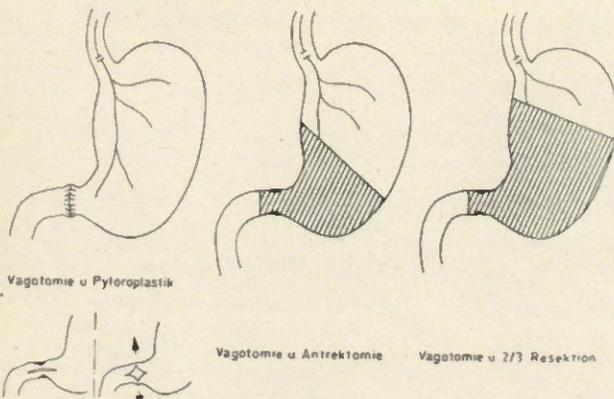


Abbildung 1

Für die Auswahl des Operationsverfahrens kann folgende Regel gelten: Drainageverfahren (also keine Resektion) bei geringer Säuresekretion, Antrektomie bei normaler oder mäßig gesteigerter Säuresekretion und das übliche Resektionsverfahren bei erheblicher bis extremer Hyperchlorhydrie. Drainageverfahren und Antrektomie müssen, die ausgedehnte Resektion kann mit einer Vagotomie kombiniert werden. Vor jeder Ulkuseroperation sollten daher neben der allgemeinen und der röntgenologischen Untersuchung die basale und die maximal stimulierte Säuresekretion des Magens quantitativ untersucht werden. Aus gegebener Veranlassung sei betont, daß weitere Sekretionsanalysen, wie z. B. der Insulin-Sekretionstest, präoperativ nicht erforderlich sind. Der Insulintest gestattet nicht, den durch Vagusaktivität bedingten Sekretionsanteil festzustellen und so den zu erwartenden Vagotomie-Effekt abzuschätzen. Mit dem Insulintest kann man nur feststellen, ob eine Vagotomie mit oder ohne Erfolg durchgeführt wurde. Selbstverständlich kann aufgrund der Sekretionsanalyse allein im allgemeinen nicht die Indikation zur Operation gestellt werden. Auch heute wartet man im allgemeinen den dritten oder vierten Ulkusschub ab oder entschließt sich dann zur Operation, wenn die konsequente konservative Therapie nicht zum Erfolg geführt hat. Leider ist auch die selektive Ulkuschirurgie heute noch eine Idealforderung. Wir hoffen auch hier auf eine konzertierte Aktion zwischen Chirurgen und Internisten zum Wohle der Geschwürskranken, damit er bei erforderlich werdender Operation nur so viel von seinem Magen und seiner Funktion einbüßt, als es nach Intensität und Art der gastralen Sekretion und des Ulkuseidens erforderlich erscheint.

Diät bei Verdauungskrankheiten

Der Diät kommt bei manchen Krankheiten der Verdauungsorgane zweifellos eine ganz besondere, nicht selten sogar entscheidende Bedeutung zu. Wenn man aber die Gesamtheit der bücherfüllenden diätetischen Richtlinien vergleicht mit dem, was auf dem Gebiet der Diätetik experimentell und durch einfache Blind- und Kontrollversuche als gesichert gelten kann, so ist diese Diskrepanz erheblich und erstaunlich. DONALDSON hat unlängst in der Zeitschrift „Gastroenterology“ (4) einen leserwerten Überblick über den heutigen Stand der wissenschaftlichen gastroenterologischen Diätetik publiziert. Was dabei an gesicherten Fakten übrigblieb, ließ sich in der folgenden kleinen Tabelle 3 zusammenfassen.

Glutenfreie Kost	— idiopathische Sprue
Ø Laktose	— Laktasemangel
Ø Coffein und Alkohol	— pept. Ulkus
Mittelkettige Triglyzeride	— Steatorrhoe
Zellulosearme Kost	— stenosier. Darmprozesse
Ø Milch	— ein Teil der Colitis ulcerosa Pat.

Tabelle 3

Aufsteilung über diätetische Richtlinien bei Erkrankungen der Verdauungsorgane, deren Wirksamkeit als gesichert gelten kann (nach R. M. DONALDSON, Gastroenterology 52, 897 [1967])

Erstaunlich sind die Ergebnisse von einfachen Blind- und Kontrollversuchen über Zusammenhänge, die als durch vielfältige Erfahrung gesichert gelten. So konnte

z. B. gezeigt werden, daß bei Patienten mit normalem extrahepatischem Gallensystem Fettunverträglichkeit ebenso häufig vorkommt wie bei Kranken mit Gallenblasenleiden. Des weiteren ergab sich, daß bei einer großen Gruppe von Patienten, die über Fettunverträglichkeit klagten, nur 8% Beschwerden angaben, wenn entsprechendes, auch erhitztes Fett nicht sichtbar dem Essen beigemischt worden war (10, 16). Über mehrere Jahrzehnte hin war es allgemein üblich, Geschwürskranken eine strenge Diät zu verordnen. In sehr umfangreichen klinischen Kontrolluntersuchungen konnten u. a. LENNARD-JONES und Mitarb. (11) keinen Einfluß der Diät auf die Heilung des Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwürs und auch nicht auf die Menge der gebildeten Magensäure nachweisen. RUNE (15) hat mit Isotopenmethoden gezeigt, daß bei normaler Kostform die Magensekretion maximal angeregt wird, daß also dazu keine besonders appetitliche oder säurelockende Kost erforderlich ist. Damit ergibt sich folgerichtig, daß die allgemeine Diätregel für den Kranken mit *Ulcus duodeni*, er solle meiden, „was das Wasser im Munde zusammenlaufen läßt“, eigentlich unbegründet ist. Vielfach ist man daher verständlicherweise und auch wohl zur Freude vieler unnötig Geplagter dazu übergegangen, dem Ulkuskranken außer Alkohol und Bohnenkaffee auf leeren Magen keine diätetischen Beschränkungen aufzuerlegen. Ähnlich erfreut wird heute der Patient mit einer chronischen Leberkrankheit sein, wenn er hört, er könne alles essen, so er eine kalorisch ausreichende und genügend Eiweiß enthaltende Kost zu sich nehme. Sicherlich besteht kein Grund, damit alle überlieferten üblichen Diätrichtlinien außer acht zu lassen. Wir sollten respektieren, wenn der Patient angibt, daß er dies oder jenes nicht vertrage, ohne stets die angegebene Unverträglichkeit als Ausdruck einer durch das angeschuldigte Nahrungsmittel induzierten funktionellen oder anderweitigen Störung zu deuten. Klagen über Nahrungsunverträglichkeit können sehr unterschiedlich motiviert und durch ethnische, religiöse oder familiäre Gewohnheiten und Tabus bedingt sein.

Eine gute Behandlung setzt eine möglichst exakte Diagnose voraus. Sie besteht aber nicht nur darin, das

Rationale und Sinnfällige zu tun, sondern auch darin, alles zu unterlassen, was unnötige Belästigung oder Beschränkung für den Patienten bedeutet.

Literaturverzeichnis

1. ARDEMAN, S., J. CHANARIN, J. C. DOYLE: Studies on secretion of gastric intrinsic factor in man. *Brit. med. J.* 11, 600 (1964)
2. BROWN, C. H., M. SAHBA, E. LEVIN: Irradiation with cobalt 60 teletherapy in the treatment of complicated peptic ulcer. *Amer. J. Gastroent.* 38, 278 (1962)
3. DEMLING, L., R. OTTENJANN, K. ELSTER: Die Gastrobiopsie, *Ergeb. inn. Med. Kinderheilk.* Bd. 27. Springer, Heidelberg (im Druck)
4. DONALDSON, R. M., jr.: Diet and gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 52, 897 (1967)
5. GOLDGRABER, M. B., C. E. RUBIN, W. L. PALMER, R. L. DOBSON, B. W. MASSEY: The early gastric response to irradiation, serial biopsy study. *Gastroenterology* 27, 1 (1954)
6. HEINKEL, K., J. PRINGOT, N. HENNING: Verlauf der chronischen Gastritis. *Münch. Med. Wschr.* 109, 762 (1967)
7. HENNING, N., K. HEINKEL: Die Saugbiopsie als Untersuchungsmethode in der Magen-diagnostik. *Münch. Med. Wschr.* 97, 832 (1955)
8. JEFFRIES, Ch.: Recovery of gastric mucosal structure and function in pernicious anemia during prednisolone therapy. *Gastroenterology* 48, 371 (1965)
9. JOSKE, R. A., E. S. FINCKH, I. J. WOOD: Gastric biopsy, a study of 1000 consecutive successful gastric biopsies. *Quart. J. Med.* 24, 269 (1965)
10. KOCH, J. P., R. M. DONALDSON, jr.: A survey of food intolerance in hospitalised patients. *New. Engl. J. Med.* 271, 557 (1964)
11. LENNARD-JONES, J. E., N. BABOURIES: Effects of different foods on the acidity of the gastric contents in patients with duodenal ulcer. *Gut* 6, 113 (1965)
12. OTTENJANN, R., H. TOMATIS, W. STEGER: Zur Wirksamkeit von Schluckthrombin. *Med. Klin.* 62, 1751 (1967)
13. PIPER, D. W., B. H. FENTON: An evaluation of antacids in vitro. *Gut* 5, 585 (1964)
14. PRITCHARD, M. H.: A general method for estimating the properties of antacids. *Gut* 8, 73 (1967)
15. RUNE, S. J.: Comparison of the rates of gastric acid secretion in man after ingestion of food and after maximal stimulation with histamine. *Gut* 7, 344 (1966)
16. TAGGART, D., B. P. BILLINGTON: Fatty foods and dyspepsia. *Lancet* 2, 464 (1966)

Ansch. d. Verf.: Privatdozent Dr. med. R. Ottenjann, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

Die 19. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg der Bayerischen Landesärztekammer

findet vom 6. bis 8. Dezember 1968 unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Dr. med. René Schubert statt.

Themen:

- „Heutiger Stand der Therapie endokriner Erkrankungen“
- „Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen“
- „Querulanten und Simulanten“

Das Programm wird allen Ärzten in der Bundesrepublik übersandt werden

AUS DEM STANDESLEBEN

Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

41. Vortragsreihe: „Magen — Darm — Leber — Galle — Pankreas — Schilddrüse“

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr

Das Thema des 41. Augsburger Kongresses wurde so weit gesteckt, weil auf dem Gebiet der genannten Organe eine große Zahl von diagnostischen und therapeutischen Neuerungen sich entwickelt hatte, seitdem zum letzten Male beim 11. Augsburger Fortbildungskongreß im Juni 1953 das Gebiet der Magen-, Darm- und Stoffwechselerkrankungen behandelt wurde. Der folgende Bericht bringt zusammenfassend den Inhalt der wesentlichsten Vorträge.

Am ersten Tag wurde von Herrn Privatdozent Dr. H. FAHRLÄNDER, Basel, die „Malabsorption“ behandelt. Es handelt sich hierbei um eine verminderte Aufnahme der Nahrung durch den Dünndarm. Sie manifestiert sich in erster Linie durch die vermehrte Zahl der Darmentleerungen und durch den makroskopisch oder mikroskopisch feststellbaren vermehrten Fettgehalt des Stuhles. Patienten mit Malabsorption, vor, allem, wenn deren Ursache in einer eigentlichen Dünndarmerkrankung liegt, leiden nur sporadisch an Durchfällen. Sie können sogar obstipiert sein. Die wesentlichsten Symptome, die an eine Malabsorption denken lassen, sind Abmagerung infolge verminderter Kalorienzufuhr, Ödemneigung infolge verminderter Proteinaufnahme, Knochensymptome und -schmerzen infolge Osteoporose bei Kalziumresorptionsstörung. Auch eine hypokalzämische Tetanie kann infolge des Kalziummangels entstehen, infolge der Resorptionsstörung von Vitamin D kann es zu einer Osteomalazie kommen. Auch eine Anämie kann die Folge einer Malabsorption sein, wobei die Anämie durch Eisenmangel, Vitamin-B₁₂-Mangel oder Folsäuremangel zustande kommen kann. Manchmal kommen diese Ursachen gleichzeitig für die Entstehung einer Anämie bei Malabsorption in Frage. Infolge des Vitamin-B₁₂-Mangels können auch funikuläre Myelosen, Enzephalose und psychiatrische Symptome auftreten. Als weiterer Vitaminmangel kann eine Störung der Vitamin-K-Resorption eintreten, die zu hämorrhagischen Diathesen im Rahmen einer Koagulopathie führen. Infolge verminderter Kaliumresorption können schließlich auch muskuläre Lähmungen auftreten.

Die wesentlichsten Untersuchungen zur Erkennung einer Malabsorption sind Bestimmung des Serumproteingehalts, der β -Lipoproteide, des Kalziums, der alkalischen Phosphatase, des Serumphosphorspiegels, des Kaliumgehalts und des Prothrombingehalts. Die Bestimmung der Zuckerbelastungskurve nach Xylosebelastung ist diagnostisch allein nicht ausreichend, ebenso die Glukosebelastungskurve mit Glukosebelastung, da beide Kurven nur pathologisch ausfallen, wenn eine Erkrankung der Dünndarmschleimhaut vorliegt. Dementsprechend können sie jedoch zur Differentialdiagnostik eingesetzt werden. Wenn klinische Symptome und Serumbefunde eine Malabsorption vermuten lassen, so sollte versucht werden, zwischen einer Insuffizienz der Aufspaltungsphase im Lumen des Dünndarms und einer Störung der Aufnahme und Verarbeitung der Metaboliten in der Dünndarmschleimhaut zu

unterscheiden. Drei Hauptgruppen von Malabsorptionssyndromen kommen vor:

1. Die Malabsorption bei intakter Schleimhaut
2. die Malabsorption infolge Erkrankung der Dünndarmschleimhaut
3. die Malabsorption infolge Fermentdefekten, bei histologisch intakter Dünndarmschleimhaut

Zur ersten Gruppe gehören die totale Gastrektomie, die Pankreasinsuffizienz, z. B. nach akoholischer Pankreatitis, der chronische Verschlussikterus, Kurzschlüsse mit Umgehung des Dünndarms, z. B. eine gastrokologische Fistel, die operative Verkürzung des Dünndarms, Stase mit bakteriellem Infekt, blind-loop-Syndrom, Dünndarmdivertikulitis, Obstruktionen der Lymphbahnen des Dünndarms, z. B. infolge Tbc und Retikulosen. Zur zweiten Gruppe gehören die Glutein-induzierte Enteropathie, das ist die einheimische Sprue, die WHIPPLEsche Krankheit und arterielle Verschlüsse im Bereich des Truncus coeliacus und der Arteria mesenterica superior. Zur dritten Gruppe zählen der Saccharidase-Mangel, der Laktase-Mangel und die A- β -Lipoproteinämie.

Die Malabsorption bei totaler Gastrektomie ist nicht durch das Fehlen der peptischen Magenverdauung verursacht, sondern durch den direkten Weg der Speisen von der Speiseröhre in eine mittlere Dünndarmschlinge, wobei das Duodenum umgangen wird. Die normale Stimulation des Pankreas durch die Duodenalhormone Sekretin und Pankreozymin erfolgt hierbei verspätet und der Speisebrei wird nur noch unvollständig mit Abbauf fermenten durchmischt. Wenn man hierbei den Patienten 30 Minuten vor der eigentlichen Mahlzeit eine kleine Fettmenge in Form von Rahm oder Butter gibt, ist das Pankreas zum Zeitpunkt der eigentlichen Mahlzeit schon stimuliert und dadurch eine ausreichende Verdauung gewährleistet.

Die häufigste unter den mit Malabsorption einhergehenden eigentlichen Dünndarmerkrankungen ist die Glutein-induzierte Enteropathie (einheimische Sprue, HERTERSche Krankheit des Kleinkindes). Sie wird durch das Glutein, die Klebersubstanz des Weizens, Roggens, Hafers und der Gerste ausgelöst. Beim Erwachsenen findet sie sich zwischen dem 3. und 6. Lebensjahrzehnt. Wird die Erkrankung durch Einnahme einer streng glutinfreien Kost behandelt, so tritt meist innerhalb weniger Tage eine spektakuläre Besserung ein. Trotzdem braucht die Schleimhautveränderung noch Monate bis Jahre zur Ausheilung, wobei beim Erwachsenen die glutinfreie Kost unbegrenzt weiter durchgeführt werden muß. Dementsprechend sind Getreidekörner und Mehle von Weizen, Roggen, Hafer, Gerste und der daraus hergestellten Produkte verboten (Brote, Teigwaren, Grieß, Beutelsuppen, Soßenpulver, Puddingpulver, Konserven mit gebundenen Soßen, Bier, Malzextrakte, Wurstwaren, die Mehl enthalten und Ketchup). Erlaubt sind dagegen alle Mais-,



Priv.-Doz. Dr.
H. Fahrländer, Basel



Dr. E. Hafter
Zürich



Priv.-Doz. Dr. R. Hild
Heidelberg



Prof. Dr. L. Zukschwerdt
Hamburg

Reis- und Kartoffelprodukte sowie alle Fleischsorten, Milchprodukte und alle Fette. Die allen Malabsorptions-syndromen gemeinsame Fettresorptionsstörung kann vermieden werden, indem man in der Nahrung die langkettigen Triglyzeride durch die kurzkettigen ersetzt. Bei diesen besteht nämlich das Problem des Abbaus im Dünndarm und der Resorption durch die intestinalen Lymphbahnen nicht. Geschmacklich akzeptable Präparate mit kurzkettigen Triglyzeriden sind seit einiger Zeit auf dem Markt.

Besondere Beachtung fand der Vortrag von Dr. E. HAFTER, Zürich, über „**Pathogenese und Therapie des Meteorismus**“. Dieser ist nämlich nach den Schmerzen das häufigste Darmsymptom. Oft findet er sich bei organischen Darmerkrankungen, vor allem bei stenosierenden Prozessen. Normalerweise findet sich im Magen etwas Gas als sogenannte Magenblase, dagegen enthält der Dünndarm kaum Gas, das Kolon fast immer in seinen hochgelegenen Abschnitten. Der gesunde Erwachsene stößt pro Tag 500—2000 ml Gas durch den Anus aus.

Der größte Teil der im Darm vorkommenden Gase entsteht durch chemische Reaktion, nur ein geringer Teil besteht aus beim Essen und Trinken verschluckter Luft. Große Mengen CO_2 werden frei bei der Neutralisierung der HCl des Magens durch Bikarbonat des Pankreassekrets. Große Gasmengen entstehen bei der enzymatischen Aufspaltung der Nahrung. In der rechten Kolonhälfte wird durch Gärung der Kohlehydrate CO_2 , CH_4 und H_2 frei, in der linken Kolonhälfte durch Fäulnis der Proteine außerdem NH_3 und in Spuren das übelriechende H_2S . Auch flüchtige Fettsäuren sind für den schlechten Geruch der Darmgase verantwortlich. Durch den enzymatischen und bakteriellen Abbau einer einzigen Mahlzeit entstehen ungefähr 15 l Gas.

Das häufige und lästige Symptom des Meteorismus kann seine verschiedensten Ursachen haben und durch deren Beseitigung und adäquate Therapie in den meisten Fällen gemildert oder behoben werden.

Eine organische Passagebehinderung muß durch Rektosigmoidoskopie und Röntgenuntersuchung von Kolon und Dünndarm ausgeschlossen werden. Aerophagie sollte durch lautloses Schlucken und ebenso aktives Aufstoßen vermieden werden. Diese kann vor allem durch Lösung psychischer Konfliktsituationen gebessert werden. Meteorismus bei Achlorhydrie wird häufig durch HCl -Medikation beseitigt, Meteorismus bei der seltenen exokrinen Pankreasinsuffizienz bessert sich meist auf Enzympräparate, die jedoch hoch dosiert werden müssen. Durch Einschränkung der Milchmenge

läßt sich ein Meteorismus infolge Laktasemangels verbessern. Auch durch Normalisierung einseitiger Ernährung, z. B. Rohkost oder zuviel Kohlehydrate, läßt sich eine relative Enzyminsuffizienz beheben. Die vermehrte bakterielle Gasbildung im Kolon läßt sich durch Mexaform bessern (zunächst dreimal täglich zwei Tabletten drei Tage lang, dann acht Tage lang dreimal täglich eine Tablette). Bei Obstipation soll möglichst nicht mit Laxantien, sondern mit Muzilaginosen, z. B. Leinsamen, behandelt werden. Eine beschleunigte Gasentleerung läßt sich durch Prostigmin oder besser noch durch Paspertin erreichen. Nervös gespannte Individuen zeigen eine Besserung ihres Meteorismus mit der Kombination von Sedativa und Anticholinergika. Die antimeteoristische Wirkung von Bismutum subnitricum, das das übelriechende H_2S absorbiert, ist seit langem bekannt.

Die neuerdings in zunehmendem Maße im Handel befindlichen Schaummittel bringen in etwa 50 Prozent der Fälle nach subjektiven Angaben eine Besserung des Meteorismus. Nicht vergessen werden sollte, daß bei Meteorismus auch eventuell vorhandene Kreislaufstörungen behandelt werden müssen. Der gesunde Übergewichtige kann dies durch vermehrte körperliche Bewegung, Atem- und Bauchgymnastik erreichen, der Herzkranke durch herzwirksame Glykoside und der Zirrhotiker durch Bettruhe.

Privatdozent Dr. R. HILD, Heidelberg, sprach über die „**Angiologische Diagnostik in der Gastroenterologie**“. Er wies darauf hin, daß im Gegensatz zu den Durchblutungsstörungen des Herzens, des Gehirns und der Gliedmaßen die Erkennung einer viszeralen Mangel-durchblutung erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Moderne rekonstruktive Operationsverfahren machen die früher infauste Prognose der Eingeweidearterienverschlüsse wesentlich günstiger, vorausgesetzt, daß sie früh erkannt werden. Da mehr als 70 Prozent der Fälle durch eine arterielle Embolie hervorgerufen werden, ist der Nachweis eines potentiellen Embolusstreuerherdes in Form von Klappenfehlern, z. B. Mitralstenose oder einer schweren Herzinsuffizienz mit Vorhofflimmern, diagnostisch richtungweisend. Das gleiche gilt für rauhe, pulssynchrone Strömungsgeräusche über der thorakalen und lumbalen Aorta, welche häufig durch Aortensklerosen bzw. Aneurysmen verursacht werden. Bei jedem akuten Abdomen sollten bereits in anderen Gefäßprovinzen abgelaufene arterielle Embolien an die Möglichkeit eines Eingeweidearterienverschlusses denken lassen.

Für die Prognose des akuten Ischämiesyndroms der Eingeweideschlagadern ist die Frühdiagnose von ausschlaggebender Bedeutung. Wird infolge des klinischen

Bildes an die Möglichkeit einer embolischen oder thrombotischen Verlegung der Viszeralarterien gedacht, sollte der Arterienverschluß angiographisch entweder durch hohe lumbale Aortographie oder durch selektive transaortale Katheterarteriographie in zwei Ebenen nachgewiesen werden. Eine erfolgreiche Revaskularisierung des Darms kann nur innerhalb der ersten sechs Stunden nach Eintritt des Verschlusses durchgeführt werden. Später bestehen meist irreversible Gewebeschäden, die nur noch eine Resektion der infarzierten Darmabschnitte mit einer entsprechend hohen Mortalität zulassen.

Der akute und chronische Verschluß der Viszeralarterie zeigt deutliche Unterschiede. Beim akuten Verschluß kommt es im Initialstadium, das etwa eine bis zwei Stunden dauert, zu einem plötzlichen diffusen Abdominalschmerz wechselnder Intensität ohne lokale Abwehrspannung und Loslaßschmerz. Infolge des Kreislaufschocks kommt es zur schweren Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes. Blutige oder schleimige Stühle treten auf. Anschließend tritt ein etwa zwei bis zwölf, manchmal auch bis 24 Stunden dauerndes stilles Intervall auf mit allmählichem Erlahmen der Darmtätigkeit und zunehmend spärlicheren Darmgeräuschen. Das Endstadium ist schließlich gekennzeichnet durch paralytischen Ileus, Durchwanderungsperitonitis und allgemeine Intoxikation mit irreversibler Darmschädigung.

Die chronische arterielle Durchblutungsinsuffizienz der Viszeralorgane ist durch intermittierende abdominale Schmerzattacken charakterisiert, die vor allem im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme auftreten. Sie setzen typischerweise etwa 15 bis 30 Minuten nach den Mahlzeiten ein und halten gewöhnlich für eine bis drei Stunden an. In etwa zwanzig Prozent der Fälle kommt es auch zu einem Malabsorptionssyndrom mit erheblichem Gewichtsverlust und Störung der Darmmotorik. Häufig lassen sich auch para- oder supraumbilikal rauhe meso- bis holosystolische Strömungsgeräusche feststellen. Diese werden im Gegensatz zu den durch Stenosen der Aorta hervorgerufenen Schaliphänomenen nicht in die Oberschenkelarterien fortgeleitet.

Der erste Kongreßtag wurde beschlossen mit einem Podiumsgespräch über „Schilddrüsenerkrankungen“, das mit Kurzreferaten von Professor Dr. H. W. PABST, München, und einem Referat von Professor Dr. L. ZUKSCHWERDT, Hamburg, eingeleitet wurde. Professor PABST wies darauf hin, daß die moderne Schilddrüsendiagnostik sich vor allem auf drei wesentliche Untersuchungsverfahren stützt:

1. den Radiojodspeicherungstest
2. die Schilddrüsenszintigraphie und
3. die Bestimmung des proteingebundenen inaktiven Jods (PB 127 J) im Serum.

Mit diesen drei Methoden kann der größte Teil der Schilddrüsenfunktionsstörungen aufgedeckt werden. Der Radiojodspeicherungstest gibt Aufschluß über den zeitlichen Ablauf des Jodstoffwechsels in der Schilddrüse und stellt eine Resultante dar aus Jodidaufnahme durch die Schilddrüse, Einbau des Jods in die organischen Verbindungen und Ausschüttung der Schilddrüsenhormone in die Blutbahn. Der Radiojodtest gibt nur Aufschluß über die Kinetik des Radiojodumsatzes, nicht über Art und Mengen der tatsächlich von der Drüse ausgeschütteten Hormone. Daher können im Jodman-

gelgebiet weder die Speicherungshöhe noch der Radiojodumsatz allein eine sichere Abgrenzung von Euthyreosen und Hyperthyreosen ermöglichen. Wenn ein beschleunigter Radiojodumsatz nicht vorliegt, ist mit 95 Prozent Wahrscheinlichkeit jedoch anzunehmen, daß eine Hyperthyreose nicht vorliegt. Die Bestimmung des eiweißgebundenen, nicht radioaktiven Jods im Serum stellt eine wesentliche Ergänzung des Radiojodtestes dar, Grenzfälle können hiermit jedoch nicht erfaßt werden. Als einfache Methode mit hoher Treffsicherheit empfiehlt Professor PABST den Suppressionstest mit Trijodthyronin. Hierbei wird die thyreotrope Aktivität des Hypophysenvorderlappens mit T₃ gehemmt, so daß es zu einer Bremsung der endogenen Schilddrüsenhormonproduktion kommt. Eine positive Suppression, d. h. eine Verlangsamung der Radiojodkinetik unter T₃, scheidet eine Hyperthyreose aus und beweist, daß die Schilddrüse zur Aufrechterhaltung eines konstanten Hormonspiegels unter vermehrter thyreotroper Stimulierung steht. Umgekehrt kann man mit Stimulierung durch TSH eine primäre von einer sekundären Hypothyreose unterscheiden.

Mit dem Radiojodfunktionstest kann man die Szintigraphie der Schilddrüse verbinden. Sie gibt Auskunft über Lage, Form und Größe des Organs mit genauen funktionstopographischen Angaben. Bei kalten Knoten kann es sich entweder um bindegewebig umgewandelte Anteile von Knotenkröpfen, um Zysten, Blutungen, Abszesse oder entsprechende maligne Neubildungen bzw. Metastasen handeln. Auch zur Diagnostik von autonomen Adenomen und zur Erkennung einer eventuellen Zungengrundstruma ist die Szintigraphie von großer Bedeutung.

Herr Professor PABST wies darauf hin, daß eine erschöpfende Schilddrüsendiagnostik als Grundvoraussetzung für eine rationelle Therapie ohne die nuklearmedizinischen Methoden heute nicht mehr durchgeführt werden kann. Herr Professor Dr. PABST war sich mit Professor Dr. L. ZUKSCHWERDT darüber einig, daß die Wahl der Therapie in jedem Falle in gemeinsamer Diskussion und in engster Zusammenarbeit mit den Radiologen unerlässlich ist, sowohl in der prä- als auch in der postoperativen Phase.

Herr Professor Dr. L. ZUKSCHWERDT sprach in seinem Kurzreferat über die „chirurgische Therapie von Schilddrüsenerkrankungen“. Als Operationsindikationen für eine operative Therapie der Hyperthyreose mit Struma sind zu nennen: Diffuse toxische Struma bei Kindern, Jugendlichen sowie bei erheblichen mechanischen Auswirkungen, bei hoher Strahlenresistenz, in der Gravidität, bei der Laktation und bei der toxischen Knotenstruma. Während diese Resektionen mit präliminärer Gefäßunterbindung durchgeführt werden, unterbleibt die Gefäßunterbindung beim toxischen Adenom. Kontraindikationen zur operativen Therapie bei der Hyperthyreose bestehen bei Hyperthyreose ohne Struma, bei Hyperthyreosis factitia, bei Psychose, bei Pseudohyperthyreose und Frühstadien der HASHIMOTO-Thyreoiditis und subakuten Thyreoiditis sowie bei bländen Strumen mit Grundumsatz bis +20 Prozent. Eine Krisis bei interkurrenten Erkrankungen führt ebenfalls zur Kontraindikation.

Zur Operationstechnik gab Professor ZUKSCHWERDT an, daß grundsätzlich, außer beim malignen Tumor, funktionsfähiges Gewebe soweit wie möglich zu erhal-



Prof. Dr. H. Hartweg
Basel



Priv.-Doz. Dr. E. Böhle
Frankfurt



Prof. Dr. W. Siede
Frankfurt



Dr. E. Gugler
Bern

ten ist. Die Entfernung normal funktionierenden Gewebes und dessen Schädigung durch Gefäßunterbindung führen über vorübergehende Hypothyreose zu hypophysärem Wachstumsreiz der Thyreoidea mit Rezidiven. Daraus ergibt sich, daß grundsätzlich vor einer Schilddrüsenoperation ein Schilddrüsenzintigramm anzufertigen ist.

Bei allen Strumaoperierten sollten fortlaufend halbjährliche Kontrollen über zehn Jahre nach der Operation durchgeführt werden.

Am zweiten Tag des Kongresses sprach Herr Professor Dr. H. HARTWEG, Basel, über den „**Doppelkontrast in der Gastro-Intestinalen Röntgendiagnostik**“. Die Kombination eines positiven und eines negativen Kontrastmittels hat bei manchen Untersuchungen deutliche Vorteile, wie schon FISCHER 1923 am Dickdarm gezeigt hat. Professor HARTWEG empfahl die Doppelkontrastuntersuchung bei Durchleuchtungen des Magens dann, wenn Gebiete, die der direkten Palpation nicht zugänglich sind, genauer untersucht werden sollen, wie Fornix und Kardia. Dabei bekommt der Patient etwa $\frac{1}{2}$ Mundglas normaler Bariumaufschwemmung zu trinken. Sodann erhält er $\frac{1}{4}$ Mundglas einer Lösung von 2 g Natrium bicarbonicum zu trinken. Kurz darauf wird nochmals $\frac{1}{4}$ Mundglas einer Lösung von 1,5 g Acidum tartaricum verabreicht. Die erforderlichen Chemikalien sind in den entsprechenden Mengen jeweils in Tütchen verpackt in jedem Durchleuchtungsraum vorrätig zu halten. Die kurz nach dem Trinken der zweiten Lösung einsetzende Gasentwicklung führt rasch zur gewünschten Entfaltung des Magens. Mit dieser Methode lassen sich die Wandflächen des Magens außerordentlich plastisch mit allen Einzelheiten der Schleimhautfaltung darstellen. Wichtig ist, daß der Patient bei der Untersuchung nicht aufstößt, damit das Gas während der Untersuchung im Magen verbleibt. Die Doppelkontrastmethode ist am Magen besonders wichtig zur Erkennung von bösartigen und gutartigen Tumoren in der Kardia- und Fornixgegend sowie zur Beurteilung von Veränderungen an Resektionsmägen. Um Veränderungen der Papilla Vateri, Duodenaltumoren oder entzündliche und neoplastische Prozesse der benachbarten Organe, vor allem des Pankreaskopfes, darzustellen, empfiehlt sich die Duodenographie, die in Atonie oder Hypotonie durchgeführt wird. Dabei erhält der Kranke 2 mg Antrenyl i. m. verabfolgt. Nach etwa 15 Minuten wird eine Duodenalsonde gelegt, deren Spitze im Bulbus verbleibt. Durch die Sonde werden 10 ml einer einprozentigen Xylocainlösung gespritzt. Nach weiteren zehn Minuten gibt man durch die Sonde 150 ml einer angewärmten Bariumsulfatsuspension sowie anschließend

Luft, die nachinjiziert wird, so oft es erforderlich erscheint.

Bei Untersuchungen des Dickdarms ist die Doppelkontrastmethode allgemein bekannt. Für eine Diagnosestellung ist jedoch eine sehr sorgfältige Reinigung des Kolons Voraussetzung, da selbst Kotspuren auf den Bildern sichtbar werden und zu Fehldiagnosen Anlaß geben können.

Privatdozent Dr. E. BÖHLE, Frankfurt am Main, zeigte in seinem Referat, welche Möglichkeiten einer „**modernen Leberdiagnostik**“ im Rahmen verschiedener Untersuchungsmethoden, vor allem in Beziehung zur ärztlichen Praxis, bestehen. Zunächst gilt es, allgemein den Nachweis einer Lebererkrankung zu führen. Dies kann mit Hilfe einzelner Suchreaktionen in Verbindung mit Anamnese und dem klinischen Untersuchungsbefund erreicht werden. Je mehr Einzelbefunde und Symptome jedoch bei einem solchen Vorgehen zusammengefaßt werden können, desto größer ist die Möglichkeit, eine umfassende Aussage über den Gesamtzustand der Leber zu bekommen. Je nach den verschiedenen Gruppen von Funktionen und Aufgaben der Leber lassen sich verschiedene Untersuchungsgruppen unterscheiden. Zur Untersuchung des Gallenfarbstoffwechsels empfiehlt sich die Bestimmung des Serumbilirubins, sie sollte bei keiner Leberuntersuchung fehlen. Der Eiweißstoffwechsel läßt sich mit Hilfe von Gesamteiweißbestimmung und Serumelektrophorese umgrenzen. Eventuell kommen zur Untersuchung die Bestimmung der Immunglobuline, der Gerinnungsfaktoren, vor allem des Prothrombin und der Thromboplastinzeit in Frage. Die sogenannten Serumlabilitätsproben sind stark unspezifisch und daher nur von geringem Wert. Mit der Bestimmung des Blutammoniaks läßt sich die Entgiftungsfunktion der Leber messen. Große Bedeutung im Rahmen der Leberdiagnostik hat die Bestimmung verschiedener Fermentaktivitäten im Serum erlangt. Leberspezifisch sind hierbei vor allem die SGPT, die Glutamatdehydrogenase, die Sorbitdehydrogenase und Phosphofrukt-Aldolase. Die Bestimmung der Serummineralien, besonders des Kaliums, ist für die Aufdeckung eines Elektrolytkomas von entscheidender Bedeutung. Erhöhte Werte für veresterte Fettsäuren und Cholesterin im Blutserum werden vor allem bei der Fettleber angetroffen. Erhöhte Phospholipidwerte finden sich besonders bei der intrahepatischen Cholestase und der biliären Zirrhose. Die Höhe des Serumeisens hängt von der Stärke eines Leberparenchymschadens ab. Beim Verschlußikterus ist die Serumkupferkonzentration gesteigert. Rheuma- und LE-Faktoren haben ihre Bedeutung in der Diagnostik der hyper- γ -globulinämischen progressiven chronischen oder sogenannten lupoiden Hepatitis.

Verschiedene Stoffwechsel- oder Ausscheidungsfunktionen lassen sich mit den sogenannten Leberfunktionsprüfungen durchführen. Zu ihnen gehören die Bromsulfaleinprobe, der Zweifarbstofftest, der Prontosil-Test, die Bilirubinbelastungsprobe, die Indocyanin-Grün-Belastungsprobe, die Funktionsprüfungen mit markiertem Bengalrosa, die Galaktosebelastung, die Glukosebelastung oral oder i. v. und der Tolbutamid-Test.

Eine große Bedeutung bei der Leberdiagnostik in bestimmten Fällen kommt auch der laparoskopischen und histologischen Untersuchung der Leber zu. Der diagnostische Wert eines solchen Eingriffs ist unbestritten, ebenso wie die Ungefährlichkeit der Untersuchung in der Hand des Geübten.

Die radioaktive Hepatographie oder Leberszintigraphie hat in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Mit ihr lassen sich vor allem umschriebene Leberprozesse mit einem Durchmesser von mehr als 2 cm nachweisen. Schließlich seien noch angiographische Methoden genannt, mit denen spezielle leberdiagnostische Fragen beantwortet werden können: Zu ihnen gehören die Splenoportographie, die Cholangiographie und die Zölikographie.

Professor Dr. W. SIEDE, Frankfurt am Main, sprach über „atypische Verlaufsformen und Therapien der Hepatitis“. Er teilt die verschiedenen Erscheinungs- und Verlaufsformen der Virushepatitis ein wie folgt:

1. Akute ikterische Hepatitis
2. Akute anikterische Hepatitis
3. Akute nekrotisierende Hepatitis
4. Subakute progressive Hepatitis
5. Akute cholestatische Hepatitis einschließlich akute cholangiolitische Hepatitis
6. Akute persistierende Hepatitis

In dieser Zusammenstellung wurden die inapparenten Infektionen nicht weiter berücksichtigt. Die akute anikterische Virushepatitis ist, soweit es sich nicht um abortive Fälle handelt, mit Ausnahme des fehlenden Ikterus der ikterischen Hepatitis sehr ähnlich. Die anikterische Hepatitis ist deshalb von so großer Bedeutung, weil manchmal 50 bis 70 Prozent einer Epidemie anikterisch verlaufen. Von den Symptomen der anikterischen Hepatitis findet sich die Hepatomegalie am häufigsten (87 Prozent). Auch Verdauungsstörungen (69 Prozent) und Ermüdbarkeit (27 Prozent) finden sich häufig. Diarrhoe findet sich in 27 Prozent der Fälle, Anorexie (23 Prozent), abdominale Druckbeschwerden (23 Prozent), Nausea (7 Prozent) und Erbrechen (3 Prozent) kommen ebenfalls vor.

Bei der akuten nekrotisierenden Hepatitis, die auch als fulminante Hepatitis bezeichnet wird, finden sich schon von Anfang an nach akutem Beginn schwerste Krankheitszeichen. Der Tod tritt oft innerhalb der ersten acht bis zehn Tage, oft aber auch bis zur dritten Woche ein. Manchmal können im Verlauf von Wochen Gelbsucht und allgemeine Verschlechterung eintreten. Völlige Appetitlosigkeit, schwerste Übelkeit, oft unstillbares Erbrechen und Verweigerung jeder Nahrungsaufnahme spielen neben der Feststellung einer starken Adynamie eine wichtige Rolle bei der Diagnostik. In der Ausatemungsluft stellt man den typischen Geruch fest, der als Foetor hepaticus bezeichnet wird. Weiterhin kann Fieber auftreten, die Lebergröße nimmt ständig ab.

Zeichen einer hämorrhagischen Diathese werden weiterhin gefunden. Die Blutungsneigung ist auf komplexe Schäden im Gerinnungssystem zurückzuführen. Im Blutbild kann eine Leukozytose gefunden werden. Weiterhin werden neurologische und psychiatrische Symptome mit zunehmender Erkrankung festgestellt. Typisch ist der sogenannte Flattertremor der Hand, der auch als Flapping-Tremor bezeichnet wird. Bei der progressiven subakuten Hepatitis geht der Ikterus nicht völlig zurück und verstärkt sich im späteren Verlauf wieder. Dabei ist die Leber vergrößert und verhärtet, auch die Milz kann getastet werden. Fieber, Aszites, Ödeme und Blutungsneigung können auftreten, während die Albumine im Serum weniger werden, kommt es zu einer Vermehrung der γ -Globuline.

Ein typisches Zeichen der cholestatischen Hepatitis ist vor allem die intensive Grünfärbung beim sogenannten Verdinikterus. Dabei entfärbt sich der Stuhlgang völlig, der Urin wird dunkelgrün. Ein typisches Zeichen ist auch das ausgeprägte Hautjucken mit den entsprechenden Kratzeffekten. Bei den Laboruntersuchungen steht eine starke Erhöhung der alkalischen Phosphatase im Vordergrund, auch die Cholesterinwerte und die Phospholipide zeigen Anstiege. Dagegen sind die Transaminasen normal oder meist nur gering erhöht.

Die akute persistierende Hepatitis gleicht im wesentlichen dem akuten ikterischen Verlaufstyp. Während jedoch der Ikterus abklingt, bleiben die übrigen Laborbefunde, vor allem die Transaminasen pathologisch, die Leber bleibt vergrößert und konsistenzvermehrt. Die Ausheilung tritt meist erst nach einer Dauer von 1 bis 6 Jahren auf.

Das Thema der Lebererkrankungen wurde von Professor Dr. M. DORNER, Straßburg, fortgeführt mit seinem Bericht über die „Praxisdiagnostik und Therapie der Fettleber“. Die rechtzeitige Entdeckung der Fettleber ist deshalb von so großer Bedeutung, weil sie ein Alarmsignal für eine eventuelle spätere Leberzirrhose und sekundär auch für einen beginnenden Diabetes betrachtet werden muß. Außerdem ist in diesem Anfangsstadium die Schädigung noch durch Anwendung einer adäquaten Therapie rückgängig zu machen. Der Gedanke einer Fettleber liegt dann nahe, wenn man bei der Palpation eine deutlich vergrößerte Leber von relativ fester und zugleich leicht elastischer Konsistenz feststellt. Diese Hepatomegalie tritt meistens isoliert auf, ist selten mit einer leichten cholestatischen Gelbsucht verbunden oder noch seltener ein Zeichen einer portalen Hypertension.

Die subjektiven Beschwerden sind uncharakteristisch und können auch ganz fehlen. Es finden sich ein Gefühl der Schwere, Druckgefühl im rechten Oberbauch, langsame Verdauung mit Neigung zum Meteorismus, Appetitlosigkeit, morgendliches Erbrechen, leichtes Anschwellen der unteren Glieder. Manchmal kommt auch nur eine leichte Veränderung des Allgemeinbefindens mit Gewichtsabnahme vor.

Von den Laboruntersuchungen lassen uns die Serumlabilitätsproben völlig im Stich, lediglich die Transaminasen können manchmal leicht erhöht sein. Die Bromsulfaleinprobe fällt in den fortgeschrittenen Fällen auch leicht pathologisch aus. Die geringe Erhöhung des Bilirubinspiegels auf ca. 1,2 bis 2,5 mg Prozent kann

das Vorhandensein eines Subikterus objektivieren. Die Serumlipide können erhöht sein, ebenso kann eine Störung des proteinämischen Gleichgewichts vorkommen mit einer leichten Vermehrung der α -2-Globuline und der γ -Globuline. Sicher bewiesen werden kann die Diagnose der Fettleber nur mit Hilfe der Leberbiopsie.

Zur Regulierung des Fettstoffwechsels in der Leber sind einige Faktoren unentbehrlich. Dazu gehören u. a. Tryptophan, Lysin, Leucin, Cholin, Methionin, Vitamin B₁₂. An Tierexperimenten konnte gezeigt werden, daß das Fehlen dieser Faktoren Lebersteatosen hervorrufen kann. So konnte bei Heimkehrern aus langer Gefangenschaft festgestellt werden, daß eine langdauernde Fettleber in eine echte Leberzirrhose übergehen kann. Dies gilt auch für spezielle Nahrungsschäden, wie z. B. dem tropischen Kwashiorkor, oder auch als Folgeschäden von Gastrektomie, Pankreasleiden und Darmleiden wie der Sprue. Weiterhin führen langdauernde Infektionen, wie z. B. die Tuberkulose, und zahlreiche Intoxikationen mit chemischen Stoffen zur Fettleber. Hierzu gehören vor allem der Tetrachlorkohlenstoff, Chloroform, Phosphor, Pilzgifte und vor allem auch der Alkohol, der in unseren Regionen die häufigste Ursache der Fettleber ist. Der Alkohol wirkt unabhängig von diätetischen Faktoren direkt auf die Leber toxisch. Dies konnte in entsprechenden Versuchen an Freiwilligen festgestellt werden.

Zusammenfassend ist bei den genannten Leiden die Leberaffektion ein völlig sekundäres Phänomen im klinischen Bild.

Findet man hingegen eine isolierte Fettleber ohne Hinweise auf andere klinische Ursachen, so muß man, besonders wenn nach gründlicher Untersuchung Alkoholismus ausgeschlossen wird, an einen Diabetes denken, besonders an den Altersdiabetes und an den Prädiabetes, denn die Lebersteatose kann dem klinischen Erscheinungsbild des Diabetes um einige Jahre vorausgehen. Hier ist daher eine eingehende Untersuchung vorzunehmen, um eventuelle Kohlehydratstoffwechselstörungen aufzudecken. Hierzu gehören vor allem die Glukosebelastungsprobe und der Tolbutamid-Test.

Herr Dr. GUGLER, Bern, wies in seinem Vortrag über die „Mukoviszidose“ darauf hin, daß diese Erkrankung vor allem in den mitteleuropäischen Gebieten häufiger ist, als man allgemein annimmt. Die Mukoviszidose ist eine Erbkrankheit und stellt wahrscheinlich die häufigste angeborene Stoffwechselstörung dar. Sie wird auch als Pankreasfibrose bezeichnet und betrifft hauptsächlich das Kindes-, Adoleszenten- und das junge Erwachsenenalter. Es ist daher wichtig, daß sich nicht nur der Pädiater, sondern jeder Arzt mit der klinischen Symptomatologie und den diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten vertraut macht.

Die Mukoviszidose ist eine generalisierte Erkrankung der endokrinen Drüsen, die aufgrund eines genetischen Enzymdefekts ein abnormes Sekret von stark erhöhter Viskosität produzieren. Dies führt zu Dilatation und Verstopfung der Ausführungsgänge, woraus am Pankreas eine Achylie der Pankreasenzyme resultiert. Auch die intrahepatischen Gallengänge, die Bronchialdrüsen sowie Darm- und Speicheldrüsen sind von den Veränderungen betroffen. Die häufigsten Erscheinungen der Erkrankung im Abdominalbereich sind chronische Verdauungsstörung mit Steatorrhoe, Stickstoffverlust, Dystrophie, Wachstumsrückstand, Hepatomegalie, Analprolaps und Mekoniumileus. Auf der pulmonalen Seite stehen chronische Bronchitiden, pertussoider Husten, rezidivierende Bronchopneumonien, Bronchiektasen, Trommelschlegelfinger, ein obstruktives Emphysem oder ein cor pulmonale im Vordergrund.

Diagnostische Hauptkriterien sind die vermehrte Ausscheidung von Natrium und Chlor im Schweiß, was z. B. mittels Pilocarpin-Iontophorese festgestellt werden kann, die Pankreasinsuffizienz, die Lungenaffektion und die Familiarität der Erkrankung.

Die Therapie der Magen-Darmstörungen umfaßt sowohl diätetische Maßnahmen mit kalorienreicher, eiweiß- und kohlehydratreicher Kost, die mit gutverdaulichen Fetten versetzt ist, sowie Substitution fehlender oder verminderter Pankreasenzyme. Im Bereich des Respirationstraktes wird eine Aerosolbehandlung mit Sekretolytika, Bronchodilatoren, spezifischen Mukolytika und Antibiotika durchgeführt. -Ws.-

Spezialklinik zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken in Bad Trißl, Gemeinde Oberaudorf, für Kassen- und Privatpatienten

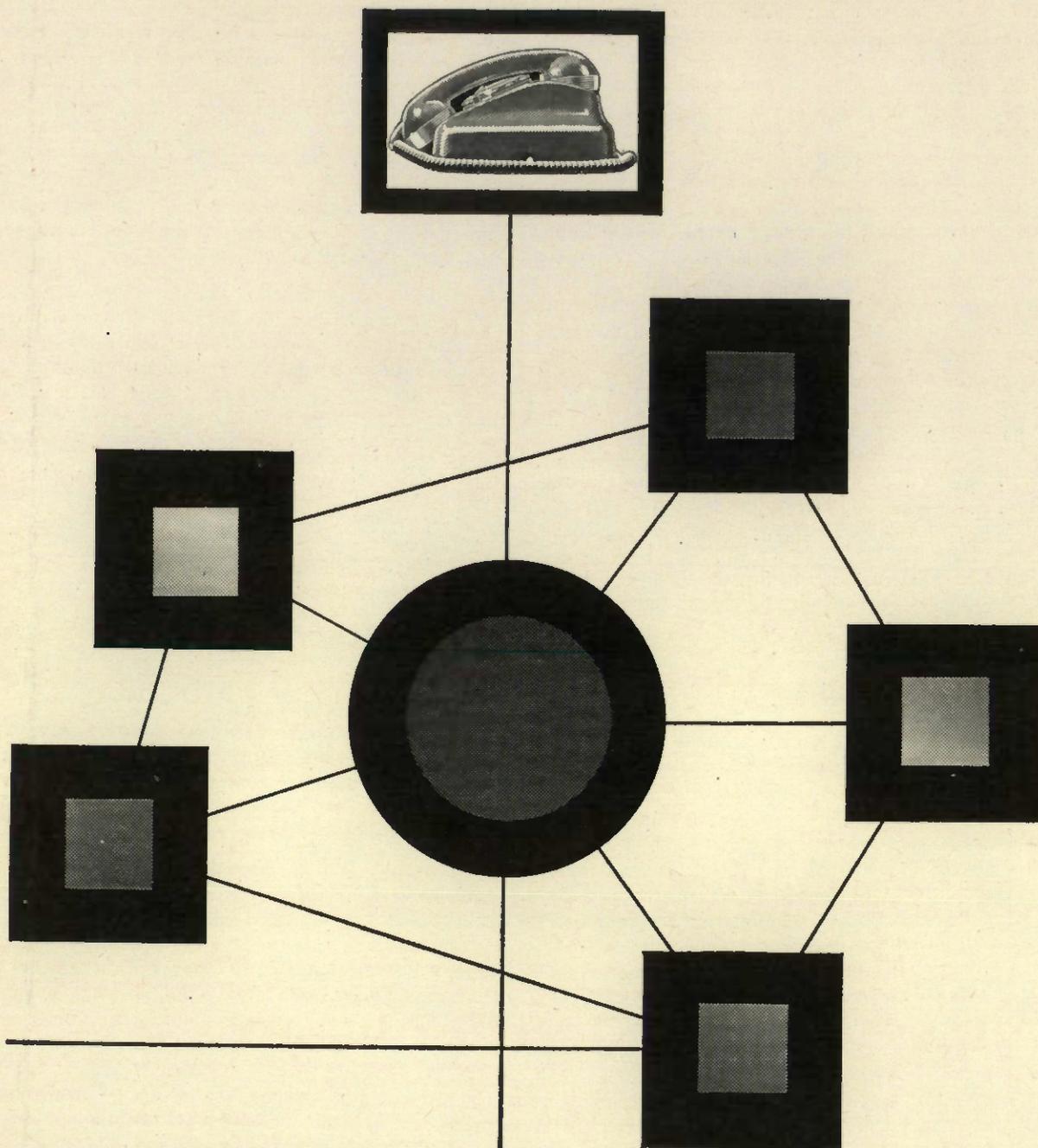
— In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung
in Bayern —

Chefarzt: Dr. med. A. Leonhardt, Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe

Anmeldung von Patienten auf vorgedrucktem ärztlichem Befundbericht **ausschließlich** über die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung, 8000 München 23, Königinstraße 85/IV, zu Händen des Geschäftsführenden Arztes.

Nach entsprechender Benachrichtigung durch die Arbeitsgemeinschaft Einweisung in die Klinik mit dem üblichen Krankenhaus-Einweisungsschein.

Die Formulare für den Befundbericht sind bei der Arbeitsgemeinschaft und bei den Formularausgabestellen der Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhältlich.



Haben Sie ein Überall-Telefon?

Natürlich nicht – aber bestimmt hätten Sie gern überall ein Telefon. In den Geschäftsräumen und selbstverständlich in der Wohnung. Nutzen Sie Ihren Amtsanschluß. Schon eine kleine Siemens-Fernsprech-Nebenstellenanlage bietet 2 bis 10 Sprechstellen bei einer Amtsleitung. Von jeder Sprechstelle aus können Amtsgespräche geführt werden – wenn Sie es wünschen. Sie können den einen oder anderen Fernsprecher auch vom Zugang zum öffentlichen Netz ausschließen.

Interne Gespräche sind gebührenfrei – auch wenn die Nebenstelle auf einem anderen Grundstück liegt. Ganz sicher haben Sie einen Fernsprechanschluß, aber wie viele Fernsprecher brauchen Sie wirklich? – Sie können Siemens-Nebenstellenanlagen ab zwei Sprechstellen kaufen oder mieten. Wir beraten Sie gern. Siemens Aktiengesellschaft, Zweigniederlassung München, 8000 München 27, Richard-Strauß-Straße 76

BEI UNRUHE DES PSYCHOLABILEN

erhöht Coffein die Irritabilität.
Umstellung auf Kaffee Hag
empfiehlt sich doppelt,
denn Entcoffeinierung und
Dämpfung schalten die Reizwirkung
von Coffein und bestimmten
Röstprodukten zuverlässig aus.
So ist doppelte Bekömmlichkeit
gesichert.



KAFFEE HAG

Literatur und Muster durch
HAG AG, 28 Bremen 1

Herzverpflanzung — Todeszeitbestimmung

Stellungnahmen des Weltärztebundes und des C. I. O. M. S.

Zu diesem Thema hat am 13./14. 6. 1968 eine Konferenz in Genf stattgefunden, die vom C. I. O. M. S. (Council for International Organizations of Medical Sciences) — einer Organisation, die der WHO und der UNESCO nahesteht — veranstaltet wurde. Teilnehmer waren 24 Wissenschaftler (vorwiegend Herzchirurgen und Immunologen). Sie befaßten sich vor allem mit den Vorbedingungen, die bei Herzverpflanzungen gegeben sein müssen, insbesondere mit dem Zustand des Spenderherzens und der Todeszeitbestimmung. Die Entschliebung der Konferenz ist nachstehend wiedergegeben:

Herzverpflanzung

Eine Entschliebung der C. I. O. M. S. - Konferenz,
Genf, 13./14. 6. 1968

Unter dem Vorsitz von Professor Marcel FLORKIN, Lüttich (Belgien), Präsident der C. I. O. M. S., fand am 13./14. 6. 1968 im Gebäude der WHO in Genf eine von der C. I. O. M. S. organisierte wissenschaftliche Konferenz statt.

Vierundzwanzig medizinische Wissenschaftler, die die Gebiete der Kardiologie, Chirurgie, Immunologie, Neurologie usw. repräsentierten, nahmen an der Tagung teil, die außerdem von Vertretern der WHO und der UNESCO, wie auch von Beobachtern verschiedener wissenschaftlicher Fachgesellschaften, besucht war.

Folgende Erklärung wurde am Ende der C. I. O. M. S.-Konferenz herausgegeben:

Zum augenblicklichen Zeitpunkt ist die Herzverpflanzung eine Palliativoperation außergewöhnlichen Charakters, deren Ergebnisse noch unbestimmt sind.

Eine derartige Operation kann nur an solchen Krankenhäusern ins Auge gefaßt werden, denen ein eng zusammenarbeitender Stab von Spezialisten, die sich direkt mit kardiologischen, immunologischen und neurologischen Problemen befassen, und Herzchirurgen zur Verfügung steht.

Augenblicklich kann eine Herzverpflanzung nur in Betracht gezogen werden bei Patienten mit einer Herzkrankheit, die sich rapide in Richtung auf einen tödlichen Ausgang hin entwickelt, und für die weder medizinische noch sonstige chirurgische Behandlungen eine Besserungsmöglichkeit bieten.

Die Auswahl des Spenders sollte von den folgenden drei Überlegungen geleitet werden:

1. Der Zustand des Spenderherzens muß zum Zeitpunkt der Transplantation absolut normal sein
2. Immunologische Prüfung der Verträglichkeit zwischen Spender und Empfänger
3. Vollständiges und irreversibles Aussetzen der Gehirnfunktion. Die Kriterien des Aussetzens der Gehirnfunktion sind:
 - a) Verlust jeglicher Reaktion auf die Umwelteinflüsse
 - b) Völliger Verlust von Reflexen und des Muskeltonus
 - c) Aussetzen der spontanen Atmung
 - d) Abruptes Absinken des arteriellen Blutdrucks sobald er nicht künstlich aufrechterhalten wird
 - e) Eine absolut linear verlaufende EEG-Aufzeichnung (sogar bei stimuliertem Gehirn), die unter

genau festgelegten technischen Bedingungen hergestellt wurde

Diese Kriterien gelten nicht für junge Kinder oder Personen in hypothermischem Status oder mit akutem toxischen Zustand.

Im augenblicklichen Entwicklungsstadium der Herztransplantation sollten immer zwei voneinander unabhängige Gruppen zusammenarbeiten. Die eine sollte für die Entscheidung, ob jegliche medizinische oder sonstige Behandlung wegen des totalen und irreversiblen Ausfalls der zerebralen Funktion nutzlos geworden ist, und die andere für alle Aspekte der Transplantation selbst verantwortlich sein.

Es gibt Beweise dafür, daß eine günstige Übereinstimmung der Gewebeverträglichkeit die Prognose bei Nierentransplantationen verbessert. Es sind noch keine Angaben in bezug auf Herzverpflanzungen erhältlich, jedoch besteht a priori kein Grund zu der Annahme, daß die Situation nicht dieselbe sei, ganz gleich, welches Organ verpflanzt wird.

Für künftige Transplantationen wird dringend empfohlen, die Gewebegruppen des in Aussicht genommenen Empfängers im voraus zu bestimmen und aus einer Gruppe potentieller Empfänger, die so groß wie möglich sein sollte, die günstigste Spender-Empfänger-Kombination auszuwählen. Zentrale Computer-Einrichtungen in den USA und Europa haben bereits ihren Wert bei der Auswahl des am besten geeigneten Empfängers für ein vorhandenes Spenderorgan bei Nierentransplantationen bewiesen, und es sollten daher ähnliche Einrichtungen für Herzverpflanzungen erstellt werden. Es erscheint möglich zu sein, daß eine adäquate Immunsuppression leichter zu erreichen sein wird, und zwar bei einem geringeren Risiko für den Patienten, und daß die Langzeitprognose unter den Bedingungen der Übereinstimmung der Gewebeverträglichkeit vervollkommen wird.

Die Konferenzteilnehmer legten besondere Betonung auf die Wichtigkeit von experimentellen Untersuchungen an höheren Lebewesen, im Hinblick auf die Verbesserung und Erweiterung unseres Wissens über die Abwehrprozesse gegen ein Transplantat und die Mittel zur Verhütung dieses Phänomens.

Nachdem die menschliche Herztransplantation noch kein etabliertes Verfahren ist, sollten über jede Verpflanzung Daten gesammelt werden, um für die Prognose über Herztransplantationen die Bedeutung der Übereinstimmung der Gewebeverträglichkeit zu ermesen. Teams, die Herzverpflanzungen durchführen, werden dringend ersucht, wenigstens die Milz — und möglichst auch andere Organe — für künftige Untersuchungen der Gewebeantigene zu konservieren. Die Organe sollten dem Spender zum Zeitpunkt der Operation und dem Empfänger nach seinem Tode entnommen werden. Eine internationale Registratur für derartiges Material sollte eingerichtet werden.

Der folgenden Entschliebung der Nationalen Akademie der Wissenschaften der Vereinigten Staaten von Amerika wird zugestimmt:

„Das Operationsteam sollte über ausgedehnte Laborerfahrung bei Herzverpflanzungen verfügen und sollte nicht nur seine technische Befähigung bewiesen haben, sondern auch ein völliges Verstehen der biologischen Prozesse, die das funktionelle Überleben des Transplantats bedrohen, d. h. die Abwehr und ihre Kontrolle. Forscher, die Erfahrungen auf dem Gebiet der Immunologie, einschließlich der Typisierung von Geweben und der Beherrschung der Immunsuppressiven Verfahren, haben, sollten bei der Transplantation als Mitarbeiter ständig verfügbar sein.“

Die „Erklärung von Sydney“ zur Todeszeitbestimmung*)

„Vor dem Gesetz liegt die Verantwortung für die Bestimmung des Todeszeitpunktes in den meisten Ländern in der Hand des Arztes, und das sollte auch so bleiben. Im allgemeinen kann ein Arzt ohne Inanspruchnahme anderer Hilfe entscheiden, wann ein Mensch tot ist, indem er die klassischen Kriterien beachtet, die jedem Arzt bekannt sind.

Zwei neuzeitliche Verfahren in der Medizin lassen es jedoch notwendig werden, die Frage des Eintritts des Todes weiter zu studieren:

1. die Möglichkeit, mit Hilfe künstlicher Beatmung die Zirkulation sauerstoffhaltigen Blutes in einem Körper aufrechtzuerhalten, der irreversibel geschädigt sein kann, und
2. die Entnahme von Organen, wie beispielsweise Herz und Nieren, von einem Verstorbenen für Transplantationen.

Das Problem liegt darin, daß der Tod ein fortschreitender Prozeß ist, weil das Zellgewebe unterschiedlich auf den Entzug von Sauerstoff reagiert. Das klinische Interesse zielt aber nicht darauf, einzelne Zellen lebensfähig zu erhalten; es geht vielmehr um das Schicksal eines Menschen. Hier spielt nicht der Zeitpunkt des Todes der verschiedenen Zellen und Organe eine so wichtige Rolle, sondern vielmehr die Gewißheit, daß der Todesprozeß unwiderruflich und daß auch mit allen technischen Mitteln keine Wiederbelebung möglich ist.

Die Todesbestimmung fußt auf der klinischen Beurteilung, ergänzt — falls notwendig — durch verschiedene Diagnosehilfen, von denen zur Zeit die Elektroenzephalographie die anerkannt beste ist. Bei dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft kann die Frage der Todesbestimmung aber weder durch ein technisches Kriterium allein zufriedenstellend beantwortet werden, noch kann ein technisches Verfahren die umfassende Beurteilung durch einen Arzt oder durch ein Team von Ärzten ersetzen.

Wenn die Verpflanzung eines Organs beabsichtigt ist, sollte die Feststellung des Todes von zwei oder mehr Ärzten getroffen werden, und die Ärzte, die diese Todesfeststellung treffen, sollten keinesfalls unmittelbar mit der Durchführung der Transplantation selbst zu tun haben.

Die Möglichkeit, den Zeitpunkt des Todes eines Menschen festzustellen, gibt uns ethisch die Erlaubnis, Wiederbelebungsversuche einzustellen und — in Ländern, wo es gesetzlich gestattet ist — Organe von Leichen zu entnehmen, vorausgesetzt, daß die bestehenden gesetzlichen Erfordernisse der Einwilligung berücksichtigt sind.“

*) Angenommen auf der 22. Generalversammlung des Weltärztebundes im August 1968 in Sydney.

Gespräch mit Mittelstandsreferenten der CSU

Auf Anregung der Arbeitsgemeinschaft Mittelstand der CSU in Bayern, fand am 4. 9. 1968 zwischen Herrn Professor Dr. SEWERING und dem Mittelstandsreferenten der CSU, Herrn Rechtsanwalt Dr. MÖLLMANN, ein Informationsgespräch statt. Gegenstand der Aussprache waren standes- und gesundheitspolitische Anliegen der bayerischen Ärzteschaft. Herr Dr. Möllmann betonte die Bereitschaft der Arbeitsgemeinschaft Mittelstand der CSU, sich stets und entschieden für die Belange der freien Berufe einzusetzen.

Europa der Herzen

Dieses Wort hat 1950 Dr. Heinz SCHAUWECKER, Berching, geprägt beim ersten Besuch der ehemaligen französischen Kriegsgefangenen des südlichen Teils der Oberpfalz, die er als Landesstellenarzt XIII/5 in den Landkreisen Beilngries, Hilpoltstein, Neumarkt, Parsberg und Riedenburg betreut hatte. Jetzt haben sie zum zweitenmal ihre alten „Patrons“ und Freunde wieder besucht; denn die seinerzeit geknüpften Freundschaftsbände haben sich als dauerhaft erwiesen. Auf französischer Seite hat der Vizepräsident der Amicale des prisonniers de la guerre Stalag XIII diesen Besuch organisiert, auf deutscher Dr. Heinz Schauwecker, inzwischen Ehrenmitglied des Bayerischen Roten Kreuzes, sowie Redakteur, Stadt- und Bezirksrat Fritz SCHMID, Neumarkt, mit Förderung des Bezirkstages und der Landkreise.

Es gab herzlich begeisterte Empfänge in den Rathäusern von Neumarkt, Parsberg, im Reichstagsaal von Regensburg und in Berching. Überall wurde nach dem Motto der Fahrt: Freundschaft-Friede-Freiheit! die aufrichtige Verbundenheit zwischen Franzosen und Deutschen hervorgehoben. Auf dem Juravolksfest in Neumarkt zeigte sich, daß die Franzosen sehr aufgeschlossen an bayerischer Fröhlichkeit teilnehmen konnten. Den schönsten Dank sah Kollege Dr. Schauwecker in den Worten eines jungen Franzosen, der als Vertreter seines verstorbenen Vaters teilnahm. Er sagte: „Wenn überall die Menschen so gut und hilfreich wären, wäre die Welt ein Paradies!“

XII. Tagung der C. I. O. M. R.

Die XII. Tagung der C.I.O.M.R. (Confédération des Officiers Médicaux de Réserve) in Paris/Versailles gab einer Gruppe deutscher Sanitätsoffiziere der Reserve unter Leitung von Flottillenarzt Dr. OTTO Gelegenheit, als Vertreter der Vereinigung deutscher Sanitätsoffiziere — Wehrmedizinische Gesellschaft — die Sanitätseinrichtungen der französischen Streitkräfte am Lehr- und Forschungslazarett Percy in Clamart mit seinen Abteilungen für Strahlenbiologie, Verbrennungen, Transfusion und Reanimation kennenzulernen. Sie nahmen auch an einer Sanitätsübung bei Orléans teil, wo ein vorgeschobenes chirurgisches Lazarett unter atomaren Bedingungen arbeitete und die Verletzten auf dem Luftwege abtransportierte. Es wurden alle zum Verletzentransport eingerichteten Flugzeuge vorgeführt. Der umfangreiche gesellschaftliche Teil der Tagung gab den deutschen Vertretern zahlreiche Gelegenheiten, wertvolle Verbindungen zu den französischen Gastgebern und zu Sanitätsoffizieren der NATO-Partner aus Belgien, den Niederlanden, Dänemark, Großbritannien und Griechenland zu knüpfen.

Notfall-Ausweis der deutschen Ärzteschaft

Häufig wird der Arzt zu einem ihm unbekanntem Schwerkranken oder zu einem Verunglückten gerufen, der nicht in der Lage ist, über wichtige Daten seiner Vorgeschichte Auskunft zu geben. In solchen Notfallsituationen ist die genaue Kenntnis dieser Daten aber eine Voraussetzung für die lebensrettende Behandlung. Aus diesem Grund hat die Bundesärztekammer den Notfall-Ausweis der deutschen Ärzteschaft entwickelt, in den die hierfür erforderlichen Angaben aufgenommen werden sollen.

Hierzu gehören u. a.:

die Personallen mit Lichtbild
der blutgruppenserologische Befund
Impfungen und Seruminjektionen
Langzeitbehandlung
Allergien
chronische Organleiden
Prothesen usw.

Für die Vollständigkeit der Angaben ist der Besitzer allein verantwortlich. Allerdings sollte der Arzt von sich aus den Ausweisinhaber auf die Notwendigkeit der laufenden Ergänzungen des Notfall-Ausweises aufmerksam machen. Die Kosten des Ausweises trägt der Inhaber.

Der Notfall-Ausweis ist kein amtliches Dokument. Er dient nur zur Information des Arztes in Notfällen, und niemand ist verpflichtet, den Ausweis auf Verlangen irgendeiner Behörde oder sonstigen Stelle vorzulegen. Halten Sie die Notfall-Ausweis-Vordrucke ständig bereit und helfen Sie durch weite Verbreitung der Notfall-Ausweise mit, die Notfallbehandlung zu erleichtern und die Rettungschance des Notfallpatienten zu verbessern.

Der Notfall-Ausweis wird im Deutschen Ärzte-Verlag verlegt. Für den Bezug hat der Verlag die folgende Preistafel entwickelt, die jedoch nur bei einer Abnahme von wenigstens drei Exemplaren gilt:

3 Exemplare je	DM 2,50
4— 9 Exemplare je	DM 2,05
10— 19 Exemplare je	DM 1,80
20— 49 Exemplare je	DM 1,60
50— 99 Exemplare je	DM 1,50
100—999 Exemplare je	DM 1,25

Bei Bestellung größerer Stückzahlen ist der Deutsche Ärzte-Verlag bereit, einen Preis auf Anfrage zu vereinbaren.

Alle Preise verstehen sich einschließlich Mehrwertsteuer; die Sendungen sind portofrei. Um diese Preise halten zu können und um den Ausweis für den Interessenten nicht unnötig zu verteuern, sollte daher von der Bestellung von Einzel-exemplaren möglichst abgesehen werden.

Gleichzeitig kann ein Aushang bestellt werden, mit dem in der Praxis, im Wartezimmer und in Behandlungsräumen auf diesen Notfall-Ausweis hingewiesen wird. Um Nachbestellungen zu vermeiden und um Gelegenheit zu geben, gleichzeitig an mehreren Stellen diesen Aushang zu verwenden, kann dieser zum Preise von DM 0,50 zu je drei Exemplaren portofrei vom Deutschen Ärzte-Verlag bezogen werden.

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

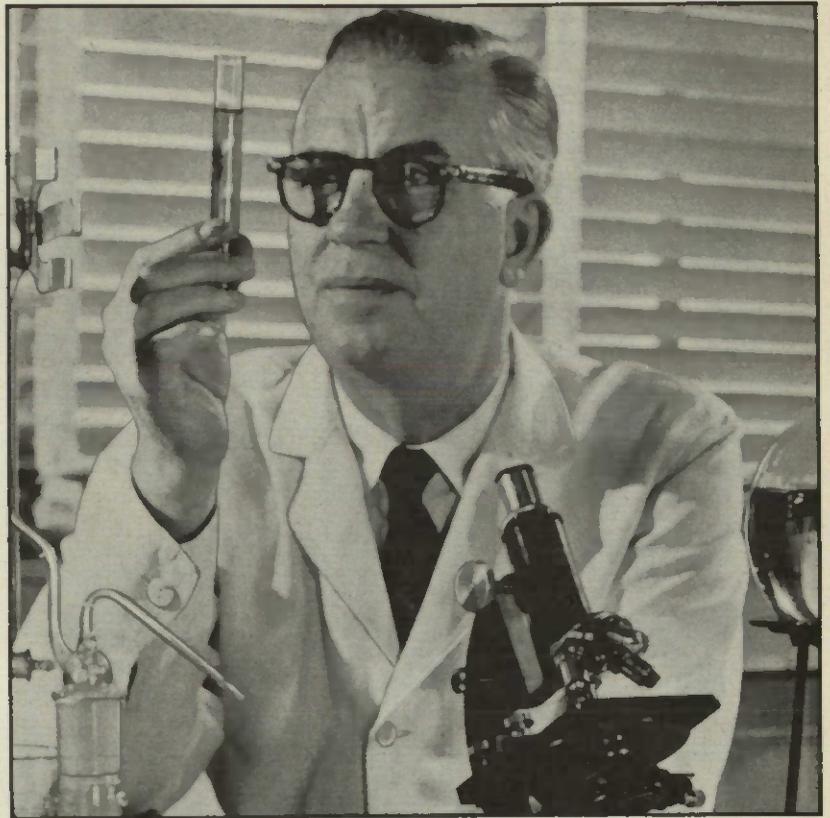
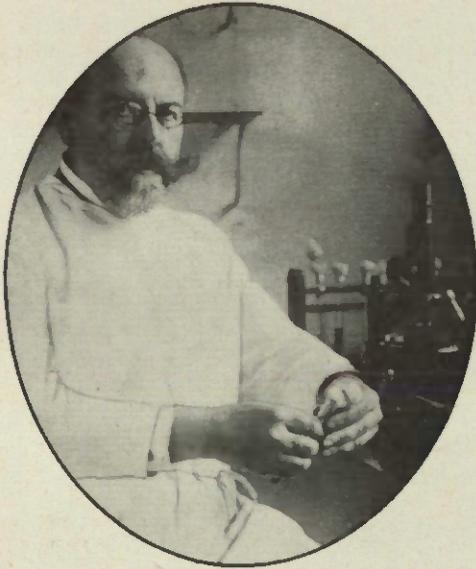
Mitteilung der freien ärztlichen Verbände

Das Entstehen zahlreicher, von Einzelpersonen und Gesellschaften errichteter und finanzierter Arzthäuser, in denen eine große Zahl von Ärzten als Mieter zusammengefaßt sind, aber weder zusammenarbeiten noch Eigentum erwerben, wird vom Ausschuß „Gruppenmedizin“ der freien ärztlichen Verbände, Hartmannbund, NAV und Marburger Bund, mit zunehmender Sorge beobachtet. Die drei Ärzteverbände, die grundsätzlich die stärkere Zusammenarbeit der in eigener Praxis tätigen Fachärzte und Praktischen Ärzte fördern und befürworten, stellen fest, daß ihre eigenen Bemühungen offenbar, insbesondere von nichtärztlichen Kreisen, mißverstanden, wenn nicht sogar mißbraucht werden. Auch bei der Errichtung sogenannter Arzthäuser muß nach der Auffassung von Hartmannbund, NAV und Marburger Bund bei der Planung, Entstehung und dem laufenden Betrieb eine verantwortliche Mitwirkung der beteiligten Ärzte garantiert sein.

Der Ausschuß empfiehlt den niedergelassenen und niederrassungswilligen Ärzten, sich aus eigener Initiative und mit eigenen Mitteln die Räumlichkeiten und die Einrichtung für eine gemeinsame ärztliche Berufsausübung in freier Praxis zu erstellen. Hierfür eignet sich insbesondere die Gruppenpraxis in Form von Praxisgemeinschaften oder Gemeinschaftspraxen. Diese Formen gemeinsamer ärztlicher Berufsausübung sind der willkürlichen, von keinem beteiligten Arzt steuerbaren Zusammenballung ärztlicher Einzelpraxen in Mammut-Arzhäusern ohne geordnete fachliche Zusammenarbeit dieser Ärzte überlegen.

Hartmannbund, NAV und Marburger Bund warnen alle Ärzte eindringlich davor, ohne sorgfältige Prüfung Mietverträge für Arzthäuser abzuschließen. Der Ausschuß „Gruppenmedizin“ der freien ärztlichen Verbände steht allen Ratsuchenden zur individuellen Beratung zur Verfügung.

Bei Ihnen bleibt die Zeit nicht stehen!



Bei uns auch nicht.

Jetzt gibt es das neue DEXTRO® med.

Speziell für Klinik und Praxis



DEXTRO med. (Dextropur® ad us. med.) soll Ihnen das altvertraute Dextropur ersetzen: Speziell in Klinik und Praxis. Warum? Wir haben ein neues Spezialverfahren entwickelt. Ein Verfahren, durch das wir Dextrose in höchster, bisher unübertroffener Reinheit gewinnen können. Was läge näher, als Ihnen das Ergebnis unseres neuen Verfahrens sofort zukommen zu lassen: eben DEXTRO med.

Es entspricht den im DAB 7 vorgesehenen Reinheitsanforderungen. DEXTRO med. - Bio Energetikum für alle Zustände starker körperlicher und geistiger Beanspruchung. Packungsgrößen: 250 g, 400 g, 1000 g. Für Klinikbedarf: 2,5 kg, 25 kg. Informationsmaterial und Muster stehen auf Anforderung gern zur Verfügung.

Es ist an der Zeit, sich auf DEXTRO® med. umzustellen.
Deutsche Maizena Werke GmbH, 2 Hamburg 1, Maizenhaus

Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Oberbayern

Erding: 1 Allgemeinpraktiker
Gaimersheim, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinpraktiker
Langengelsling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinpraktiker
Tittmoning, Lkr. Laufen: 1 Allgemeinpraktiker
Töging, Lkr. Altötting: 1 Allgemeinpraktiker

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

Oberfranken

Bad Steben, Lkr. Naila: 1 Allgemeinpraktiker
Coburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten
Enchenreuth, Lkr. Stadtsteinach: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)
Hiltlpolstein, Lkr. Forchheim: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)
Kulmbach: 1 Allgemeinpraktiker
Leupoldsdgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)
Marktredwitz: 1 Allgemeinpraktiker
Schönwald, Lkr. Rehau: 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

Amberg: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten
Erbendorf: 1 Allgemeinpraktiker
Hahnbach: 1 Allgemeinpraktiker
Mitterteich: 1 Allgemeinpraktiker
Neumarkt: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Pressath: 1 Allgemeinpraktiker
Regensburg: 1 Facharzt für Kinderkrankheiten
Roding: 1 Allgemeinpraktiker
Schwandorf: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinpraktiker
Vobenstrauß: 1 Allgemeinpraktiker
Waldershof: 1 Allgemeinpraktiker
Waldthurn: 1 Allgemeinpraktiker
Welden: 1 Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten

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

Mittelfranken

Dürrwangen: 1 Allgemeinpraktiker
Hersbruck: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
 Es handelt sich um einen alten Kassenarztsitz, der durch Verzicht des bisherigen Augenarztes frei geworden ist. Am Kreiskrankenhaus Hersbruck besteht die Möglichkeit, Belegbetten zu erhalten.
Markt Erlbach, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemeinpraktiker

Scheinfeld: 1 Allgemeinpraktiker
 Es handelt sich um eine durch Tod des Praxisinhabers frei gewordene Kassenarztstelle. Am Ort sind zwei Praktiker niedergelassen.

Tauberszell, Lkr. Rotenburg 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.

Wendeistein, 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.

Niederbayern

Kötzting (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

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

Mengkofen, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemeinpraktiker

Mengkofen hat ein Einzugsgebiet von ca. 4000 Einwohnern. Durch den Tod von 2 Allgemeinpraktikern ist der Ort derzeit ohne Kassenarzt. Das Haus des im Juli 1968 verstorbenen Kollegen kann gemietet oder eventuell käuflich erworben werden.

Schönberg, Lkr. Grafenau (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

In Schönberg kann die sehr umfangreiche Allgemeinpraxis eines Kollegen, der in den Ruhestand tritt, mit voller Praxiseinrichtung übernommen werden. Außerdem kann das Praxishaus mit ca. 300 qm Wohnraum (vor ca. 10 Jahren erbaut) käuflich erworben werden. In Schönberg, das über ein großes Einzugsgebiet verfügt, ist ein weiterer Allgemeinpraktiker tätig.

Wegscheid (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Wegscheid ist eine Marktgemeinde im unteren Bayerischen Wald mit einem ärztlichen Einzugsgebiet von rund 4000 Einwohnern. Am Krankenhaus ist ein chirurgischer und internistischer Chefarzt tätig. Der einzige Allgemeinpraktiker mit einer umfangreichen Kassenpraxis ist am 7. 9. 1968 verstorben. Die Gemeinde Wegscheid ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich.

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 die Möglichkeit, am Städtischen Krankenhaus Belegbetten zu erhalten.

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

Schwaben

Asbach-Bäumenheim, Lkr. Donauwörth: 1 Allgemeinpraktiker
Praxisaufgabe steht bevor.

Günzburg: 1 Facharzt für Augenkrankheiten
Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Markt Wald, Lkr. Mindelheim: 1 Allgemeinpraktiker
Praxisaufgabe steht bevor.

Mering, Lkr. Friedberg: 1 Allgemeinpraktiker
Praxisvorgänger ist verstorben.

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

Unterfranken

Bastheim, Lkr. Mellrichstadt: 1 Allgemeinpraktiker

Hambach, Lkr. Schweinfurt: 1 Allgemeinpraktiker

Remlingen: 1 Allgemeinpraktiker

Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinpraktiker

Wildflecken/Rhön: 1 Allgemeinpraktiker

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

Ausschreibung der Stiftung „Hufeland-Preis“ für Arbeiten über vorbeugende Gesundheits- pflege

Für die beste Arbeit über vorbeugende Gesundheitspflege ist bis auf weiteres jährlich ein Preis von DM 10 000.— ausgesetzt worden.

Die Vergebung des Preises erfolgt in Form einer Ausschreibung. Zwecks Durchführung dieser Ausschreibung ist ein Kuratorium gebildet worden, das sich aus folgenden Herren zusammensetzt:

1. Landesmedizinalrat Dr. med. Petri, Vorsitzender, Köln
2. Präsident Dr. med. Schimrigk, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft westdeutscher Ärztekammern) in Köln
3. Dr. med. Dr. med. dent. Forstmann, Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e. V. in Köln
4. Professor Dr. med. Fritsche, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln
5. Dr. med. Kühn, Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung in Bad Godesberg
6. Generaldirektor Garde, Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung — in Köln

Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Preisrichterkollegium, dessen Mitglieder von dem Kuratorium bestellt werden. Die Verleihung des Preises nimmt das Kuratorium auf Vorschlag des Preisrichterkollegiums vor.

Die Durchführung der Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ erfolgt unter Aufsicht eines Notars.

Die Entscheidung des Kuratoriums und des Preisrichterkollegiums sind unanfechtbar.

Für alle im Zusammenhang mit dieser Ausschreibung entstehenden Streitfragen wird der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen.

RABRO

Magentabletten



weltweit
wirksam

Herausragende Wirkung-
ambulant und klinisch.

Niedrige Dosierung durch
hohen Wismutgehalt mit
Succus Liquiritiae

RABRO®

Magentabletten

H. TROMMSDORFF · Aachen



Das Kuratorium fordert hiermit öffentlich zur Teilnahme an der

Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ 1969
auf.

Der Preis wird durch die Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung —, Köln, zur Verfügung gestellt.

Zur Teilnahme sind berechtigt: Deutsche Ärzte und Zahnärzte.

Die Arbeiten müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

A

Die Arbeit muß beinhalten ein Thema auf dem Gebiet der

- a) Gesundheitsvorsorge oder
- b) der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Volksgesundheit von Bedeutung sind, oder
- c) der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krankheitsbilder oder Schäden, die die Lebenserwartung der Allgemeinheit beeinträchtigen oder Berufsunfähigkeit zur Folge haben können.

Unter den genannten Themenkreis fallen auch Arbeiten, die Maßnahmen zur Wiederherstellung von Frühgeschädigten oder sozialhygienische oder psychohygienische Fragen behandeln.

B

Art der Darstellung: durch Schrift oder Film in allgemeinverständlicher Form.

Wissenschaftlichen Gepflogenheiten entsprechend, soll jede Arbeit möglichst eine Zusammenfassung der wichtigsten Tatsachen sowie des Ergebnisses enthalten.

C

Voraussetzung ist ferner, daß die Arbeit auf eigenen ärztlichen Erkenntnissen beruht, die von dem Preisrichterkollegium als wesentlich und wissenschaftlich vertretbar angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter medizinischer Tatsachen erfüllt diese Voraussetzung nicht, es sei denn, daß sie in einen bestimmten neu erarbeiteten Zusammenhang gesetzt und dadurch neue wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden.

Die Arbeiten dürfen noch nicht veröffentlicht worden sein und bis zur Verleihung des Preises nicht veröffentlicht werden.

Auf Antrag kann das Kuratorium die Veröffentlichung einer Arbeit vor der Verleihung des Preises gestatten, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

Jede Arbeit kann nur einmal eingereicht werden.

Das Kuratorium kann Personen, die allgemein oder beruflich straffällig geworden sind oder gegen die ein Strafverfahren schwebt, von der Teilnahme ausschließen.

Arbeiten, die nach dem 31. 5. 1969 eingehen, können nicht berücksichtigt werden.

Der Preis von DM 10 000.— wird dem Einsender der besten Arbeit zugesprochen, die die Voraussetzungen unter A—C erfüllt.

Entspricht keine der eingereichten Arbeiten den genannten Voraussetzungen, so kann von einer Verleihung des Preises abgesehen werden. Mit der Einreichung der Arbeit unterwirft sich der Teilnehmer den Bedingungen dieses Preisausschreibens und gibt für den Fall, daß seine Arbeit preisgekrönt wird, seine Zustimmung, daß die Festlegung von Form und Ort der Erstveröffentlichung im Einvernehmen mit dem Kuratorium der Stiftung erfolgt. Das Kuratorium behält sich das Recht vor, Form und Ort der Erstveröffentlichung zu bestimmen.

Die Arbeiten sind bis zum **31. Mai 1969** an folgende Anschrift zu senden: „Hufeland-Preis“, Notariat, 5000 Köln, Norbertstraße 21.

Die Arbeit selbst ist mit einem vom Verfasser gewählten Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. Auf einem besonderen Bogen sind anzugeben: Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, Tag der Approbation, Alter, genaue berufliche Stellung und Tätigkeit sowie das Kennwort der Arbeit.

Die Arbeit ist in doppelter Ausfertigung einzureichen. Der Einsender einer Arbeit verpflichtet sich, für den Fall, daß seine Arbeit mit dem „Hufeland-Preis“ ausgezeichnet wird, ein Exemplar der Stiftung für ihr Archiv zu überlassen, ohne daß seine Urheberrechte dadurch beeinträchtigt werden.

PERSONALIA

Dr. med. Peter Beckmann 60 Jahre

Am 31. 8. 1968 vollendete der Chefarzt der Anstalt für Internistische Rehabilitation Medizinaldirektor Dr. Peter BECKMANN sein 60. Lebensjahr. Als Begründer der sogenannten Internistischen Übungsbehandlung ist die von ihm aus kleinsten Anfängen entwickelte Kuranstalt Ohlstadt die erste Modellklinik für eine aktive Behandlungsform insbesondere kreislaufgeschädigter Patienten. Die sogenannte „Ohlstädter Kur“ hat Tausenden von Kranken neue Wege der Prävention und Rehabilitation aufgezeigt und führte im In- und Ausland zum Aufbau zahlreicher Schwesterninstitute. Sie erbrachte eine wesentliche Änderung unseres heutigen Kursystems.

Passiorin

Rein pflanzliches Dauersedativum
(Passifl. inc., Salix alba, Crataeg. oxyac.)
Ohne Gewöhnungsgefahr
Ohne Nebenwirkungen

**Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems**

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



Der Gruppenversicherungsvertrag Ihrer Ärztekammer mit der Vereinigten und ihrer Tochtergesellschaft Salus — ein Vertrag zu Ihrem Nutzen: Beitrag bis zu 25 % niedriger als in der Einzelversicherung. Wartezeiten entfallen. Vorerkrankungen werden mitversichert. Versicherungsleistungen auch bei Kur-aufenthalt, Erkrankungen im Ausland, Berufs- und Sportunfällen. Für jedes Kalenderjahr, in dem kein Tagegeld beansprucht wird, erfolgt eine beachtliche Beitragsrückerstattung. Der Vertrag umfaßt: Krankentagegeld, abgestimmt auf den individuellen Bedarf des niedergelassenen und des angestellten Arztes. Krankenhaustagegeld. Krankenhaus-

DIE VEREINIGTE KRANKEN-
VERSICHERUNG IST
VERTRAGSGESELLSCHAFT DER

Bayerischen Landesärztekammer

Ärztekammer Bremen

Ärztekammer Hamburg

Landesärztekammer Hessen

Ärztekammer Niedersachsen

Ärztekammer des Saarlandes

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz:

Bezirksvereinigungen
Koblenz-Monlabaur, Pfalz, Trier

Bezirksärztekammer Nordbaden

Bezirksärztekammer
Nordwürttemberg

Bezirksärztekammer Südbaden

Bezirksärztekammer
Südwestwürttemberg-Hohenzollern

Ärztekammer und
Kassenärztlichen Vereinigung
Schleswig-Holstein



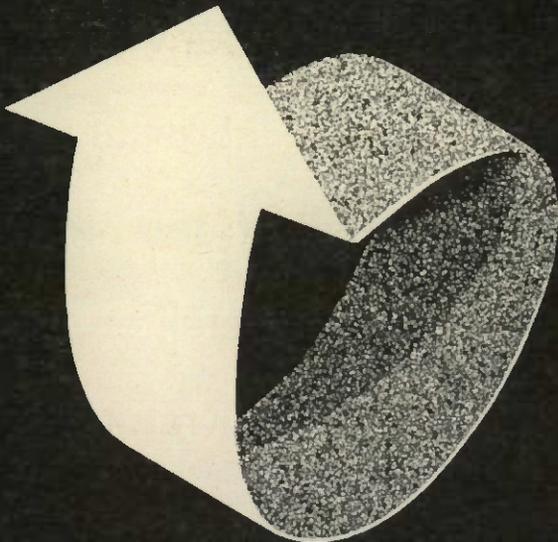
kostenersatz für die Familienangehörigen des Arztes.

Vereinigte Krankenkassenversicherung A.G.

8000 München 23 · Leopoldstraße 24

Aescosulf®

**fördert
den
venösen
Reflux**



Arznei Müller Bielefeld

FAKULTÄT

München

Medizinische Fakultät der Universität

Zum Rektor der Ludwigs-Maximilians-Universität wurde für das Amtsjahr 1968/69 Professor Dr. theol. Audomar SCHEUERMANN, stv. Vorstand des Kanonischen Institutes, gewählt.

Zum Dekan der Medizinischen Fakultät wurde Professor Dr. med. Frank MARGUTH, Direktor der Neurochirurgischen Klinik, gewählt.

Zum Prodekan wurde Professor Dr. med. Fritz HOLLE, Direktor der Chirurgischen Universitäts-Poliklinik, gewählt.

Prof. Dr. med. Otto-Erich LUND, wissenschaftlicher Abteilungsvorsteher und Professor am Klinikum Essen der Universität Bochum, wurde zum ordentlichen Professor für Augenheilkunde ernannt.

Apl. Professor Dr. med. Hans Georg BORST, Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik, wurde zum ordentlichen Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover ernannt.

Apl. Professor Dr. med. Gerhard MARTIUS, wurde zum Privatdozenten für Geburtshilfe und Frauenheilkunde an der Freien Universität Berlin ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Heinrich A. KRONE (Geburtshilfe und Frauenheilkunde);

Privatdozent Dr. med. Klemens STEHR (Kinderheilkunde).

Privatdozent Dr. med. Rudolf PICHLMAYR, wissenschaftlicher Oberassistent an der Chirurgischen Klinik, wurde an die Medizinische Hochschule Hannover umhabilitiert.

Apl. Professor Dr. med. Werner KLINNER, Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik, wurde zum Abteilungsvorsteher ernannt.

Zum „Leitenden Oberarzt“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Dr. rer. nat. Erich MATOUSCHEK, Konservator an der Urologischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Dr. med. dent. Heinz PICHLMAIER, Oberassistent an der Chirurgischen Klinik.

Zum „Privatdozenten“ wurden ernannt:

Dr. rer. nat. Horst FELDMANN (Physiologische Chemie);

Dr. med. Enno KLEIHAUER (Kinderheilkunde);

Dr. med. Helmuth MÜLLER-MOHNSEN (Physiologie).

Professor Dr. med. O. BRAUN-FALCO, Direktor der Dermatologischen Klinik, erhielt während seiner Japan-Reise die DOHI-Plakette und eine Anerkennungsplakette der Gesellschaft für Medizinische Wissenschaften in Tokio und der Medizinischen Fakultät der Universität Tokio.

Professor Dr. med. Walther STICH, Inhaber des ao. Lehrstuhls für Innere Medizin, insbesondere Hämatolo-

gie, wurde zum Mitglied des Ausschusses für Wissenschaft und Technik der Europäischen Atomgemeinschaft ernannt.

Medizinische Fakultät der Technischen Hochschule

Zum Dekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Hochschule wurde für das Amtsjahr 1968/69 Professor Dr. med. Georg MAURER, Direktor des Klinikums rechts der Isar, gewählt.

Zum Prodekan wurde Professor Dr. med. Kurt LIEBERMEISTER, Direktor des Institutes für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, gewählt.

Apl. Professor Dr. med. Dr. phil. Siegfried BORELLI, bisher Medizinische Fakultät München, wurde zum ordentlichen Professor für Dermatologie und Venerologie ernannt.

Generalarzt Dr. med. Erwin A. LAUSCHNER, Leiter des Flugmedizinischen Institutes der Luftwaffe, wurde zum Honorarprofessor für Luft- und Raumfahrtmedizin ernannt.

Privatdozent Dr. med. Ewald KANZ, bisher Medizinische Fakultät München, wurde zum Privatdozent für Hygiene und Bakteriologie ernannt.

Würzburg

Zum Rektor der Julius-Maximilians-Universität wurde für das Amtsjahr 1968/69 Professor Dr. jur. Walther HABSCHEID, bisher Dekan der Rechts- und staatswissenschaftlichen Fakultät, gewählt.

Zum Dekan der Medizinischen Fakultät wurde Professor Dr. med. Erich BAUEREISEN, Vorstand des Physiologischen Institutes, gewählt.

Zum Prodekan wurde Professor Dr. med. August RÜTT, Direktor der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus, gewählt.

Professor Dr. med. Heribert BRAUN, Abteilungsvorsteher der Röntgenabteilung der Medizinischen Klinik, wurde in den geschäftsführenden Ausschuss der im Juni 1968 in Hamburg gegründeten „Strahlenbiologischen Arbeitsgemeinschaft in der Deutschen Röntgengesellschaft“ gewählt.

Professor Dr. med. H. SEELIGER, Vorstand des Institutes für Hygiene und Mikrobiologie, wurde zum Ehrenmitglied der 1836 gegründeten Medizinischen Gesellschaft in Athen ernannt.

Professor Dr. med. Theodor H. SCHIEBLER, Vorstand des Anatomischen Institutes, wurde zum ordentlichen Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina in Halle/Saale gewählt.

Professor Dr. med. Kurt STUCKE, Oberarzt der Chirurgischen Klinik, wurde von der Tschechoslowakischen Medizinischen Gesellschaft J. E. Purkyne die „Purkyne-Medaille“ verliehen.

Professor Dr. med. Horst WULLSTEIN, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, wurde zum Ehrenmitglied der American Otolological Society anlässlich des Kongresses zum 100jährigen Bestehen ernannt.



NERV *infant*®

Sedativum und Tonikum mit Vitamin B 1 und organischen Phosphorträgern, brom- und barbitursäurefrei.

Sirup: Orig.-Flasche mit 100 ml
Kur-Flasche mit 500 ml
Suppositorien: 5 Stück

B 12-NERV *infant*®

Antianaemikum, Regulans bei Gedeih- und Wachstumsstörungen, Tonikum bei Schläfrigkeit und nervösen Beschwerden.

Sirup: Orig.-Flasche mit 100 ml
Kur-Flasche mit 500 ml
(siehe Rote Liste Seite 120)

**Ruhig ausgeglichen, gekräftigt
folgsam, mit gutem Schlaf**

Muster auf Anforderung

**TOSSA
ARZNEI**

KURT MERZ · 6497 STEINAU

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Der erste „General-Bericht über die Sanitätsverwaltung im Königreiche Bayern“

Von Werner Heeger

Der Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen für das Jahr 1968 ist vor kurzem erschienen. Damit liegen nunmehr 74 Bände dieser Berichte vor, die einen Überblick über das Gesundheitswesen in Bayern von 1857 bis 1966 geben. Die Beiträge und Tabellen eines jeden Bandes vermitteln nicht nur Auskünfte über wichtige Einzelereignisse eines Jahres, sondern sie zeigen auch die fortschreitende Entwicklung des Gesundheitswesens im Laufe der Zeit deutlich auf. Nach einem Zeitraum von über 100 Jahren ist es gerechtfertigt, zurückzublicken und sich zu vergegenwärtigen, wie vor über 100 Jahren der erste Schritt zu dieser für das bayerische Gesundheitswesen bedeutenden Reihe von Berichten unternommen wurde.

Im Jahre 1868 erschien in der Literarisch-artistischen Anstalt der J. G. Cotta'schen Buchhandlung in München der erste Band, die Jahre 1857/58 und 1858/59 umfassend mit 26 Tabellen. Damals wurde der Bericht als General-Bericht über die Sanitäts-Verwaltung im Königreiche Bayern bezeichnet. Im Auftrag des königlich-bayerischen Staatsministeriums des Innern wurde der erste Band von Carl Friedrich Majer, Doctor der Medicin und Mitarbeiter im königlich-statistischen Bureau zu München aus amtlichen Quellen bearbeitet.

*General-Bericht
über die
Sanitäts-Verwaltung
im
Königreiche Bayern.*

*Im Auftrage des k. b. Staatsministeriums des Innern
aus amtlichen Quellen bearbeitet
von*

Carl Friedrich Majer,

*Doctor der Medicin und Mitarbeiter im k. statistischen
Bureau zu München.*

I. Band,

die Jahre 1857/58 und 1858/59 umfassend.

Mit 26 Tabellen.

München.

*Literarisch-artistische Anstalt
der J. G. Cotta'schen Buchhandlung.
1868.*

Der General-Bericht enthält vier Hauptabteilungen:

- A. Sanitäts-Verwaltung in den Regierungsbezirken
- B. Sanitäts-Verwaltung in den Kreisirrenanstalten
- C. Sanitäts-Verwaltung in den Strafanstalten
- D. Die Ergebnisse der Geschäftsführung der Medicinal-Comitèen an den Universitäten

Die Hauptabteilungen B und C beanspruchen das besondere Interesse von Ärzten in Heil- und Pflegeanstalten und in Strafanstalten. Die Hauptabteilung D kann sicherlich für den Gerichtsmediziner von historischer Bedeutung sein. Für den Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes und in der Praxis aber besitzt die umfangreichste Hauptabteilung A über die Sanitätsverwaltung in den einzelnen Regierungsbezirken den größ-

ten Wert. Deshalb wird auch im folgenden auf sie näher eingegangen, zumal ihr Inhalt im wesentlichen den jetzigen Berichten entspricht.

Der Bericht wurde aufgrund der Vorlagen der zur Praxis berechtigten und der angestellten Ärzte des Königreichs, dann der Medizinalreferenten bei den königlichen Kreisregierungen erstellt. Für die Vorlage ist eine Ministerialentschließung vom 21. 4. 1858 maßgebend, weshalb diese hier in extenso folgt:

„Königreich Bayern.

Staatsministerium des Innern.

In richtiger Erkennung der Wichtigkeit eines alljährlichen Rückblickes auf die Thätigkeit im Sanitätsdienste, dann einer gleichmäßigen Erhebung und Zusammenfassung der bei soichem Rückblicke sich ergebenden Resultate hat die Mehrzahl der Kreisregierungen in neuerer Zeit Anordnungen über die Erstattung gerichtsarztlicher Jahresberichte erlassen.

Das unterzeichnete k. Staatsministerium anerkennt gerne den hierdurch bethätigten Eifer für Sammlung des Materials, das in allen Theilen des Landes aus der Thätigkeit des gesammten Sanitätspersonals zu gewinnen ist, um sodann für die Wissenschaft und Praxis möglichst erfolgreich benützt werden zu können; nicht weniger anerkennt es, daß die k. Gerichtsärzte und viele praktische Ärzte nach den bisherigen Wahrnehmungen mit Eifer und Umsicht der Erstattung von Jahresberichten sich unterzogen.

Da indeß die k. Kreisregierungen bei ihren bezüglichen Anordnungen nicht völlig gleichmäßige Anforderungen stellten, sondern theils formell, theils materiell abweichende Normen gaben, so ist ein Zusammenfassen der verschiedenen Berichte in ein Ganzes außerordentlich erschwert, ja in manchen nicht unwesentlichen Beziehungen geradezu unmöglich und hiernach die Darstellung eines getreuen Gesamtbildes der Thätigkeit im Sanitätsdienste und des Zustandes des Sanitätswesens für das ganze Königreich nicht ausführbar.

Um diesem Mißstande abzuhelpen, hat das unterzeichnete k. Staatsministerium beschlossen, für die Erstattung der ärztlichen Jahresberichte allgemeine Vorschriften zu erlassen und zunächst folgendes Schema vorzuzeichnen, welches von 1857/58 an die k. Gerichtsärzte bei ihren Jahresberichten festzuhalten hiermit verpflichtet werden:

- I. Topographisch-statistische Beschreibung des Physikats-Bezirktes
- II. Ethnographische Schilderung
- III. Medicinal-Personal
- IV. Ärztliche, chirurgische und geburtshilfliche Heilkunde
- V. Sanitäts-Anstalten
- VI. Gerichtliche Medicin
- VII. Sanitäts-Polizei
- VIII. Sanitätsdienst in Bezug auf Wohlthätigkeit
- IX. Veterinärwesen“

Aus der Fülle der gewissenhaft aufgezeichneten und ausführlichen Beobachtungen werden einige Beispiele zeigen, daß der nun über 100 Jahre alte Bericht viele Parallelen zur Jetztzeit aufweist.

Aus dem Abschnitt zur Ethnographie ist folgender Absatz entnommen:

„Im Jahre 1857/58 befanden sich im ganzen Königreiche 1442 promovierte Ärzte (incl. der Militärärzte), und es kam Ein solcher Arzt auf 3184 Einw. Im Jahre 1858/59 mehrten sich die Ärzte um 44 und es hat der Wirkungskreis eines Arztes um 78 Einw. abgenommen. Die meisten promovierten Ärzte treffen verhältnismäßig auf Oberbayern (wobei aber lediglich die Hauptstadt München den Ausschlag gibt, wo schon auf 862 Seelen Ein Arzt trifft), die wenigsten Ärzte befinden sich in Niederbayern, welchem Kreise die Oberpfalz sehr nahe steht.“

Im Jahre 1966 findet sich immer noch das gleiche Verhältnis, nur die Zahlen haben sich geändert. Diese spiegeln die bessere ärztliche Versorgung wider. In der freien Praxis sind in Bayern 8893 Ärzte tätig, ein Arzt kommt auf 1149 Einwohner. Die meisten Ärzte (3608) sind in Oberbayern niedergelassen, in diesem Regierungsbezirk versorgt ein Arzt im Durchschnitt 858 Einwohner. In der Landeshauptstadt München gibt es 2071 Ärzte, hier kommen 596 Einwohner auf einen Arzt. Die wenigsten Ärzte befinden sich in Niederbayern (635) und der Oberpfalz (610). Dort kommen 1568 bzw. 1533 Einwohner auf einen Arzt.

In dem Teil über epidemische, endemische und kontagiöse Krankheiten ist über eine örtliche Typhusepidemie folgendes zu lesen:

„Im Städtchen Scheinfeld entwickelte sich im Monat Juni bei fast gänzlichem Aussetzen aller anderen Krankheiten eine örtliche Typhus-Epidemie; es erkrankten hieran 29 Personen. Die Epidemie beschränkte sich bloß auf wenige Häuser der tiefstgelegenen Stadtteile, wo sie sich aber förmlich einnistete. Die Milzdämpfung war meist in den ersten 3—4 Tagen schon nachzuweisen. Nervöse Erscheinungen fehlten in manchen Fällen ganz, so daß die Milz-Perkussion die Diagnose sichern mußte; constant aber waren Lungenaffektionen. Bezüglich der Aetiologie der Krankheit liegt die Annahme einer periodischen Trinkwasser-Vergiftung sehr nahe; die Brunnen wurden gereinigt.“

Auch in der heutigen Zeit treten immer wieder örtliche Typhusepidemien auf, die mit der Trinkwasserversorgung zusammenhängen. Es ist aber der Hinweis das Besondere an dieser Schilderung, daß die Diagnose damals noch allein klinisch, in diesem Fall durch die Milzperkussion, gestellt wurde. Heute steht der Arzt auch vor einer übertragbaren Krankheit, bei der allein das klinische Bild zur Diagnosestellung ausreichen muß, der Hepatitis infectiosa. Die Hepatitis ist heute endemisch in bestimmten Gebieten und verursacht in manchen Orten Epidemien, wie 1966 in zwei Ortsteilen von Aschaffenburg.

Hier muß der Amtsarzt ohne die wertvolle Hilfe von klärenden Laboruntersuchungen über den Erreger die erforderlichen Schutzmaßnahmen treffen, die denen der früheren Typhusbekämpfung gleichen.

Über die Vakzination und Revakzination sind dem Abschnitt „Sanitätspolizei“ folgende Ausführungen zu entnehmen:

Die Deutsche Universität in Prag

Die letzten 100 Jahre ihrer medizinischen Fakultät

von Dr. Walther Koerting

— erschienen im „Bayerischen Ärzteblatt“ — wird gebunden in der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe, ergänzt, mit Namens-, Orts- und Sachverzeichnis, veröffentlicht werden.

Bestellungen können bereits jetzt an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 23, Königinstraße 85, gerichtet werden.

„Der wohlthätige Einfluß der Impfung auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist unverkennbar und wird auch von dieser allenthalben anerkannt, so daß der Tag der öffentlichen Impfung nicht als eine Plage, sondern eher als ein Festtag betrachtet wird. Ihre Schutzkraft steht fest durch die praktischen Erfahrungen gegenüber den Angriffen der Neuzeit.

In so großem Ansehen aber auch die Vaccination steht, was schon daraus hervorgeht, daß alljährlich viele nichtpflichtige Kinder abgeimpft werden, eine ebenso große Abneigung besteht durchschnittlich gegen die Revaccination, so daß nicht einmal die unentgeltliche Gelegenheit dazu benützt werden mag. Zur Zeit herrschender Blattern-Epidemien macht es allerdings geringere Schwierigkeit, namentlich die jüngeren Leute zu dem Entschlusse, sich der Revaccination zu unterziehen, zu bringen. Aus freiem Antriebe, wenn nicht die Furcht vor Ansteckung in Folge von Epidemien wachgerufen wird, meidet sich aber niemand zur Wiederimpfung, nicht so sehr aus Widerwille gegen das Institut selbst, als aus Furcht, hierdurch längere Zeit in der Arbeit behindert zu sein. Von vielen Gerichtsärzten wird deshalb der Wunsch ausgesprochen, daß die Revaccination zwangsweise eingeführt werden möge, und wird als hierfür günstigste Zeit der Austritt aus der Feiertagschule, Realschule oder Lateinschule bezeichnet.“

Ähnliches kann für die Jetztzeit über eine andere wichtige Schutzimpfung berichtet werden.

Bei den Nachterminen zu den freiwilligen öffentlichen Schluckimpfterminen gegen Poliomyelitis war die Beteiligung der Bevölkerung geringer als bei der ersten Aktion. Das ist mit darauf zurückzuführen, daß die erste Aktion sich epidemiologisch so günstig auswirkte, daß große Teile der Bevölkerung die Poliomyelitis nicht mehr als direkte Gefahr ansahen, wie dies auch bei den Pocken vor 100 Jahren in Bayern der Fall war.

Diese drei Beispiele, die aufzeigen sollen, wie viele Ähnlichkeiten zwischen den damaligen und heutigen Problemen des Gesundheitswesens bestehen, könnten beliebig vermehrt werden. Es finden sich lesenswerte Ausführungen über den Zustand der Wohnungen und Schulhäuser, der Brunnen und Wasserleitungen, sowie der Krankenanstalten, kurz, es sind alle Gebiete der allgemeinen Hygiene angesprochen. Auch der herrschende Krankheitscharakter ist aufgrund der Angaben der Praxis ausübenden Ärzte eingehend beschrieben. Damit die Arbeit der Ärzte, welche die Unterlagen für die Berichte liefern mußten, nicht mit neuen Anforderungen überlastet würde, ist in der eingangs aufgeführten Entschließung angesprochen:

... da ohnehin in dem Jahresberichte nur ein Material zu behandeln ist, das jeder Gerichtsarzt schon nach den bisher gültigen Bestimmungen und um den dienstlichen Anforderungen nicht bloß formell genügen zu können, sich vollständig eigen machen muß, wird die Erstattung der Jahresberichte keine Überlastung zur Folge haben, zumal wenn die k. Gerichtsärzte sich angelegen sein lassen, schon während des Jahres entsprechende Vormerkmale zu machen, dazu auch die praktischen Ärzte anzuregen und das unterärztliche Personal aller Kategorien zu instruieren und anzuhalten, bezüglich der zu machenden periodischen Vorlagen und fortlaufende Rapporte Ordnung, Treue und Vollständigkeit zu beobachten.“

Der Zweck der Generalberichte ist aus der gleichen Entschließung zu ersehen:

„Die ärztlichen Jahresberichte sollen nicht etwa bloß zur Ergänzung der Amtsacten und als Material für Anordnungen usw. bezüglich des Sanitätswesens dienen,

sondern sie sollen, so weit sie irgend theoretisch oder praktisch für den ärztlichen Dienst Wichtiges enthalten, in geeigneter Weise mit den Namen der Berichtersteller veröffentlicht und zu einem Gemeingute des bayerischen Sanitätspersonals gemacht werden.“

Dieser letzte Satz hat auch heute noch seine volle Gültigkeit. Berichte und statistische Tabellen haben nur einen Sinn, wenn aus ihnen Folgerungen für die Zukunft gezogen werden.

Wer die Reihe der 74 Bände über das bayerische Gesundheitswesen verfolgt, kann aus den Berichten erkennen, daß sie mit dazu beigetragen haben, die gesundheitliche Lage richtig zu beurteilen. Sie haben beigetragen, daß die erforderlichen Nutzenwendungen für das gesundheitliche Wohl der Bevölkerung getroffen werden konnten.

Anschr. d. Verf.: Regierungsmedizinaldirektor Dr. med. Werner Heeger, 8750 Aschaffenburg, Corneliustr. 1

AUS DER BUNDESPOLITIK

Sozialpolitische Gesetzgebung im letzten Jahr der V. Legislaturperiode

Bundestagsausschuß für Sozialpolitik berät mit Bundesarbeitsminister Katzer

Der Ausschuß für Sozialpolitik diskutierte in seiner letzten Sitzung vor der Sommerpause des Parlaments mit dem Bundesarbeitsminister aktuelle und grundsätzliche Fragen der sozialpolitischen Gesetzgebung. Ausgangspunkt war ein Antrag der SPD-Fraktion, durch den die Bundesregierung beauftragt werden soll, sich um Übersichtlichkeit im sozialen Leistungsrecht und rationelle Verwaltung in der Sozialversicherung zu bemühen und langfristig die Finanzkraft der sozialen Sicherung zu gewährleisten.

Einen Schwerpunkt der Ausschußberatungen bildete die Rentenversicherung. Der Minister warf dabei die Frage nach organisatorischen Änderungen und stärkerem Finanzausgleich in der Rentenversicherung auf. Sie ergebe sich aus der außerordentlich unterschiedlichen Finanzentwicklung der einzelnen Träger der Arbeiterrentenversicherung. So differiere z. B. das Vermögen der einzelnen Träger zwischen 100 Millionen und 2000 Millionen DM.

Einige Abgeordnete der Koalition wiesen darauf hin, daß bei organisatorischen Änderungen in der Rentenversicherung der Arbeiter drei Notwendigkeiten Rechnung getragen werden müsse:

1. Bessere Übersichtlichkeit über die Rentenansprüche zu schaffen;
2. Die Beratung und Betreuung des einzelnen Versicherten zu intensivieren;
3. Die Rechte der sozialen Selbstverwaltung zu gewährleisten.

Der Minister berichtete ferner dem Ausschuß über die unterschiedlichen finanziellen Perspektiven der Arbeiterrentenversicherung auf der einen und der Angestelltenversicherung auf der anderen Seite, die sich u. a. daraus ergibt, daß die Zahl der versicherten Angestellten erheblich zunimmt, während die der Arbeiter stagniert.

Wenn der Grundsatz des gleichen Beitragssatzes und des gleichen Leistungsrechtes für Arbeiter und Angestellte in der Rentenversicherung erhalten bleiben sollte, sei eine Umverteilung des Bundeszuschusses zugunsten der Arbeiterrentenversicherung unumgänglich. Zwar würde bei Beibehaltung des gegenwärtigen Rechtes das Vermögen der Rentenversicherung sich bis zum Jahre 1972 etwa auf dem gegenwärtigen Stande halten; es würden sich aber ohne entsprechende Maßnahmen entscheidende Umschichtungen zwischen der Arbeiter- und Angestelltenversicherung ergeben. Nach den Angaben des Ministers würde das Vermögen der Rentenversicherung der Arbeiter von jetzt 12,9 Milliarden DM — je nach der Lohnentwicklung im Jahre 1972 — auf 0,5 bis 2,5 Milliarden DM absinken, während gleichzeitig das der Angestelltenversicherung von gegenwärtig 12 Milliarden auf 19 bis 22 Milliarden DM ansteigen würde.

Der Bundesarbeitsminister wurde vom Ausschuß um detailliertes Zahlenmaterial über die weiteren finanziellen Perspektiven der Rentenversicherung gebeten. Dadurch soll die Diskussion über die Finanzfragen der Rentenversicherung objektiviert und tendenziösen Berichten begegnet werden.

Über die mit dem Minister eingehend erörterten Fragen wird bei der weiteren Beratung des dem Ausschuß vorliegenden dritten Rentenversicherungsänderungsgesetzes entschieden.

Zur Krankenversicherung äußerte sich der Bundesarbeitsminister außerordentlich zurückhaltend. Für diesen Bereich hat er vor dem Ausschuß keine konkreten Initiativen in Aussicht gestellt.

Auf die Frage nach dem Stand der Arbeiten an dem vom Bundestag geforderten Sozialbudget teilte der Minister mit, daß er noch in diesem Jahr eine solche Vorausschau über die Gesamtheit der sozialen Aufwendun-



Eusedon®

Neurosedativum

Bestehend durch die wohlausgewogene Komposition der Wirkstoffe ist dem Eusedon ein überaus harmonischer Beruhigungseffekt eigen. Bei individuell eingestellter quantitativ niedriger Dosierung qualitativ hochwertige Therapieerfolge in Klinik und Praxis aller Fachdisziplinen. Weitgespanntes Indikationsspektrum: Funktionelle Neurosen, Agrypnie, vegetative Dystonie, Unruhe- u. Angstzustände exo- und endogener Art, Cerebralsklerose, Klimakterium.

Cor-Eusedon®

cardiotropes
Neurosedativum

Eusedon®-Dragées

Sedativum u. Nervinum

KREWEL - WERKE · EITORF B. KÖLN

gen und ihrer Aufbringung vorlegen wolle. Der Ausschuß betonte, der Rahmen für ein solches Sozialbudget dürfe nicht zu eng gezogen werden, sondern müsse eine umfassende Darstellung ermöglichen, in die neben den gesetzlichen Sozialleistungen u. a. auch die betriebliche Altersversorgung und die Leistungen der individuellen Vorsorge aufgenommen werden sollten.

Auf Anfrage des Ausschusses gab der Minister eine Übersicht über die sozialpolitischen Gesetzesvorlagen, die er in dieser Legislaturperiode noch vorlegen will:

einen Gesetzentwurf über die Errichtung einer Bundesknappschaft, eine Novelle des Sozialgerichtsgesetzes und eine Gesetzesvorlage über die Öffnung der Rentenversicherung für Selbständige. Er bemüht sich auch um eine Novelle über die Behandlung der NS-Verfolgten in der Sozialversicherung.

Abschließend erörterte der Ausschuß mit dem Arbeitsminister die Notwendigkeit des weiteren Ausbaus der automatischen Datenverarbeitung in der Sozialversicherung.
P. Mandt, Bonn

AUS DER LANDESPOLITIK

Schwerpunkte der bayerischen Gesundheitspolitik

Von Dr. med. Rudolf Soennig, MdL, Vorsitzender des Bayerischen Landesgesundheitsrates

Am 12. 8. 1953 beschloß der Bayerische Landtag das Gesetz über die Schaffung eines Landesgesundheitsrates. Der Landesgesundheitsrat soll als umfassendes gesundheitspolitisches Gremium das Beratungsorgan für alle auf dem Gebiet des Gesundheitswesens tätigen Kräfte sein.

Seit seinem Bestehen hielt er 59 Vollsitzungen und 38 Unterausschuß-Sitzungen ab. Er setzt sich aus 30 Mitgliedern zusammen. 15 Mitglieder benennen die Fraktionen der im Landtag vertretenen Parteien und 15 weitere Mitglieder werden für den gleichen Zeitraum von Körperschaften und Verbänden vorgeschlagen, die auf dem Gebiet des Gesundheitswesens maßgeblich tätig sind.

Krankenhauswesen

Bisherige Krankenhausförderung:

1957 wurde durch die Bayerische Staatsregierung die Krankenhausförderung als Schwerpunkt der bayerischen Gesundheitspolitik erklärt.

Der Freistaat Bayern hat in den letzten Jahren an Beihilfen (FAG und sonstige) gewährt:

Jahr	Zuschüsse DM	Darlehen DM	insgesamt DM
1957	1 279 000	6 386 000	7 665 000
1958	2 005 000	11 208 000	13 213 000
1959	1 958 000	10 985 000	12 943 000
1960	1 885 000	10 800 000	12 685 000
1961	3 390 000	17 570 000	20 960 000
1962	12 469 000	17 403 000	29 872 000
1963	13 285 000	17 475 000	30 760 000
1964	18 830 000	21 382 000	40 212 000
1965	21 598 000	27 375 000	48 973 000
1966	32 543 500	33 965 000	66 508 500
1967	29 500 000	45 500 000	75 000 000
	138 742 500	220 049 000	358 791 500

Es wurden kommunale, freigemeinnützige, gemeinnützige und private Krankenhäuser gefördert.

Vermehrung der Krankenhausbetten in Bayern:
seit 1957 mit 1966

17 781 Krankenhausbetten neu geschaffen
6 491 Betten durch neue ersetzt.

Schwesterausbildung

Zuschüsse für Schwesterausbildung DM 12 Mill. Die staatlichen Zuschüsse für private und gemeinnützige Träger wurden 1965 von DM 500,— auf DM 800,— und 1966 auf DM 1000,— pro Person und Jahr erhöht.

Damit wurde erreicht, daß

1. die Zahl der Krankenpflegepersonen in den Krankenhäusern von 1954 bis 1966 um 72% zugenommen hat:

1954	11 365 Krankenpflegepersonen
1966	19 550 Krankenpflegepersonen

2. die Zahl der Schüler in demselben Zeitraum um über 100% zugenommen hat:

1954	2 339 Schüler
1966	5 373 Schüler

Krankenpflegepersonal — Wohnplätze

Seit 1951 (bis 1966) wurden ca. 13 831 Schwesternwohnplätze neu geschaffen. Für einen Wohnplatz gab der Bayerische Staat zwischen DM 4000—7000,— öffentliche Baudarlehen, so daß dafür ca. DM 80 Mill. ausgegeben wurden.

Die Zahlen für die letzten drei Jahre lauten:

1964	2 767 Schwesternwohnplätze
1965	1 350 Schwesternwohnplätze
1966	2 210 Schwesternwohnplätze

2/3 der Schwestern wohnen in Zwei- und Einbettzimmern.

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

Krankenhausplan

Die Bayerische Staatsregierung erarbeitete einen Krankenhausplan. Dieser sieht vor, bis 1970 5680 Betten neu und 7888 Ersatzbetten zu schaffen. Der Krankenhausplan wurde am 21. 10. 1966 einstimmig vom Landtag angenommen.

Die Staatsregierung hat zugesagt, im Rahmen des Finanzausgleichs — wie bisher — alle baureifen Projekte zu fördern (s. Aufstellung oben). In Bayern gibt es keine Krankenhausbettennot. Schwierigkeiten bestehen nur noch in einigen Großstädten. Daraus ergibt sich, daß der Bayerische Staat 1966 und 1967 mehr Mittel zur Verfügung gestellt hat, als ursprünglich im Krankenhausplan vorgesehen waren.

Eine endgültige Sanierung der Krankenhäuser kann nur durch eine Änderung der Bundespflegesatz-Verordnung herbeigeführt werden. Der Pflegesatz der städtischen Krankenhäuser München setzt sich laut Stand vom 3. 2. 1966 wie folgt zusammen:

Personalkosten	55,2%
Lebensmittel	9,2%
Medizinischer Bedarf	12,1%
Wasser, Energie, Brennstoffe	4,1%
Wirtschaftsbedarf	0,9%
Verwaltungsbedarf	1,0%
Miete und Pacht	0,3%
Steuern, Abgaben, Versicherung	0,4%
Instandhaltung, kurzlebiger Ersatz	3,4%
Sonstiges	0,2%
Kapitaldienst	13,2%
Zusammen:	100,0%

Zur Zeit geben die bayerischen Gemeinden jährlich ca. DM 150 Mill. verlorene Betriebszuschüsse.

Der Landesgesundheitsrat setzte sich seit seinem Bestehen für den Ausbau der Universitäten in ganz Bayern ein. Er empfahl ein Notprogramm für die Verbesserung der Arbeitsmöglichkeiten des Altstadt-Klinikums und forderte mit Nachdruck die Erstellung des Großklinikums in München-Großhadern. Die Bemühungen des Landesgesundheitsrates zur Verbesserung der klinischen Ausbildung der Medizinstudenten durch stärkeres Einschalten der städtischen Kliniken scheiterten am Widerstand der Medizinischen Fakultät. Die Mittel für den Bau einer zentralen Röntgenstation der Medizinischen Poliklinik München wurden durch energisches Einschalten des Landesgesundheitsrates im Staatshaushalt 1968 bereitgestellt.

Bereits im Jahre 1960 befaßte sich der Landesgesundheitsrat mit der Frage, ob in der Bundesrepublik in Zukunft mit einem Ärztemangel zu rechnen sei. Er stellte damals fest, daß die Zahl der damaligen Medizinstudenten ausreichend sei, um den ärztlichen Nachwuchs zu sichern.

Gesundheitsvorsorge

Tuberkulose

Seit 1953 werden Röntgenreihenuntersuchungen*) auf gesetzlicher Basis durchgeführt und durch die Röntgen-schirmbildstellen 7631 offene Tuberkulose, 19 157 geschlossene, jedoch aktive Tuberkulose festgestellt. Seit dem 2. Halbjahr 1954 wurden bei der Röntgenreihenuntersuchung nichttuberkulöse Erkrankungen der

*) Beim Bundesverfassungsgericht ist z. Z. noch eine Klage zur Feststellung der Verfassungswidrigkeit dieses Gesetzes anhängig (Anmerkung der Redaktion).

Vegetative Fehl- reaktionen!

funktionelle
Beschwerden
im Herz-, Kreislauf-
und Verdauungssystem,
Hyperhidrosis,
prämenstruelle-,
klimakterische- und
postoperative
neurozirkulatorische
Störungen

Cesra- dyston[®]



JULIUS REDEL

CESRA-Arzneimittelfabrik

Haueneberstein bei Baden-Baden

Pharma-Herstellung und Vertrieb der

ILON Freiburg im Breisgau

Brustorgane 61 266, darunter Tumoren, größtenteils Krebs, bei 3765 Fällen festgestellt.

Krebs

In Bayern wurde durch den Landesgesundheitsrat eine Arbeitsgemeinschaft zur Früherkennung von Krebskrankheiten geschaffen. Durch Untersuchung von Zellmaterial aus Abstrichpräparaten, die Zytodiagnostik, kann der Unterleibskrebs der Frau frühzeitig aufgedeckt und einer erfolgreichen Behandlung und sogar einer Heilung zugeführt werden. In Bayern gibt es z. Z. 29 zytodiagnostische Untersuchungsstellen, die im Jahr bis zu 130 000 Untersuchungen durchführen. An der I. Medizinischen Frauenklinik in München wurde durch Zusammenarbeit der Bayerischen Staatsregierung und der Bayerischen Landesärztekammer eine Ausbildungsstätte für zytologische Assistentinnen eingerichtet.

Neue Untersuchungslaboratorien sollen in Frauenkliniken errichtet werden.

Früherkennung der Zuckerkrankheit

Um die notwendigen Erfahrungen zur Früherkennung von Diabetikern auf breiter Grundlage zu gewinnen, hat die Bayerische Landesärztekammer im Frühjahr 1967 einen Modellversuch in der Stadt München durchgeführt.

Im September 1967 hat das Staatsministerium des Innern mit einer Aktion zur Früherfassung des Diabetes in ganz Bayern begonnen. Bis zum Ende dieses Jahres werden etwa 2,5 bis 3 Milli. Teststäbchen und dazu gehörige Merkblätter ausgegeben sein. Die Aktion soll bis zum Herbst 1966 abgeschlossen werden, im ganzen etwa 6,5 Millionen volljährige Einwohner erfassen.

Mütter- und Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit auf 100 Lebendgeborene betrug in Bayern

1950	6,3 und
1966	nur 2,6

Die Müttersterblichkeit ging von 10 000 Lebendgeborenen in Bayern

1950	von 24,7 auf
	6,3 1964 und auf
	5,4 1966 zurück.

Durch eine Vereinbarung des Staatsministeriums des Innern, der Landesärztekammer und der Krankenkassenverbände sind die Vorsorgeuntersuchungen für werdende Mütter eingeführt worden.

Es wurden untersucht:

1964 (5 Monate)	26 600
1965	92 000
1966	86 800 werdende Mütter.

Sehtest

Bayern hat als erstes Land der Bundesrepublik im Interesse der Verkehrssicherheit den Sehtest eingeführt. Er wurde von fast allen Bundesländern übernommen. Er hat erreicht, daß Kraftfahrer durch eine Brille ein optimales Sehvermögen haben und viele Führerscheinbewerber veranlaßt, schon vor der Fahrprüfung einen Augenarzt aufzusuchen. Seit 1963 wurde über 1 Million Führerscheinbewerber getestet. Die Anhaltefälle sind von 1963 von 9,3% auf 5,25% 1966 zurückgegangen.

Kampf gegen Kinderlähmung

Bayern hat als erstes Land der Bundesrepublik 1963 die Schiuckimpfung gegen Kinderlähmung durchgeführt. Ihr Erfolg ist sensationell und geeignet, die Kinderlähmung fast gänzlich auszurotten. Im Jahre 1960 erkrankten noch in Bayern 1162 Kinder, 1963 waren es noch 12 und 1965 nur noch 6 Erkrankungen, 1966 nur 3 (Spätfolgen). Die Impfungen werden weiter auf Kosten des Bayerischen Staates durchgeführt.

Wundstarrkrampf

Die Schutzimpfung gegen Wundstarrkrampf (Tetanuspimpfung) dient dem Individualschutz und nicht der Seuchenbekämpfung. Sie ist aber das einzige Mittel, um die gefährliche Krankheit zu verhüten. Das Staatsministerium des Innern fördert daher eine möglichst weite Verbreitung dieser Impfung.

Diphtherie

Die staatlichen Gesundheitsämter führen seit 1964 unentgeltliche freiwillige Diphtherieschutzimpfungen durch.

Tollwut

Durch die Ermittlungen der Gesundheitsämter und die von der Ärzteschaft vorgenommenen Wutschutzbehandlungen war es möglich, Erkrankungen an Tollwut beim Menschen, die immer zum Tode führt, weitgehend zu verhüten. In den tollwutbefallenen Gebieten wird die Bevölkerung durch Merkblätter, Presse, Rundfunk und Plakate über die von dieser Krankheit ausgehenden Gefahren aufgeklärt.

Blutspendedienst

Auf Beschluß des Landtags wurde 1960 in Nordbayern ein zentraler freiwilliger Blutspendedienst durch das BRK eingerichtet. Die Blutspenden in Nordbayern erhöhten sich von 14 431 im Jahre 1960 auf 124 109 im Jahre 1965.

Unfallhilfe- und Rettungsdienst

Zum Ausbau des Unfallrettungsdienstes sollen ab 1967 260 Unfallrettungswagen, 260 Funkgeräte und 30 Relaisstationen mit einem Gesamtaufwand von rund

bei **RHEUMA** bringt

Anker PAIN-EXPELLER

sofortige Besserung

SEIT JAHRZEHNEN BEWAHRT!

ÄRZTE

werden nicht nach ihrem Titel gewertet.

Das Können entscheidet.

Und ihre Bereitschaft zu helfen.

Vorbeugen und Heilen — das sind die Aufgaben des Arztes.

Das sind auch die Aufgaben des Sanitätsoffiziers der Bundeswehr.

Vieles spricht für den „Zivilarzt“.

Mindestens ebensoviel spricht aber auch für den „Militärarzt“.

Wofür man sich entscheiden soll?

Nun, zunächst sollte man sich genau informieren.

Über die Möglichkeiten,

die dem Arzt bei der Bundeswehr geboten werden.

Es sind gute Möglichkeiten...



Das Wichtigste in Stichworten: Sanitätsoffiziere auf Zeit können sich von 2 bis 15 Jahre verpflichten. Übernahme als Berufssanitätsoffizier ist möglich. Zunächst truppenärztliche Tätigkeit nach Wunsch bei Heer, Luftwaffe oder Marine. Fach- oder Spezialausbildung in Lazareten oder Instituten der Bundeswehr ist möglich. Ihre Dauer richtet sich nach der Länge der Verpflichtungszeit. Bundeswehr-Lazarette gibt es in Amberg/Opf., Bad Zwischenahn, Detmold, Gießen, Glückstadt, Hamburg, Hamm/Westf., Kempten/Allg., Kiel, Koblenz, München, Wildbad; Bundeswehr-Institute sind das Wehrmedizinische Institut der Bundeswehr in Koblenz, das Flugmedizinische Institut der Luftwaffe in Fürstfeldbruck und das Schiffahrtsmedizinische Institut der Marine in Kiel.

Gesucht werden vor allem Ärzte der Geburtsjahrgänge 1929–1937. Einstellungsdienstgrad: in der Regel Stabsarzt. Besoldung wie Regierungsmedizinrat. Urlaub: 27 Arbeitstage ab 30. Lebensjahr. Gegebenenfalls Trennungsentschädigung. Sanitätsoffiziere auf Zeit erhalten eine steuerfreie Abfindung. Nachversicherung für die Dauer der Verpflichtung.

Weitere Informationen bzw. Bewerbungsunterlagen erhalten Sie nach Einsendung des Kupons.

An das **Bundeswehramt, 53 Bonn 7, Postfach 7120**

Bitte informieren Sie mich über die Laufbahn des Sanitätsoffiziers außerdem bitte ich um die Zusendung von Bewerbungsunterlagen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Ort: () _____

Straße: _____ Werbeträger: 05 22F 46B/83/48/1501

Fachrichtung: _____ Bestallung vom: _____

Bitte informieren Sie mich zusätzlich über die Laufbahn der Offiziere Unteroffiziere in Heer Luftwaffe Marine Wehrtechnik (Beamtenlaufbahn) Bundeswehr allgemein (Gewünschtes ankreuzen.)

Bitte ausschneiden und auf Postkarte kleben.

DM 10 Mill. beschafft werden. Der Freistaat Bayern wird sich daran voraussichtlich mit rund DM 2 Mill. beteiligen. Die staatlichen Zuwendungen werden den bayerischen Rettungsorganisationen, soweit sie einen ständigen Unfallrettungsdienst unterhalten, insbesondere dem Bayerischen Roten Kreuz, gewährt. 1967 hat das Bayerische Rote Kreuz einen Zuschuß von DM 200 000,— erhalten; davon wurden DM 60 000,— zur Beschaffung von Unfallrettungswagen, DM 140 000,— zur Beschaffung von Funksprechgeräten verwendet. Die im Haushalt 1968 vorgesehenen Mittel sollen wiederum dem Bayerischen Roten Kreuz zugeteilt werden. Haushaltsansatz für 1968: DM 300 000,—.

Hubschrauber der Bundeswehr sollen beim Unfallhilfe- und Rettungsdienst verstärkt eingesetzt werden.

Gesundheitsverhältnisse für die bäuerlichen Bevölkerungskreise sollen nachhaltig gefördert werden. Ein besserer Krankenversicherungsschutz der bäuerlichen Bevölkerung wird angestrebt; z. B. Kindergarten, Dorfhelferin.

Die **Zusammenarbeit aller zivilen und militärischen Dienststellen** im Katastrophendienst wird laufend verbessert.

Bayern hat eine aktive Gesundheitspolitik getrieben und in vielen wichtigen Angelegenheiten Pionierarbeit im Bundesgebiet geleistet.

Die gesundheitspolitischen Tatbestände in Bayern beweisen überzeugend, daß die öfters vorgetragene Behauptung nicht stimmt, in Bayern wäre auf dem Gebiet des Gesundheitssektors zu wenig geschehen.

INTERESSANTES AUS ALLER WELT

Alkohol, Medikamente und Kraftfahrzeugverkehr

Von Adolf von Lippmann

Über die Untersuchungen von Professor Dr. P. Kielholz in Basel über die Beziehungen zwischen Alkoholwirkung und Verkehrssicherheit und die Untersuchungen von Professor Dr. med. M. Bättig in Zürich haben wir in Nr. 11/66 des „Bayerischen Ärzteblattes“ unter dem Titel „Alkohol und Unfall“ berichtet. Seitdem sind in der Schweiz weitere Versuche und Untersuchungen vorgenommen worden sowohl über die Alkoholbeeinflussung der Kraftfahrer als auch über die Beziehungen verschiedener Medikamente zur Verkehrssicherheit. Eine Beeinflussung der Verkehrssicherheit eines Kraftfahrers durch Pharmaka ist in dreierlei Weise direkt oder indirekt möglich:

1. Direkte Beeinflussung der Verkehrstauglichkeit
2. Persönlichkeitsveränderungen, akute und chronische Intoxikationen und Abstinenzsymptome bei Sucht
3. Potenzierung der Alkoholwirkung

Daß bestimmte Pharmaka, wie z. B. Narkosemittel und Medikamente gegen allergische Resektionen (Antihistaminika), die Verkehrstauglichkeit beeinträchtigen, ist seit langem bekannt. Bei den Antihistaminika ist die pharmazeutische Industrie bereits weitgehend dazu übergegangen, auf den Verpackungen oder in den Anleitungen auf die mögliche Beeinflussung der Verkehrstauglichkeit hinzuweisen.

Um die Beeinflussung der Fahrtauglichkeit durch bestimmte weitverbreitete Medikamente, wie z. B. der Tranquillizer, zu klären, sind in Basel im Jahr 1966 von Professor Dr. Kielholz, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik, Basel, in Zusammenarbeit mit Professor Dr. L. Goldberg, Vorstand der Abteilung für

experimentelle Alkoholforschung am Karolinska Institut in Stockholm, Professor Dr. J. Im Obersteg, Direktor des Gerichtlich Medizinischen Institutes der Universität Basel, der Verkehrsabteilung der Kantonspolizei Basel-Stadt unter Major A. Ramseyer, sowie der chemischen Industrie und Dr. P. Schmid von der Eidgenössischen Technischen Hochschule als Statistiker eingehende Untersuchungen durchgeführt worden. Für die damit im Zusammenhang stehenden Versuche hatten sich 120 Angehörige der Baseler Polizei als Freiwillige zur Verfügung gestellt. Die Teilnehmer erhielten unter Doppelblindbedingungen teilweise Placebos, teilweise 400 mg Miltaun (Meprobramat) oder 10 mg Librium und andererseits zusätzlich Alkohol. Anschließend wurde die Verkehrstüchtigkeit der Betroffenen auf einer besonders eingerichteten Prüfstrecke kontrolliert. Gleichzeitig wurde der Blutalkoholwert, die Medikamente quantitativ im Blut und die Reaktionszeit nach einem bestimmten Versuchsplan geprüft. Die statistische Auswertung der Ergebnisse der 120 Versuchspersonen zeigte keine verkehrsmedizinisch relevante Wirkung der verabreichten Pharmaka in den einmal applizierten Dosen und auch keine Verstärkung des Alkoholeffektes. Dagegen konnte die Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit durch Alkohol bei einem durchschnittlichen Alkoholwert im Blut von 0,8 Promille auch durch diesen Versuch signifikant nachgewiesen werden.

Im vergangenen Herbst wurden nun ebenfalls unter der Leitung von Professor Kielholz in Zusammenarbeit mit Professor Dr. Goldberg, Professor Dr. J. Im Ober-

Liquirit®
Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

steg, Dr. W. Pöldinger, Oberarzt für klinische Psychopharmakologie an der Psychiatrischen Universitätsklinik, Basel, Major Ramseyer vom Polizeikorps Basel-Stadt und ebenfalls wieder Dr. P. Schmid von der ETH in Zürich als Statistiker weitere Untersuchungen durchgeführt. Als Freiwillige hatten sich diesmal 200 Polizisten zur Verfügung gestellt. Diese erhielten, wie beim ersten Versuch im Jahr 1966, wieder unter Doppelblindbedingungen — d. h., nur der Statistiker wußte, wer von den Beteiligten was bekam — die gleichen Beruhigungsmittel, jedoch in doppelter Dosierung oder je 200 mg des Schlafmittels Phenobarbital (Luminal) oder Methyprylon (Noludar) oder schließlich Tabletten ohne irgendeinen Wirkstoff. 100 Polizisten mußten zusätzlich soviel Weißwein eines bekannten Alkoholgehaltes zu sich nehmen, daß sie nach 80 Minuten einen Blutalkoholgehalt von durchschnittlich 0,8 Promille aufwiesen. Der Alkohol- und Medikamentengehalt des Blutes wurde bei jeder Versuchsperson kontrolliert.

Alle Versuchspersonen mußten vor der Medikamenten- und Alkoholeinnahme auf besonders vorbereiteten Strecken eine fünfteilige Fahrübung absolvieren. Dabei sind für jeden einzelnen Teil die Zeiten und Fehler, z. B. Überfahren von Markierungen usw., getrennt gemessen und registriert worden. Von jedem der Beteiligten mußte diese Fahrübung 1½ Stunden nach der Alkoholeinnahme und zwei Stunden nach der Verabreichung der Medikamente unter den gleichen Bedingungen wie vorher wiederholt werden. Aus der Differenz der Fahrzeiten und der Zahl der Fehler wurde dann unter Berücksichtigung des Lernzuwachses die Alkohol- und die Medikamentenwirkung berechnet. Um auch die Wirkungsdauer und die Späteffekte der Medikamente zu erfassen, wurde die gleiche Fahrübung von den Beteiligten sechs Stunden nach der Alkohol- bzw. Medikamenteneinnahme wiederholt und ebenfalls die Zeiten und Fehlerzahlen bei jedem einzelnen festgestellt und registriert.

Bei der Auswertung der Ergebnisse wurde festgestellt: Sowohl durch Alkohol als auch durch die Medikamente nahm weniger die benötigte Fahrzeit für die einzelnen Teststrecken als vielmehr die Zahl der Fehler zu. Besonders unter Alkoholeinfluß — wohlgemerkt, nicht mehr als 0,8 Promille — kam es zu einer statistisch hochsignifikanten, also deutlich ausgeprägten Vermehrung der Fahrfehler.

Etwas geringer war die Zunahme dieser Fehler nach der Einnahme der beiden Schlafmittel in durchschnittlichen Dosen, aber noch geringer unter der Einwirkung der beiden Beruhigungsmittel (Tranquillizer) Chlordiazepoxid (Librium) und Meprobamat (Miltan, Pertranquill) in doppelten therapeutischen Einzeldosen, die aber ebenfalls zu vermehrten Fahrfehlern geführt hatten. Bei der kombinierten Verabreichung von Medikamenten und Alkohol konnte eine Verstärkung der Alkoholwirkung durch alle vier Medikamente in den verabreichten Dosen nachgewiesen werden. Bei den Fahrversuchen rund sechs Stunden nach der Alkohol- und Medikamenteneinnahme sind keine signifikanten Beeinträchtigungen der Fahrtüchtigkeit bei den Versuchspersonen mehr nachgewiesen worden.

Aufgrund dieser Ergebnisse wird von ärztlicher Seite und der Beratungsstelle für Unfallverhütung in Bern (BtU) der Schweiz vor dem Risiko der kombinierten Einnahme höherer Dosen von Beruhigungsmitteln oder durchschnittlichen Dosen von Schlafmitteln zusammen mit Alkohol dringend gewarnt. Aber ganz eklatant haben auch diese Versuche wiederum bewiesen, daß bei einem durchschnittlichen Blutalkoholgehalt von 0,8 Promille auch ohne Medikamenteneinnahme die Verkehrstüchtigkeit schwer beeinträchtigt ist.

In einem Bericht aus der Psychiatrischen Universitätsklinik in Basel (Direktor: Professor Dr. P. Kielholz) haben Professor Kielholz und Dr. W. Pöldinger die bisher bekannten Ergebnisse der Forschung über Medikamente und Verkehr zusammengestellt (abgedruckt in „Unfallforschung und Unfallverhütung“, Ausgabe 1968/69, Verlag Vogt-Schild AG, Solothurn 2 [Schweiz] mit zahlreichen Hinweisen auf die nationale und internationale Literatur). Des besonderen Interesses wegen werden im folgenden die von den Verfassern herausgearbeiteten Leitsätze über die verkehrsmedizinische Bedeutung bestimmter Pharmaka bzw. von Gruppen von Medikamenten wiedergegeben. Bei den Narkosemitteln, besonders den Kurznarkotika, liegt die verkehrsmedizinische Bedeutung vor allem darin, daß besonders bei den zur intravenösen Kurznarkose verwendeten Stoffen (Thiobarbituraten) eine hypnotische Wirkung bis zu 24 Stunden nach Ende der eigentlichen narkotischen Wirkung dadurch weiterbestehen kann, daß ein Teil der Kurznarkotika, die zwar selbst sehr schnell aus

Neurovegetalin®

VERLA-PHARM
TUTZING/OBB.

das klassische Sedativum

25 Dragées 50 Dragées

25 50 100 Dragées

verstärkt mit psychotroper Komponente

Neurovegetalin® forte

dem Körper ausgeschieden werden, in chemische Analoga verwandelt wird, die nur sehr langsam ausgeschieden werden. Die deutsche Bundesärztekammer hat bereits früher vorgeschlagen, den Patienten nach Kurznarkosen folgendes zu empfehlen: Mit Begleitung nach Hause gehen, kein Kraftfahrzeug lenken, 24 Stunden zu Hause zu bleiben und keinen Alkohol zu sich zu nehmen.

Die verkehrsgefährdenden Leistungsstörungen der Hypnotika liegen in den Auswirkungen der hypnotisch-sedativen Wirkung der verschiedenen Derivate, deren Wirkung besonders bei den sogenannten Durchschlafmitteln in der Regel über das meist artifizielle (Wecker) oder auch spontane Erwachen anhält. Es ist daher besonders gefährlich, Hypnotika gegen Ende der Nacht zu nehmen, da dann die Wirkung in den Tag hinein anhält. Dies gilt auch für den alkoholverstärkenden Effekt.

Die verkehrsmedizinische Bedeutung der Betäubungsmittel liegt vorwiegend in den Intoxikationserscheinungen, Abstinenzsyndromen und Persönlichkeitsveränderungen Süchtiger. Dies gilt auch für Analgetika, besonders für Kombinationspräparate, die Hypnotika, speziell Barbiturate, in sedierenden Dosen enthalten.

Stimulantien sind dadurch von verkehrsmedizinischer Bedeutung, weil die Leistungsgrenze infolge des Fehlens der biologischen Ermüdungsgefühle überschritten wird. Mit dem Nachlassen der Medikamentenwirkung können plötzliche Schlafattacken und bedrohliche Kollapserscheinungen auftreten. Bei Überdosierung kommt es zu innerer Unruhe und zu Koordinationsstörungen. Das gilt auch für Stimulantien, die als „Appetitzügler“ propagiert werden.

Eine Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit durch Psychopharmaka kann durch einen schlafanstoßenden Effekt, der besonders zu Behandlungsbeginn deutlich ist, eine Verstärkung der Alkoholwirkung, eine erschlaffende Wirkung auf wichtige Muskelgruppen, sowie durch gewisse Nebenwirkungen, wie Kollapsneigung, Muskelkrämpfe, Sehstörungen und plötzlich auftretende Verwirrungszustände, erfolgen. Diese verkehrsmedizinisch relevanten Wirkungen treten vorwiegend im Beginn der Behandlung und bei nicht sorgfältig vorgenommener und daher meist zu hoher Dosierung auf. Es muß daher vor den ärztlich nicht kontrollierten auch nur einmaligen Einnahmen gewarnt werden.

Die Bedeutung der Antiallergika in verkehrsmedizinischer Sicht liegt ebenso, wie die Mittel gegen Grippe, Reisekrankheit und Erbrechen, in der ermüdend-schlafanstoßenden Wirkung dieser Stoffe. Außerdem wird die Wirkung von Alkohol durch diese Pharmaka verstärkt.

Bei den Antiepileptika liegt die Bedeutung weniger bei den Pharmaka selbst als vielmehr bei der Erkrankung des einzelnen Patienten und der Einstellbarkeit seines Anfallleidens. Bei den Muskeirelaxantien sind es die Schwächezustände, die besonders im Beginn der Behandlung und bei hoher initialer Dosierung in den Extremitäten auftreten können, die verkehrsmedizinisch von Bedeutung sind. Bei blutdrucksenkenden Stoffen liegt sie vor allem in der Gefahr plötzlich auftretender Kreislaufdysregulationen, vor allem von Kollaps, sowie in der sedierenden Wirkung von Reserpin, Barbituraten und anderen dämpfenden Stoffen, die in Kombinations-

präparaten enthalten sind. Verschiedene sedierende Pharmaka, wie Hypnotika, Psychopharmaka und Antihistaminika, beeinträchtigen die Verkehrstauglichkeit nicht nur direkt, sondern auch indirekt, indem sie eine Alkoholwirkung verstärken können. Diese Wirkung ist besonders im Beginn einer Behandlung deutlich, weswegen vor allem vor ärztlich nicht kontrollierten, auch nur einmaligen Einnahmen bei gleichzeitigem Konsum auch nur kleiner Alkoholmengen zu warnen ist.

Im großen und ganzen entspricht der Katalog der in die Untersuchung einbezogenen Medikamente und Pharmaka dem, der in der Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 10. 1. 1964 über die Einschränkung der Verkehrstauglichkeit durch Arzneimittel enthalten ist. Dort sind unter Hinweis auf weitere Vervollständigung genannt worden: Narkosemittel, Schlafmittel (Hypnotika) und schlafmittelhaltige Beruhigungsmittel (Sedativa), Betäubungsmittel und schmerzstillende Mittel (Analgetika). Aufpeitschungsmittel (Stimulantien) und Appetitzügler, Psychopharmaka, Medikamente gegen Überempfindlichkeitsreaktionen, Grippe und Reisekrankheit (Antihistaminika), Antiepileptika, Medikamente gegen Muskelkrämpfe (Muskelrelaxantien) und Medikamente gegen zu hohen Blutdruck (Antihypertensiva).

Abschließend soll hier noch gesagt werden, daß — nach den bisherigen Erfahrungen — von Medikamenten und Pharmaka bestimmte Gefahren im Hinblick auf die Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit von Kraftfahrern ausgehen, die nicht unterschätzt werden dürfen. Aber keinen Zweifel haben die Ergebnisse aller bisherigen Versuche und Untersuchungen darüber gelassen, daß die größte Gefahr für die Verkehrssicherheit von der Alkoholbeeinflussung ausgeht.

Anschr. d. Verf.: Adolf von Lippmann, Reischach 10, 8201 Prutting über Rosenheim

AMTLICHES

(Bekanntmachung des Bundesministers für Gesundheitswesen vom 5. 8. 1968 — I A 7 — 4419 — 02)

Warnung vor unbegründeter Anwendung von Chloramphenicol

Auf meine Anfrage bei der Nahrungs- und Arzneimittelbehörde (Food and Drug Administration — FDA) der Vereinigten Staaten von Amerika habe ich eine Abschrift des Briefes erhalten, den die FDA an 306 000 Ärzte und Krankenhausverwaltungen der USA gesandt hat. Aus diesem Brief geht hervor, daß die erneute Warnung vor der Anwendung von Chloramphenicol nicht auf neue klinische oder ärztliche Befunde zurückgeht, sondern darauf, daß nach Meinung der FDA die in letzter Zeit verwendeten Mengen dieses Arzneimittels erheblich größer sind als nach einer strengen Indikation im Sinne der früheren Warnungen zu erwarten wäre.

Die FDA erwähnt in diesem Brief, daß offenbar Chloramphenicol nicht selten für banale Erkrankungen, wie z. B. Akne oder gewöhnliche Erkältungen, verwendet wird.

Die FDA warnt aus diesem Grunde vor einem übermäßigen Verschreiben dieses Arzneimittels und ruft erneut nachfolgende Warnung den Ärzten in das Gedächtnis zurück.



Bei
Husten
 hilft
 Kindern
 und
 Erwachsenen

Pertussin®

TAESCHNER

Sirup · Balsam · Zäpfchen

Sirup und Tropfen auch mit Codein

Pepsaldra®

Magen-Fermentpräparat

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Original-Packungen mit 45 und 125 Dragees

Pepsaldra compositum

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

Original-Packungen mit 40 und 100 Dragees



**planen, sparen,
 die Zukunft
 meistern**

**Weltspartag
 30. Oktober
 1968**



Machen Sie den Weltspartag zu Ihrem Spartag. Nutzen Sie die vielen Möglichkeiten, durch regelmäßiges Sparen ein Vermögen aufzubauen. Sie werden sehen: Sparen macht Spaß. Fragen Sie uns.

**Wenn's um Geld geht
 SPARKASSE**

„Warnung“

„Es ist bekannt, daß nach Verabreichung von Chloramphenicol gefährliche und tödliche Blutschädigungen (aplastische Anämie, hypoplastische Anämie, Thrombopenie und Granulozytopenie) auftreten. Zudem ist berichtet worden, daß Chloramphenicol aplastische Anämie verursachte, die später in Leukämie endete. Blutschädigungen zeigten sich sowohl nach kurzfristiger als auch nach längerer Therapie mit diesem Arzneimittel. Chloramphenicol darf nicht angewandt werden in Fällen, in denen potentiell weniger gefährliche Stoffe wirksam sind, wie im Abschnitt ‚Indikationen‘ beschrieben. Es darf nicht bei der Behandlung banaler Infektionen oder in Fällen angewandt werden, wo es nicht angezeigt ist, z. B. bei Erkältungen, Grippe, Halsentzündungen oder als prophylaktischer Wirkstoff zur Verhütung bakterieller Infektionen.“

Vorsichtsmaßnahmen: Es ist wichtig, daß während der Behandlung mit dem Arzneimittel die erforderlichen Blutuntersuchungen durchgeführt werden. Obgleich durch Blutuntersuchungen beginnende periphere Blutveränderungen festgestellt werden können, wie z. B. Leukopenie, Retikulozytopenie oder Granulozytopenie, bevor sie irreversibel werden, können solche Untersuchungen nicht als zuverlässig für die Feststellung von Knochenmarkdepression vor der Entwicklung einer aplastischen Anämie betrachtet werden. Zur Ermöglichung entsprechender Untersuchungen und der Beobachtung während der Therapie ist es wünschenswert, daß die Patienten in Krankenhäusern untergebracht werden.“

Außer dieser Warnung gibt die FDA erneut ihre Auffassung darüber bekannt, bei welchen Erkrankungen Chloramphenicol für angebracht gehalten wird. Sie verlangt, daß nachfolgender Hinweis auf den Packungen angebracht wird:

„**Indikationen:** Gemäß den in der Warntafel und in diesem Abschnitt Indikationen wiedergegebenen Auffassungen darf Chloramphenicol nur bei jenen gefährlichen Infektionen angewandt werden, bei denen potentiell weniger gefährliche Arzneimittel unwirksam oder kontraindiziert sind. Chloramphenicol darf jedoch bei klinischer Auffassung, daß es sich um eine der unten aufgeführten Krankheiten handelt, für die Einleitung einer antibiotischen Therapie gewählt werden. Es sind dann gleichzeitig Sensibilitäts-tests im Labor durchzuführen, so daß die Verabreichung des Arzneimittels so bald wie möglich eingestellt werden kann, wenn potentiell weniger gefährliche Wirkstoffe aufgrund solcher Tests angezeigt sind. Die Entscheidung, ob es besser ist, die weitere Anwendung von Chloramphenicol der Anwendung eines anderen Antibiotikums vorzuziehen, ist, wenn Laboruntersuchungen zeigen, daß beide wirksam

gegen einen spezifischen Krankheitserreger sind, abhängig von der Schwere der Infektion, der Empfindlichkeit des Krankheitserregers gegen verschiedene Arzneimittel zur Bekämpfung von Mikro-Organismen, von der Wirksamkeit der verschiedenen Arzneimittel bei Infektionen und den wichtigen anderen Auffassungen, die in der obigen Warntafel wiedergegeben sind:

1. Akute, durch empfindliche Stämme der *Salmonella Typhi* verursachte Infektionen:

Chloramphenicol ist hier das Arzneimittel der Wahl*). Es wird für die Routinebehandlung von Typhusbazillenausscheidern nicht empfohlen.

2. Gemäß den oben wiedergegebenen Auffassungen gefährliche Infektionen, die durch empfindliche Bakterienstämme verursacht wurden:

- a) *Salmonella*-Arten
- b) *H. influenzae*, besonders meningeale Infektionen
- c) Rickettsien
- d) Lymphogranulom — Psittakose-Gruppe
- e) Verschiedene gramnegative Bakterien, die Beteriämie, Meningitis oder andere gefährliche gramnegative Infektionen verursachen
- f) Sonstige empfindliche Organismen, bei denen erwiesen ist, daß sie allen anderen geeigneten anti-mikrobiellen Wirkstoffen widerstehen.

3. Zystische Fibrose.“

gez. i. A. Dr. Rachold

*) Bei der Behandlung von Typhus empfehlen einige Behörden, 8—10 Tage lang, nachdem der Patient fieberfrei geworden ist, diesem therapeutisch Chloramphenicol zu verabreichen, und zwar zwecks Reduzierung der Möglichkeit eines Rückfalls.

Erziehungsbeihilfen für Arzthelferin-Lehrlinge

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 6. 7. 1968 die bisher von ihm empfohlenen Erziehungsbeihilfen für Arzthelferin-Lehrlinge in Anlehnung an die Regelung in anderen Heilberufen auf folgende Sätze angehoben. Sie sollen vom 1. September 1968 an Wirkung haben (vgl. Veröffentlichung im „Bayerischen Ärzteblatt“, Heft 7, 1968, S. 491.)

- | | |
|-------------|----------|
| 1. Halbjahr | DM 85.— |
| 2. Halbjahr | DM 100.— |
| 3. Halbjahr | DM 115.— |
| 4. Halbjahr | DM 130.— |
| 5. Halbjahr | DM 145.— |
| 6. Halbjahr | DM 160.— |

Diese Sätze sollen nicht nur für neu angestellte Lehrlinge gelten, sondern auch auf bereits bestehende Lehrverhältnisse Anwendung finden. Der Vorstand legt den Lehrherrn daher nahe, diesen Lehrlingen die entsprechenden erhöhten Beihilfen zu bezahlen.

Bronchovalun®
broncholytisches Antitussikum

Thyreovalun®
antithyreoidal, beruhigend
psychisch ausgleichend
keine strumigene Nebenwirkung

Muster u. Literatur auf Anforderung

Bal apaatlach-aathmoidar Bronchitis, Emphyseambronchitis, Bronchialaktaala, Krampf-, Raiz-, Grippahustan, Raucherkatarrh

Tropfflasche
10 ml

Gut varträgllicher Pflanzenanextrakt bei Schilddrüsenüberfunktion und vegetativen Störungen, Angst- und Spannungszuständen, Schlaflosigkeit, Harz- und Kreislaufbeschwerden, Hyperhidroala

Tropfflasche
15 ml u. 30 ml

Dr. Auf dem Kampe · Hamburg 52 - Großflottbek

STEUERFRAGEN

Junge Witwen zu festen Preisen

Die Lebensversicherer kombinieren niedrige Anfangsprämien mit hohen Endaltern und noch niedrigere Anfangsprämien mit alsbaldigen Endaltern — „Abkürzungsversicherung“ und „Umtauschversicherung“

Von Bernd Baehring

Zwei speziell für junge Ehen ausgearbeitete Tarifkonstruktionen — die „Abkürzungsversicherung“ und die „Umtauschversicherung“ — werden heute bereits von fast allen deutschen Lebensversicherern offeriert. Es handelt sich um auf ein ganz bestimmtes, breites Bedürfnis ausgerichtete mathematisch-lebensversicherungstechnische Kombinationen bekannter und seit langem bewährter Tarifgrundformen.

Sie wurden geschaffen, weil das durchschnittliche Heiratsalter der Männer heute 26 Jahre und der Frauen 23 Jahre ist (nach der Heirats- und Sterbetafel 1960/62), womit es bei den Männern um 1,7 Jahre und bei den Frauen um 2,1 Jahre niedriger liegt als vor dem ersten Weltkrieg. Nun, das sind für das normale Bürgerauge keine sensationellen Verschiebungen. Die Lebensversicherer schauen aber näher hin, wobei sich die Dinge auch so darstellen: Heute kann erwartet werden, daß 95,7% der achtzehnjährigen Männer und 95,1% der sechzehnjährigen „Frauen“ heiraten werden — und zwar früher als früher, d. h. vor dem ersten Weltkrieg, als nur 86,5% der heiratsfähigen Männer und 85,9% der heiratsfähigen Frauen legitim zueinander fanden. Das wiederum hat zwei für die Lebensversicherer sehr interessante Gründe: Die „Sterblichkeit“ ist in den letzten fünfzig Jahren zurückgegangen; es werden also mehr Leute alt und mehr alte Leute noch älter. Zweitens wurden die wirtschaftlichen Voraussetzungen für die Eheschließung besser, nicht zuletzt, weil es heute für die Frau allgemein möglich und üblich ist, auch nach der Eheschließung berufstätig zu bleiben.

Wer aber mehr Geld verdient, hat auch eher etwas für eine Lebensversicherung, und wer die Aussicht auf ein längeres Leben genießt, hat auch mehr Grund, rechtzeitig etwas zu seiner Sicherung zu tun. Das nicht zuletzt als Frau, deren reelle Aussicht auf ein Witwenleben heute nicht geringer ist als zu Groß- und Urgroßmutterzeiten, denn die Gemahle verbrauchen sich schnell und die Wiederverheiratungschancen sind nicht gestiegen. Eine Witfrau aber will mehr erleben denn vererben, und das bedeutet, daß im Rahmen der Familienversicherung nicht zuletzt die Tarife von Belang sind, die ausschließlich auf die persönliche Altersversorgung (also nicht auf die Hinterbliebenensicherung) abgestellt sind; das sind nach Lage der Dinge z. B. moderne Rententariife.

Im übrigen aber gehen die Versicherer in ihrem Werben um junge Eheleute selbstverständlich davon aus, daß der für die Lebensassekuranz verfügbare Einkommensteil zunächst gering sein wird. Das ist der Startpunkt für die sogenannte Umtauschversicherung.

Diese Bezeichnung besagt, daß zunächst auf einige Jahre hinaus zu sehr niedrigen Prämien eine reine Risikoversicherung abgeschlossen wird, die dann in eine „normale“ Lebensversicherung umgetauscht werden kann. Im Schnitt der deutschen Lebensversicherungsgesellschaften sehen die Tarife so aus:

Beitrag für je DM 10 000.— Versicherungssumme bei einem

Eintrittsalter von	für Risikovers. von zehn Jahren jährlich	anschließ. gemischte Versicherung bis Endalter 65 — jährlich
20	DM 65.—	DM 265.—
25	DM 68.—	DM 320.—
30	DM 75.—	DM 400.—
35	DM 89.—	DM 510.—

Ein 25jähriger Mann, der eine Umtauschversicherung über DM 10 000.— Summe abschließt, die zehn Jahre als reine Risikoversicherung und anschließend 30 Jahre als gemischte Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall läuft, zahlt bis zu seinem 35. Lebensjahr eine Jahresprämie von DM 68.— (DM 5.67 im Monat) und erwirbt damit den Anspruch auf die Zahlung von DM 10 000.— an seine Ehefrau, wann immer er während dieser zehn Jahre sterben sollte. Erlebt er sein 35. Lebensjahr, so dürfte die Einkommenslage der Familie den Übergang auf den in Deutschland klassischen Lebensversicherungsvertrag gestatten, der von diesem dann 35jährigen Mann eine jährliche Beitragszahlung von DM 320.— (monatlich rd. DM 28.70) verlangt; damit beginnt — und das ist der Unterschied zur reinen Risikoversicherung der ersten zehn Jahre — die Kapitalbildung zugunsten des Versicherten, was bedeutet, daß die Versicherungssumme auf jeden Fall einmal ausgezahlt wird, eben auch im „Erlebensfall“, d. h. bei Erreichen des vertraglichen Endalters von 65 Jahren. Im übrigen ist zu beachten, daß die gemischte Versicherung (in unserem Beispiel mit DM 320.— Jahresbeitrag)



Prospan auch als Aerosol

Gegen Keuchhusten

Gegen Bronchitiden verschiedener Genese

Gegen Reizhusten und Altershusten

PROSPAN®

rein pflanzlich

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

als Sparform stets mit einer Gewinnbeteiligung ausgestattet ist, durch die die vertraglichen Versicherungssummen bekanntlich noch um bis zu hundert Prozent und mehr aufgestockt werden können. Auch in der reinen Risikoversicherung der ersten zehn Vertragsjahre wird u. U. eine — kleine — Gewinnbeteiligung gewährt, wenn der Versicherte am Leben bleibt (und die Versicherung somit nicht fällig wird).

Der Reiz der Umtauschversicherung besteht darin, daß sie die preiswerteste Möglichkeit ist, sofort einen ausreichenden Versicherungsschutz zu erlangen. Stirbt der Mann einer so geschützten Frau im Alter von z. B. 26 Jahren, so hat die Frau für monatlich DM 5.67 Konsumverzicht DM 10 000.— bar auf der Hand. Um ein Geringes mehr kann speziell eine Unfalltod-Zusatzversicherung eingeschlossen werden, was die Verdoppelung der Versicherungssumme bewirkt; das kostet je DM 10 000.— Versicherungssumme DM 15.— im Jahr oder etwas über eine Mark im Monat.

Der andere Weg, die sogenannte Abkürzungsversicherung, erfordert zunächst bedeutend höhere Prämien als die Umtauschversicherung, läßt dafür aber auch den Sparvorgang sofort beginnen und ist später dann „billiger“, eben weil mit dem Sparen zehn Jahre früher begonnen worden ist — und weil der Sparvorgang, der zu einer bestimmten Vertragssumme führt, auf ein viel höheres Endalter abgestellt wird. Dieses höhere Endalter ist der springende Punkt bei der Sache.

Beitrag für je DM 10 000.— Versicherungssumme bei einem

Eintrittsalter von	jährlich DM
25	190.—
30	215.—
35	250.—
40	290.—
45	345.—

Die Beitragssätze sind auf ein vereinbartes Endalter von 85 Jahren abgestellt. Natürlich wird niemand Lust verspüren, solange, wenn überhaupt „existentiell“ möglich, Beiträge zu zahlen. Das will der Versicherer auch nicht; er stellt auf dieses hohe Erlebensalter nur ab, um die Monatsbelastungen des Versicherungsnehmers durch Beitragszahlungen so niedrig wie möglich sein zu lassen. Im übrigen baut der Tarif auf der zu erwartenden Gewinnbeteiligung der Versicherten, der sogenannten Versichertendividende auf, die beispielsweise aus der Anlage von Ersparnis werdenden Prämienteilen am Kapitalmarkt erwirtschaftet wird. Die Gewinnbeteiligung ist bei jeder gemischten Lebensversicherung von einiger Laufdauer ein sehr bedeutender Teil der Versicherungsleistung. Bei diesen Tarifen aber dient sie nicht der Aufstockung der Versicherungssumme, sondern der Abkürzung der Versicherungslaufzeit — normalerweise um zwanzig Jahre auf das 65. Lebensjahr

des Versicherten, das ja das übliche Endalter eines gemischten Lebensversicherungsvertrages ist.

Ein 25jähriger Mann — vgl. die kleine Tabelle — schließt also für DM 190.— Jahresprämie (rd. DM 15.80 im Monat) je DM 10 000.— Versicherungssumme formal so ab, daß die Versicherungsleistung im Erlebensfall nach sechzig Jahren, in seinem 85. Lebensjahr fällig wird, vereinbart aber, daß die ihm zustehenden Versichertendividenden als zusätzliche Beitragsleistungen laufzeitverkürzend angerechnet werden. In welchem Umfang die Laufzeitverkürzung dann eintritt, das hängt von der Höhe der Versichertendividenden und damit von der Entwicklung des Kapitalzinses, der Sterblichkeit im Bestand (Risikoverband) und der Entwicklung der Verwaltungskosten des Unternehmens, also im Ganzen auch von der Qualität des Managements der Gesellschaft, ab. Unter Umständen muß mit geringen Beitragszahlungen das tatsächlich gewünschte Endalter, also in der Regel 65 Jahre, angesteuert werden.

Die Gewinnbeteiligung, so wie sie derzeit im Durchschnitt angenommen werden kann, wirkt im allgemeinen so, daß Personen mit einem Eintrittsalter von 35 bis 40 Jahren die Versicherungssumme auf der Grundlage der oben genannten Jahresbeiträge statt mit 85 mit 65 Jahren ausgezahlt bekommen.

Wer jünger eintritt, mag auf etwa 60 Jahre kommen, wer älter beginnt, könnte bis vielleicht zum 70. Lebensjahr warten müssen, es sei denn, er legt, wie gesagt, pro Jahr ein paar Mark zu.

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

Praxisübergabe — Sonderausgabe oder nichtabzugsfähige Unterhaltsrente

Ein Facharzt für innere Krankheiten hatte seinem Sohn mit der gleichen Qualifikation seine Kassenarztpraxis übergeben. Streitig ist, ob die von dem Sohn an den Vater gezahlte Leibrente als Betriebsausgabe in voller Höhe (§ 4 Abs. 4 EStG) oder als Sonderausgabe nur in Höhe des Ertragsanteils (§ 10 Abs. 1 Nr. 1 EStG) abzugsfähig ist. Der steuerpflichtige Praxisnachfolger hatte die Rentenleistungen in seinen Einkommensteuererklärungen als Betriebsausgaben behandelt. Das Finanzamt ließ sie nur in Höhe des Ertragsanteils (14 v. H.) als Sonderausgabe zum Abzug zu. Das Finanzgericht hatte der Berufung des Praxisnachfolgers stattgegeben. Darauf beantragte das Finanzamt die Aufhebung dieser Entscheidung. Der BFH gab dieser Rechtsbeschwerde statt und führte zur Frage der betrieblichen Natur der gezahlten Rente folgendes aus: Im vorliegenden Falle könnte nicht außer acht bleiben, daß die Versorgungsrente weitgehend den Versorgungsbedürfnissen des gesetzlich zum Unterhalt berechtigten Vaters diene und davon ausgegangen werden müsse,

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

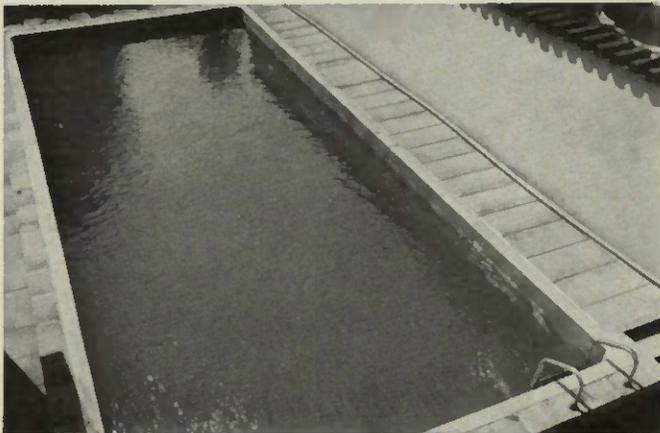
Inasthmon

Das percutane Expectorans



**Zur Erfrischung
Zur Erholung
Zur Entspannung**

Ein gutes, solides Schwimmbad erhöht den Wert des Anwesens



Ein Polyesterbecken 8,0 x 4,0 x 1,5 m kostet ab Werk DM 8225.-

helios Schwimmbäder

- Freibad, Hallenbad
- Heizung, Temperaturregler
- Filteranlage, Unterwasserstaubsauger
- Montage, Einbau, Anschluß
- Weitverzweigtes Kundendienstnetz
- Schneller Service
- Garantie

Verlangen Sie unseren ausführlichen Prospekt

helios

HEIZUNGS- UND SANITARBAU

8500 Nürnberg, Hochwaldstraße 11

Telefon (0911) 48 24 40 · 48 70 04

Ich bitte um ausführliche Information

durch Prospekt

durch Fachberater

Name:

Anschrift:



daß der steuerpflichtige Praxisnachfolger seinen Vater ohnedies hätte unterhalten müssen. Diese Leistungen verlören ihren außerbetrieblichen, familiären Charakter nicht dadurch, daß sie im Zusammenhang mit dem vorzeitigen Verzicht des Vaters auf die Kassenzulassung und mit der Übergabe der Praxis erbracht worden seien. Schließlich könne die betriebliche Natur der Rente auch nicht dadurch hergeleitet werden, daß die Rentenleistung in abgestufter Form nach der Umsatzhöhe bemessen wurde. Es spreche nicht gegen das Vorliegen einer außerbetrieblichen Versorgungsrente, daß die Rente sowohl nach den Versorgungsbedürfnissen des Rentenberechtigten, als auch unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Rentenverpflichteten bemessen werde. Solchen Erwägungen habe offensichtlich die hier zu würdigende Rentenvereinbarung Rechnung getragen. Denn die Abstufung der Umsatzbeteiligung sei vor allem unter dem Gesichtspunkt sinnvoll, daß der Praxisumsatz nach der Übernahme der Praxis durch den steuerpflichtigen Praxisübernehmer mit großer Wahrscheinlichkeit sich erhöhte, während die Versorgungsbedürfnisse des Vaters nicht in gleichem Maße steigen würden.

Der BFH hat nun aus den nachstehenden Erwägungen die aufzuhebende Vorentscheidung zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Finanzgericht zurückverwiesen.

Die Entscheidung, so wird ausgeführt, hänge schließlich davon ab, ob eine nichtabzugsfähige Unterhaltsrente (§ 12 Nr. 2 EStG) vorliege. Sei dies der Fall, so komme zwar grundsätzlich kein Abzug in Frage. Da aber eine Abänderung der Steuerfestsetzung zum Nachteil des steuerpflichtigen Praxisübernehmers nicht zulässig sei, müsse es für die Streitjahre bei dem Abzug der Beträge verbleiben, die das Finanzamt in dem angefochtenen Bescheid als Sonderausgaben anerkannt hatte. Liege dagegen keine Unterhaltsrente vor, so komme nur eine außerbetriebliche Versorgungsrente (aus Sonderausgabe nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 EStG) in Betracht, und zwar in der Form einer dauernden Last. Sie führe zum vollen Abzug, wie ihn das Finanzgericht — unter anderem Gesichtspunkt — gestattete. Eine Leibrente scheidet deshalb aus, weil sich die laufenden Bezüge nach einem Vomhundertsatz des Umsatzes bemessen (vgl. BFH-Urteil vom 27. 5. 1964 in BStBl. III 1964 S. 475). Rentenzahlungen an gesetzlich Unterhaltsberechtigte, die im Zusammenhang mit der Übertragung eines Betriebs auf den Unterhaltsverpflichteten vereinbart würden, seien im allgemeinen dann in vollem Umfang keine Sonderausgaben, wenn der Unterhaltscharakter der Renten überwiege. Ein wesentlicher Anhaltspunkt dafür könne sein, daß der Wert des übertragenen Vermögens schon bei überschlägiger Berechnung nicht wenigstens die Hälfte des Wertes der Rentenverpflichtung erreiche (BFH-Urteil vom 23. 1. 1964 in BStBl. III 1964 S. 422).

Bei der hiernach vorzunehmenden Abwägung könne unter Umständen die Berücksichtigung des Geschäftswertes (Praxiswertes) in Betracht kommen. Voraussetzung sei jedoch, daß zum Zeitpunkt der Betriebs- oder Praxisübergabe ein solcher Wert eindeutig vorhanden war und daher angenommen werden müsse, daß sich die Beteiligten dieser Tatsache bewußt waren. Denn nach ständiger Rechtsprechung unterliege eine an gesetzlich unterhaltsberechtigte Personen gezahlte Rente nur dann nicht dem Abzugsverbot nach § 12

Nr. 2 EStG, wenn die Rente aufgrund einer — und d. h. im Hinblick auf eine — Gegenleistung zugesagt worden sei (BFH-Urteil vom 8. 2. 1957 in BStBl. III 1957 S. 207).

Bei seiner erneuten Entscheidung werde das Finanzgericht zu prüfen haben, ob und in welcher Höhe nach diesen Grundsätzen ein Geschäftswert berücksichtigt werden dürfe, was nach dem vorliegenden Sachverhalt besonders wegen des hohen Alters des Vaters nicht wahrscheinlich ist. Das Finanzgericht werde weiterhin feststellen müssen, ob bei Praxisvergrößerungen von Internisten bei somit gleichen Verhältnissen eine so hohe Vergütung gezahlt worden wäre. (§ 10 Abs. 1 Nr. 1, § 12 Nr. 2 EStG 1957/1958 — BFH-Urteil vom 30. 11. 1967 in BStBl. 1968 II 264)

Nach Redaktionsschluß:

Abschlußprüfung in der ersten deutschen Schule für Zytologie-Assistentinnen

In der auf Initiative der Bayerischen Landesärztekammer gegründeten ersten und z. Z. noch einzigen Schule für Zytologie-Assistentinnen in Deutschland fanden vom 16. bis 18. September 1968 die ersten Abschlußprüfungen statt.

Die Schule, die unter der Leitung von Herrn Dozent Dr. SOOST, Oberarzt der I. Universitäts-Frauenklinik in München, steht, hatte die Schülerinnen in einer einjährigen theoretischen und praktischen Ausbildung auf die Prüfung und ihren Beruf vorbereitet.

Alle Schülerinnen haben die Prüfung, die unter dem Vorsitz von Herrn Oberregierungsmedizinalrat Dr. SIMON von der Regierung von Oberbayern stattfand, bestanden: eine Teilnehmerin mit dem Prädikat „sehr gut“, drei mit „gut“, drei mit „befriedigend“ und eine mit „ausreichend“.

Der zweite Kurs in dieser Schule hat die Hälfte seiner Ausbildung bereits beendet, der dritte Kurs beginnt am 15. Oktober 1968.

Die Schule dient der Ausbildung von Zytologie-Assistentinnen, die zur Durchführung von Zelluntersuchungen zur Früherkennung von Krebs dringend benötigt werden; die Zahl der hierfür ausgebildeten Personen ist z. Z. noch völlig unzureichend.

Träger der Schule ist ein „Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen“, der auf Initiative der Bayerischen Landesärztekammer gegründet wurde, bei der sich auch das Sekretariat dieser Schule befindet.

Sie wird mit ihrem Aufbau und ihrem Ausbildungsplan künftig ähnlichen Ausbildungsstätten in der Bundesrepublik als Vorbild dienen.

Die große Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit in München 1967, die inzwischen in vielen Städten des In- und Auslandes nachgeahmt worden ist, die Gründung der ersten Schule für Zytologie-Assistentinnen in Deutschland und

die Errichtung der ersten Klinik zur Vor-, Weiter und Nachbehandlung von Tumorkranken für Kassen- und Privatpatienten in Bad Trißl, Gemeinde Oberaudorf, Landkreis Rosenheim,

sind bedeutsame Beweise für die fortschrittlichen Auffassungen der Bayerischen Landesärztekammer und der Arbeitsgemeinschaft zur Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern auf dem Gebiet des Gesundheitswesens.

Mitteilung der Bayerischen Landesapothekerkammer:

NUR FÜR DEN NOTFALL!

Die Bayerische Landesapothekerkammer hat für die Gesamtheit der bayerischen Apotheken in folgenden Krankenhäusern die angeführten Präparate der Behringwerke AG bereitgestellt. Die Präparate können in dringenden Fällen dort **abgeholt** werden.

ANSBACH

Städtisches Krankenhaus
Feuchtwanger Straße 28
Eingang: Crailsheimer Straße
Ruf: (09 81) 57 81

AUGSBURG

Städtische Krankenanstalten
Krankenhaus-Apothek
Krankenhausstraße 1
Ruf: (08 21) 32 47 20
Auskunft über Bereitschaftsdienst:
(08 21) 32 47 00 (Pförtner)

BAYREUTH

Städtisches Krankenhaus
Chirurgische Ambulanz
Kulmbacher Straße 23
Ruf: (09 21) 8 41

DEGGENDORF

Städtisches Krankenhaus
Chirurgische Abteilung
Krankenhausstraße 3
Ruf: (09 91) 7 33

KEMPTEN

Stadtkrankenhaus
Robert-Weixler-Straße 50 (Pförtner)
Ruf: (08 31) 2 55 85 - 2 55 89

MÜNCHEN

Chirurgische Universitätsklinik
Blutbank, Eingang: Nußbaumstraße 20
Ruf: (08 11) 53 99 11 / 6 66 / 4 66
Klinikum rechts der Isar der Techn. Hochschule
Ismaninger Straße 22
Einfahrt Tragerstraße / Nathilfe
Ruf: (08 11) 44 77 / 2 11 (Durchwahl)

NÜRNBERG

Städtische Krankenanstalten
Aufnahmearzt / Flurstraße 17
Ruf: (09 11) 3 99 31

REGENSBURG

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Arzneimittel-Ausgabe
Prüfeninger Straße 86
Ruf: (09 41) 3 11 51

SCHWEINFURT

Städtisches Krankenhaus
Chirurgie-Operationsaal
Robert-Koch-Straße 1
Ruf: (0 97 21) 14 51

TRAUNSTEIN

Städtisches Krankenhaus
Medizinische Abteilung
Kuna-Niggel-Straße
Ruf: (08 61) 44 24 - 44 26

4 Packg.	1 000 E.	ACC 76® innere Blutungen, Hämophilie 8
1 "	700 mg	Antihämophiles Globulin Hämophilie A
5 "	50 ml	8atulismus-Serum
3 "	20 000 I. E.	Diphtherie-Serum v. Pferd therapeutische Dasein
6 "	10 000 I. E.	Diphtherie-Serum v. Rind therapeutische Dasein
5 "	5 ml	Gamma-Globulin zur Prophylaxe und Therapie von Viruserkrankungen
3 "	500 mg	Gamma-Venin, Gamma-Globulin zur i. v. Anwendung
10 "	50 ml	Gasödem-Serum
2 "	5 ml	Giftspinnen-Serum*
2 "	500 ml	Haemaccel® Plasmaexpander
2 "	50 ml	Human-Albumin 20%
4 "	1 g	Human-Fibrinogen
5 "	10 ml	Milzbrand-Serum
3 "	10 ml	Schlangengift-Serum Europa polyvalent
1 Dreierpackung mit je 10 ml		Schlangengift-Serum polyvalent Mittel- und Südamerika
		" " " Nordafrika
		" " " Zentralafrika
2 Packg.	50 ml	Seretin® Humanserumkanserve
6 "	250 000 Ch.-E.	Streptase® i. v. Thrombolytikum bei arteriellen und venösen Gefäßverschlüssen
2 "	750 000 Ch.-E.	Streptase®
2 "	20 ml	Epsilon-Aminocapronsäure Antidot für Streptase und Fibrinogenmangel-Blutungen
7 "	1 500 E.	Tetanus-Hyperimmun-Globulin, therapeutische Dasein!
5 "	6 x 4 ml	Tallwut-Vaccine zur Prophylaxe der Tallwut

* nur in Ansbach und München vorrätig.

Es dürfen den Depots nur ganze Packungen entnommen werden.

MITTEILUNGEN

Martin Reitberger 70 Jahre

Am 14. September 1968 vollendete Herr Martin REITBERGER, Abteilungsleiter beim Richard Pflaum Verlag, München, sein 70. Lebensjahr. In seiner Funktion als Faktor der Setzerei betreute Herr Reitberger in stets harmonischer Zusammenarbeit fast 20 Jahre das „Bayerische Ärzteblatt“.

Katastrophenhilfe für Pforzheimer Ärzte

Der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Dr. Bernhard DEGENHARD, ruft alle Ärzte und ärztlichen Organisationen auf, durch eine Spende die Lage der von der Wirbelsturm-Katastrophe in Pforzheim und Umgebung am 11. 7. 1968 betroffenen Kollegen zu lindern. Nach den jetzt vorliegenden Meldungen beträgt der von diesen Ärzten erlittene Gesamtschaden ca. DM 750 000.—. Von den Hausrat-, Kraftfahrzeug-, Praxis- usw. Schäden ist nur ein kleiner Teil durch Versicherungen gedeckt.

Der Landesverband Baden-Württemberg des Deutschen Roten Kreuzes gibt dankenswerterweise alter Tradition entsprechend technische Hilfe und hat sein Nothilfekonto für diesen speziellen Zweck zur Verfügung gestellt; er wird auf Wunsch Bescheinigungen gemäß § 10 b Einkommensteuergesetz ausstellen.

Die Überweisung von Spenden wird erbeten auf das Nothilfekonto Nr. 66 99 beim Postscheckamt Karlsruhe.

Beschäftigungsverbote nach dem Mutterschutzgesetz

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat nunmehr aufgrund des Artikels 3, § 9 des Finanzänderungsgesetzes vom 21. 12. 1967 die neue Fassung des Mutterschutzgesetzes am 18. 4. 1968 im Bundesgesetzblatt Nr. 24/1968 veröffentlicht. Die Vorschriften des Mutterschutzgesetzes gelten für alle Frauen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, sowie für weibliche in Heimarbeit Beschäftigte und ihnen Gleichgestellte, soweit sie am Stück mitarbeiten. Das Gesetz bringt eingangs Vorschriften über die Gestaltung des Arbeitsplatzes. Diese Vorschriften verpflichten den Arbeitgeber bei der Einrichtung und der Unterhaltung des Arbeitsplatzes einschließlich der Maschinen, Werkzeuge und Geräte und bei der Regelung der Beschäftigung, die erforderlichen Vorkehrungen und Maßnahmen zum Schutze von Leben und Gesundheit der werdenden oder stillenden Mutter zu treffen. Dazu gehört auch die Bereitstellung einer Sitzgelegenheit zum kurzen Ausruhen bei ständiger stehender Beschäftigung oder die Gelegenheit zu kurzen Arbeitsunterbrechungen bei ständiger sitzender Beschäftigung.

Im Mutterschutzgesetz werden aber auch bestimmte Beschäftigungsverbote ausgesprochen.

Beschäftigungsverbote vor der Entbindung

Für werdende Mütter besteht ein rein zeitliches Beschäftigungsverbot in den letzten sechs Wochen vor der Entbindung. Sie dürfen trotz dieses Verbotes beschäftigt werden, wenn sie sich zur Arbeitsleistung ausdrücklich bereit erklären, wobei diese Erklärung aber jederzeit widerrufen werden kann. Neben diesem zeitlichen Beschäftigungsverbot enthält das Mutterschutzgesetz aber auch Beschäftigungsverbote allgemeiner Art. So dürfen grundsätzlich werdende Mütter nicht beschäftigt werden, soweit nach ärztlichem Zeugnis Leben oder Gesundheit von Mutter und Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist.

Werdende Mütter dürfen auch nicht mit schweren körperlichen Arbeiten und nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von gesundheitsgefährdenden Stoffen oder Strahlen, von Staub, Gas oder Dämpfen, von Hitze, Kälte oder Nässe, von Erschütterungen oder Lärm ausgesetzt sind. Dies gilt insbesondere u. a. für Arbeiten, bei denen sich die werdende Mutter häufig erheblich strecken oder beugen, oder bei denen sie dauernd hocken oder sich gebückt halten muß; bei der Bedienung von Maschinen mit hoher Fußbeanspruchung beim Schalen von Holz; bei Arbeiten, die in besonderem Maße der Gefahr einer Berufserkrankung oder einer erhöhten Unfallgefahr ausgesetzt sind. Verboten ist weiterhin die Beschäftigung von werdenden Müttern mit Akkordarbeit sowie Fließarbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo. Die Aufsichtsbehörde kann jedoch von diesem Verbot Ausnahmen zulassen, wenn die Art der Arbeit und das Arbeitstempo keine Beeinträchtigung der Gesundheit von Mutter und Kind befürchten lassen.

Nach Ablauf des dritten Monats der Schwangerschaft ist die Beschäftigung werdender Mütter auf Beförderungsmitteln unzulässig. Nach Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft dürfen werdende Mütter nicht mehr mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie ständig stehen müssen, wenn diese Beschäftigung täglich vier Stunden überschreitet.

Beschäftigungsverbote nach der Entbindung

Bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung dürfen Wöchnerinnen nicht beschäftigt werden. Für Mütter nach Früh- oder Mehrlingsgeburten verlängert sich diese Frist auf zwölf Wochen. Soweit Frauen in den ersten Monaten nach der Entbindung, laut ärztlichem Zeugnis, nicht voll leistungsfähig sind, dürfen sie nicht zu einer ihre Leistungsfähigkeit übersteigenden Arbeit herangezogen werden. Ähnliche Beschäftigungsverbote, wie sie eingangs für werdende Mütter vor der Entbindung genannt waren, gelten auch noch für stillende Mütter. Daneben ist stillenden Müttern auf ihr Verlangen die zum Stillen erforderliche Zeit, mindestens aber zweimal täglich eine halbe Stunde oder einmal täglich eine Stunde freizugeben. Eine Verdiensteinbuße darf hierdurch für die Mutter nicht entstehen.

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

Neben den genannten Beschäftigungsverboten vor und nach der Entbindung wird im Mutterschutzgesetz noch bestimmt, daß werdende und stillende Mütter — mit einigen Ausnahmen in Gastwirtschaften, Beherbergungsbetrieben und in der Landwirtschaft — nicht mit Mehrarbeit, Nacharbeit sowie Sonn- und Feiertagsarbeit beschäftigt werden dürfen. Für die Zeit der Beschäftigungsverbote ist den Frauen — soweit sie nicht Mutterschaftsgeld nach den Vorschriften der RVO beziehen — vom Arbeitgeber mindestens der Durchschnittsverdienst der letzten dreizehn Wochen vor Beginn des Monats, in dem die Schwangerschaft eingetreten ist, weiter zu gewähren. alpe

NEUE THERAPEUTIKA

Verschiedene Reagenzien

Methoxolensäureanhydrid zur Veresterung nach Oppenauer
Hochaktives Karbonsäureanhydrid, das sich auch zur Veresterung schwer azylierbarer (z. B. tertiärer) Alkohole bei Zimmertemperatur eignet.

Anwendungsbereich: Selektive Isolierung von primären und sekundären Alkoholen in Anwesenheit von tertiären durch Variation der Reaktionsbedingungen. Durch partielle Verseifung der Methylestergruppe des Reaktionsproduktes werden wasserlösliche Oxalsäurehalbeste erhalten, aus denen sich unter schonenden Bedingungen die Alkohole wiedergewinnen lassen.

Geeignet für die OH-Zahlbestimmung; Titration der Methoxolensäure.

Extran (Reinigungsmittel für Laborgeräte)

Extran ist ein Konzentrat zur Herstellung einer zuverlässig wirkenden wäßrigen Reinigungslösung für Geräte aus Glas, Quarz, Metall, Gummi, Plastik und Siliconen im chemischen, biochemischen, biologischen, medizinischen, pharmazeutischen, bakteriologischen und technologischen Laboratorium. Die in ihrer Wirkung als optimal anzusehende Zusammensetzung von Emulgatoren und Detergentien ist biologisch abbaubar.

DC-Alufolie Merck

Diese Folie erweitert unser Programm an Fertigpräparationen für die Schichtchromatographie (DC-Fertigplatten Merck) um ein Sortiment auf flexibler Schichtunterlage.

Es handelt sich um eine Hartaluminiumfolie, deren Oberfläche durch spezielle Vorbehandlung passiviert wurde.

Lieferbare Beschichtungen: Kleseigel F₂₅₄, Kleselgel ohne Fluoreszenzindikator, Aluminiumoxid F₂₅₄ neutral (Typ E), Aluminiumoxid F₂₅₄ neutral (Typ T), Cellulose ohne Fluoreszenzindikator, Polyamid 11 F₂₅₄.

Aminosäure-Analyse nach Stein und Moore

In Forschungsinstituten und Kliniken werden in zunehmendem Maße Aminosäureanalysatoren eingesetzt. Die zu ihrem Betrieb erforderlichen Reagenzien sind Bestandteile unseres Sortiments.

Neuaufgenommene Reagenzien und Laborchemikalien

Die E. Merck AG brachte im Juni 1968 einen neuen Reagenzienkommentar heraus. In ihm sind alle neu aufgenommenen Laborpräparate (LAB und ORG), Präparate für die Bakteriologie und Mikroskopie, garantiert reine Reagenzien, spezielle Reagenzien für diagnostische Zwecke und Präparate für die Chromatographie aufgeführt.

Hersteller: E. Merck AG, 6100 Darmstadt

Hormocillin forte Spritzampulle

Zusammensetzung: 1 Spritzampulle enthält
3 500 000 I. E. Penicillin-G-Na krist.
500 000 I. E. Procain-Penicillin-G
4 000 000 Gesamteinheiten = 4 Mega
als Lösungsmittel 5 ml Aqua bidest. mit 25 mg Lidocain-Hydrochlorid.

Indikationen: Septische Angina, Tonsillarabszeß, Meningitis, Thrombophlebitis, Lymphangitis, Puerperalsepsis, Abortus febrilis, Adnexitis, Mastitis, Phlegmone, Karbunkel, rheumatisches Fleber, iobäre und Bronchopneumonie, Lungenabszeß, Pleuritis, Pleuraempyem, Panaritium, Otitis, Mastoiditis, Endokarditis, Diphtherie, Aktinomykose, Zystitis, Pyelitis, Pyelonephritis, Cholangitis, Cholezystitis, zur Sanierung von Typhus-Bakterienauscheidern u. a.

Mit der hochdosierten Penicillin-Therapie lassen sich die Erfolgsaussichten bei den üblichen Penicillin-Indikationen wesentlich verbessern. Der Zusatz von Lidocain zum Lösungsmittel verhindert den Injektionsschmerz.

Anwendung und Dosierung: Hormocillin forte Spritzampulle wird ausschließlich intramuskulär injiziert. Je nach Schwere des Krankheitsbildes 2–4mal tgl. in 12–6stündigem Abstand 1 Hormocillin forte Spritzampulle 4 Mega.

Nebenwirkungen: Die Toxizität von Penicillin ist äußerst gering. Mit zunehmender Häufigkeit der Penicillin-Anwendung muß vereinzelt mit allergischen Reaktionen gerechnet werden. Vor allem können durch Mykosen allergische Reaktionen auftreten.

Kontraindikation: Überempfindlichkeit gegen Penicillin.

Handelsform: 1 Spritzampulle mit 4 000 000 I. E. + Lösungsmittelampulle.

Hersteller: Hormon-Chemie München, 8000 München 45

Solu-Hepar® forte

Polyvalentes Chologogum mit spasmolytischer Wirkung

Zusammensetzung: 1 Kapsel = Curcumin 3 mg; p-Tolylmethylcarbinol 5 mg; Fel Tauri sicc. 50 mg; Aethyppapaverin hydrochloric. 20 mg; 1-Pyrrolidino-4,4-diphenylbutin-(2)-ol-(4). H₃PO₄ 2 mg; Triacetyldiphenolsatin. 1 mg.

Eigenschaften: Solu-Hepar® forte ist ein Chologogum in Kapselform, mit starken spasmolytischen, eindeutig choleretischen und cholekinetischen sowie leicht laxierenden Eigenschaften.

Das Präparat vermag durch seine anticholinergische und myotrop-krampflösende Komponente rasch und anhaltend spastische Beschwerden im Bereich der Gallenwege zu beseitigen. Durch die chologogene Bestandteile wird die Leber zu beträchtlicher Mehrsekretion an Galle angeregt, ferner der Gallentransport normalisiert. Durch das beigegebene Laxans läßt sich die häufig mit Gallenerkrankungen verbundene Obstipation überwinden.

Besonders günstig wirkt Solu-Hepar® forte, wenn bei Cholezystopathien dyskinetische Beschwerden im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen. Hier kann eine rasche, oft schlagartige Beseitigung der Beschwerden erreicht werden.

Indikationen: Akute und chronische Hepato-Cholepathien, Dyskinesien der Gallenwege, Cholezystitis, Cholangitis, Cholelithiasis, Zustand nach Cholezystektomie, Beseitigung von Gallenabflußstörungen, Fettunverträglichkeit.

(Fortsetzung Seite 750)

RECORSAN[®]

-HERZSALBE

Die älteste Herzsalbe,
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend

O.P. Tube zu 30 g

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat August 1968*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im August 1968 nahm die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach weiter ab; auf 100 000 der Bevölkerung kamen im Juni 60, im Juli 48 und im August nur mehr 31 Fälle. Die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung (14 auf 100 000) blieb gegenüber dem Vormonat soviel wie unverändert. Drei Personen erkrankten an Diphtherie, eine an übertragbarer Kinderlähmung. Von den meldepflichtigen Krankheiten der Verdauungs-

organe traten im August Typhus und Paratyphus nur selten auf; dagegen erkrankten an übertragbarer Ruhr und an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung), infolge einiger örtlicher Häufungen, mehr Personen als im Vormonat. So stieg die Erkrankungsziffer für Ruhr von 3 auf 7, für Salmonellose von 18 auf 24 je 100 000 Einwohner. An Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) erkrankten auf 100 000 Einwohner im August 29 (Juli 32) Personen.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Juli bis 31. August 1968 (Voerläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Eteritis infectiosa						
					Kieborföhmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		Übrige Formen				
	E	ST	E	ST	dar. par. Fälle	Menige-kokken-Meningitis	Übrige Formen	E			ST	E	ST	E	ST	E					ST	E	ST
Oberbayern	—	—	100	—	1	1	—	5	—	22	—	—	1	—	1	—	28	—	142	—	2	—	
Niederbayern	—	—	20	—	—	—	—	—	—	6	2	—	—	—	—	—	2	—	13	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	27	—	—	—	—	3	—	7	—	—	—	—	—	—	1	—	19	—	—	—	
Oberfranken	—	—	54	—	—	—	—	5	—	15	—	1	—	—	—	—	1	—	13	—	1	—	
Mittelfranken	2	—	41	—	—	—	—	1	—	12	—	1	—	—	2	—	—	—	17	—	—	—	
Unterfranken	—	—	30	—	—	—	—	2	—	28	—	—	—	2	—	3	—	—	15	—	2	—	
Schwaben	1	—	33	—	—	—	—	3	—	7	—	—	1	—	—	—	37	—	16	—	—	—	
Bayern	3	—	305	—	1	1	—	19	—	97	2	2	—	4	—	6	—	67	—	235	—	5	—
München	—	—	37	—	—	—	—	1	—	8	—	—	—	—	1	—	12	—	31	—	—	—	
Nürnberg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	—	—	
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	3	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose				Verdachtsfälle von Tollwut 4)		Bang'sche Krankheit		Weil'sche Krankheit		Malaria-Erkrankung		Q-Fieber		Toxoplasmasose		Wundstarrkrampf	
					Psittacose		(Übrige Formen)															
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	94	—	—	—	—	—	22	—	—	—	1	—	1	—	—	—	3	—	1	—
Niederbayern	—	—	48	—	2	—	1	—	10	—	1	—	1	—	1	—	—	—	3	—	2	1
Oberpfalz	—	—	34	—	—	—	1	—	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Oberfranken	—	—	25	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Mittelfranken	—	—	16	—	—	—	7	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Unterfranken	—	—	38	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	6	—	1	1
Schwaben	—	—	34	—	—	—	—	—	42	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1
Bayern	—	—	289	—	2	—	11	—	116	—	1	—	2	—	3	—	1	—	15	—	7	5
München	—	—	42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	10	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	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.

Monorheumetten

**1 Dragée = 250 mg 1 Phenyl-
3,5-dioxo- 4- n - butyl-pyrazolidin**

**zur Behandlung des rheumatischen
Formenkreises insbesondere auch bei
chronisch-degenerativer Gelenk- und
Wirbelsäulenveränderung in der Geriatrie**

**— rasche Schmerzfreiheit — gute Verträglichkeit
Keine Belastung des Magen-Darmtraktes**

NADROL-CHEMIE-PHARMA · 45 OSNABRÜCK

Hilfe ohne Beitragszahlung

Eine Versicherung ?

Jahr für Jahr verunglücken mehr als 300.000 Kinder. Das KOMITEE SICHERHEIT FÜR DAS KIND tritt dieser Unfall-Lawine mit allen Kräften entgegen. Experten — Wissenschaftler von Rang und Namen — forschen nach Ursachen von Kinderunfällen und planen Aktionen zur Unfallverhütung. Immer wieder tritt das KOMITEE SICHERHEIT FÜR DAS KIND mit Meldungen an die Öffentlichkeit. Soeben wurde eine breit angelegte Bibliographie über den Kinderunfall fertiggestellt. Sie umfaßt die Bereiche Unfalltheorie, Unfallforschung, Unfallarten, Unfallfolgen, Rehabilitation, Unfallverhütung, Verkehrserziehung, Rechtsfragen und Statistik.

Initiator des Komitees ist die Winterthur-Versicherung. Sie fördert die Aktionen finanziell und organisatorisch und hilft somit Millionen Menschen, auch wenn sie nicht ihre Kunden sind.

Wenn Sie Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an die Geschäftsführung des KOMITEES SICHERHEIT FÜR DAS KIND, 8 München 23, Leopoldstraße 34/38.



Winterthur-Versicherung — weltweit verbürgte Sicherheit

Selt Jahrzehnten im Dienste des Arztes. Nun auch im Dienste der Unfall-Verhütung.

Dosierung: Dreimal täglich 1 Kapsel während oder kurz nach den Mahlzeiten. Bei stark obstipierten Patienten kann die Abenddosis auch verdoppelt werden. Bei Bedarf kann auch höher dosiert werden.

Handelsformen: Packung mit 20 Kapseln, Packung mit 50 Kapseln, Anstaltspackung.

Hersteller: Ludwig Heumann & Co., Chem.-pharm. Fabrik, 8500 Nürnberg

Valmane®

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 50 mg Valtratum, Didrovaltratum und Acevaltratum (Valepotriate = genuine Wirkstoffe aus Radix valerianae) im natürlichen Mischungsverhältnis.

Wirkungsweise: Valmane bringt die vegetativen Dysregulationen sowie deren Auswirkungen auf Soma und Psyche durch sedierenden und gleichzeitig mild psychotrop aktivierenden Effekt in ein physiologisches Gleichgewicht.

Indikationen: Vegetative Regulationsstörungen, psychische und motorische Unruhe, Konzentrationsschwäche, Angst- und Spannungszustände.

Dosierung: Erwachsene: 3× tgl. 1–2 Dragées über 3–4 Wochen, zur Weiterbehandlung 2× tgl. 1 Dragée.

Kinder ab 10 Jahren: 2–3× tgl. 1 Dragée. Kinder bis zu 10 Jahren: 1–2× tgl. 1 Dragée.

Handelsformen und Preise:

Glas mit 20 Dragées DM 5,25

Glas mit 50 Dragées DM 11,55.

Hersteller: Kali-Chemie AG, 3000 Hannover

BUCHBESPRECHUNGEN

Prof. Dr. Scheila SHERLOCK, London: „**Erkrankungen der Leber und der Gallenwege**“. 332 S., 235 Abb., 34 Tab., Ganzleinen. DM 98,—. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Dieser deutschen Übersetzung des bekannten Buches liegt die 3. englische Auflage von 1963 zugrunde, die 1965 und 1966 nachgedruckt wurde. Inzwischen ist 1968 die 4. englische Auflage erschienen. Das Buch verfolgt den Zweck, umfassend über die Krankheiten der Leber und des Gallensystems so zu berichten, daß auch Praktische Ärzte, Chirurgen, Pathologen und klinische Studenten Nutzen davon haben. Die Krankheiten der Leber und des Gallensystems werden unter den funktionellen und morphologischen Veränderungen beschrieben, die sie hervorrufen. Die Verfasserin betont, daß es bei jeder Leberkrankheit darauf ankommt, die typische Reaktionsweise der Leberzellen, des Gefäßsystems (Leberarterie und -vene, Pfortader), der Gallengefäße und des retikuloendothelialen Systems sowie den Grad der Störung zu erkennen.

Kapitel über die Anatomie der Leber und die Biochemie der Leberkrankheiten stehen am Beginn. Die Untersuchungsmethoden zur Feststellung der anatomischen Verhältnisse und zur Bestimmung von biochemischen Variablen finden sich jeweils im Anschluß an die Abhandlung des Normalen. Dann werden die verschiedenen Techniken der Nadelbiopsie mit ihren Vor- und Nachteilen, ihren Indikationen und ihrem Aussagewert dargestellt. Die hämatologischen Veränderungen bei Leberkrankheiten füllen ein eigenes Kapitel. Ein zentraler Abschnitt befaßt sich mit der Leberzellinsuffizienz. Die klinischen Krankheitszeichen einschließlich der neuropathologischen Veränderungen, der Aszites,

und die Hautveränderungen werden ausführlich dargestellt und die ihnen zugrunde liegenden Mechanismen diskutiert. Dann folgen Behandlungsrichtlinien für die Leberinsuffizienz.

Ein großes Kapitel befaßt sich mit dem Pfortaderkreislauf sowie der Pathologie und Klinik des Pfortaderhochdrucks, zu dessen feinerer Differenzierung Untersuchungsmöglichkeiten angeführt werden. Auf die Behandlung wird eingegangen. Weitere Kapitel handeln von den Lebergefäßen, vom Ikterus, von der Virushepatitis, vom medikamentösen und toxischen Ikterus und von ernährungsbedingten Leberkrankheiten. Einem Kapitel über die Leberzirrhose folgen solche über die Hämochromatose, die hepatolentikuläre Degeneration, über die Cholestase und biliäre Zirrhose, über die Leber bei Kreislaufinsuffizienz und Stoffwechselkrankheiten, beim Neugeborenen und Kind, in der Schwangerschaft und bei Krankheiten des RES. Hämolytischer Ikterus, Infektionen und Tumoren der Leber schließen die Besprechung der Leberkrankheiten ab. Es folgen Ausführungen über die Anatomie und Physiologie des Gallenwegsystems und über seine Untersuchung, über angeborene Anomalien der Gallenwege, über das Gallensteinleiden mitsamt seinen Komplikationen. Die Gallengangstrikturen, die Kompression der Gallenwege von außen und die Tumoren im Gallensystem finden ausführliche Erwähnung.

Jedem Kapitel ist eine repräsentative Literaturauswahl angefügt. Die zahlreichen Abbildungen illustrieren die wesentlichen Punkte gut. Ein reiches Sachregister ist dem Buch beigegeben.

Alles in allem ist dies ein Buch, in dem sich profunde Kenntnisse und Wissenschaftlichkeit mit Praxisnähe verbinden. Die einfache klare Sprache bleibt selbst in der deutschen Übersetzung spürbar. Es gibt in der deutschen medizinischen Literatur kein vergleichbares Buch zu diesem Thema. Man muß ihm daher weiteste Verbreitung wünschen. Hindernd wirkt sich dabei allerdings der hohe Preis aus. — Die englische Originalausgabe ist fast um die Hälfte billiger.

Professor Dr. L. Demling, Erlangen

Gerd SCHULZ-LÜKE: „**Handbuch der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung**“. 286 S., Leinen, DM 36,—. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 1968.

Der Verfasser erläutert das Selbstverwaltungsgesetz sowie Vorschriften der RVO (AnVG, RKG) über Rechts-hilfe, Verbote und Strafen, Verbände und Kassenärztliche Vereinigungen — kurz, alle einschlägigen Bestimmungen, die über Bildung, Rechtsstellung, Aufgaben, Befugnisse und Wahlen der Einrichtungen der Selbstverwaltung erlassen sind.

Die Kommentierung ist fundiert und schließt allerneueste Erkenntnisse mit ein. Soweit das bisherige Recht nicht geändert ist, beschränkt sich der Verfasser nicht nur auf herkömmliche Aussagen, sondern nimmt überall dort Stellung, wo erörterungsbedürftige Fragen oder ungelöste Probleme es erfordern. Damit ist das Recht der Selbstverwaltung der Sozialversicherung so umfassend und eingehend behandelt, daß dieses Buch als wertvolle Orientierungshilfe bewertet werden darf, die für die täglichen Arbeiten erschöpfend Auskunft gibt. Es liegt somit ein unentbehrlicher und zuverlässiger Helfer und Ratgeber vor für alle, die mit der Selbstverwaltung mittelbar und unmittelbar zu tun haben. Der Autor ist als Mann der Praxis mit den behandelten Fachgebieten besonders vertraut — an maßgebender Stelle hatte er Einblick in die Novellierungsarbeiten des Selbstverwaltungsgesetzes.

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

bei Sinusitiden

BIONORICA KG
NÜRNBERG

E. GRASSL/G. HERWIG: „Gesundes Leben in unserer Zeit“ — Ein Gesundheitsbuch für junge Menschen. 192 S., 118 teils 2farbige Abb., Kunststoffeinband, DM 6,80. Verlag Martin Lurz GmbH, München.

Unser Münchener Kollege Dr. med., Dr. phil. Erich Grassl, Praktischer Arzt und Dipl.-Psychologe, hat unter der Mitarbeit von Oberregierungsschulrätin Gertrud Herwig aus Kassel dieses Gesundheitslehrbuch für junge Menschen geschrieben, das aber auch für den Unterricht in den Berufsschulen und Realschulen sehr geeignet ist.

Innerhalb der Abschnitte „Gesundheitspflege“, „der Mensch und die Krankheit“, „gesundes Familienleben“ werden die wichtigsten Tatsachen über den Körperbau, über gesunde Lebensweise, über Krankheiten und Krankheitsvorbeugung, Berufskrankheiten und Krankenpflege behandelt; auch die Einrichtung der öffentlichen Gesundheitspflege, die Sozialversicherung und die Gesetze zum Schutz der Gesundheit werden besprochen.

Im letzten Abschnitt, der sich mit Ehe, Familie und Säuglingspflege befaßt, erfolgt auch eine sexuelle Aufklärung Jugendlicher in sauberer, klarer und prägnanter Form.

Zahlreiche Bilder und Zeichnungen, insbesondere aber auch Merksätze und vom Normaltext abgehobene, in Kästen gesetzte besonders wichtige Hinweise erleichtern das Verständnis der Jugendlichen für die behandelten Fragen und lassen sie besser im Gedächtnis haften.

Das für Jugendliche aber auch für Lehrkräfte sehr zu empfehlende Buch ist im Land Hessen in den Schulbücherkatalog aufgenommen, in anderen Bundesländern wird es demnächst geschehen.

W. STAHL/D. WIEN: „München von 7—7“. Ca. 480 S., 100 Illustrationen, DM 16,80, Falk-Verlag, Hamburg.

Neuartiges Porträt der „Weltstadt mit Herz“. Die Bücher der „7—7“-Serie haben einen in Deutschland bisher unbekanntem, völlig neuen Stil der Information begründet. Der Leser dieses spritzig geschriebenen und bezaubernd illustrierten Cicerone lernt die „Weltstadt mit Herz“ in ihrer prallen Lebensfülle und ihrem ganzen verführerischen Charme kennen wie in einem spannenden Roman. „Er hat bei der Lektüre tatsächlich das Gefühl, nicht mehr als ‚Fremder‘ in München zu sein, vielmehr als Gast eines guten, wohlinformierten Freundes durch die Vielfalt der Sehenswürdigkeiten sachlicher und gastronomischer Art geleitet zu werden.“ Von der Liebhaberbühne bis zum Circus Krone, von der Galerie bis zum Deutschen Museum, vom Bierkeller bis zum Schlemmerlokal, von den nächtlichen „Checkpoints“ der High Society bis zum Gammelertreff, vom Minigolfplatz bis zur Olympiastadt, vom Botanischen Garten bis zu den Ausflugszielen der Umgebung, vom

Hundehotel bis zum Babysitter, vom Karl-Valentin-Denkmal bis zum Olympia-Turm und vom Fasching bis zum Christkindlmarkt, finden Sie hier die ganze Palette des geistigen, künstlerischen und materiellen Angebots der Isarmetropole, selbstverständlich mit allen wichtigen Details (Preise, Öffnungszeiten usw.), außerdem ein Kapitel über „Wissenswertes“. Wußten Sie z. B., daß München niemals eine Adolf-Hitler-Straße hatte? Von den über 4000 Gast- und Vergnügungsstätten Münchens und seiner Umgebung wurden 472 aufgenommen und beschrieben (252 Restaurants, 33 Cafés, 189 Abend-, Nacht- und Frühlokale). 27 erhielten einen Stern.

Einteilung nach Stadtgebieten, alphabetische Übersichten am Ende aller wichtigen Kapitel, Gesamtübersicht, Index und Inhaltsverzeichnis am Ende des Buches. Der Abschnitt „Nützliche Übersichten“ wurde von der Zeitschrift „Der Fremdenverkehr“ als Musterbeispiel bezeichnet.

Die Bücher der „7—7“-Serie enthalten grundsätzlich keinerlei Reklame. Alle Erkundigungen wurden von den Autoren sorgfältig, sachlich und selbstverständlich anonym vorgenommen.

Die Verfasser gingen mit liebevollem Verständnis und sicherem Einfühlungsvermögen, unvoreingenommen, aber auch unbelastet durch Klischeevorstellungen an die Erkundung und Beschreibung des Münchens von heute heran. Sorgfältige Information schließt Kritik ein. Sie wird überall gebracht, wo sie im Interesse des Lesers notwendig erscheint.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Vortragsreihe im Zentralkrankenhaus Gauting

Im Zentralkrankenhaus Gauting der Landesversicherungsanstalt Oberbayern wird eine einführende Vortragsreihe über sozialmedizinische Fragen in Zusammenarbeit mit dem Medizinalreferat der Landesversicherungsanstalt stattfinden. Die einzelnen Vorträge, die jeweils Mittwoch um 15.00 Uhr im Zentralkrankenhaus Gauting, Besprechungszimmer A-Bau, gehalten werden, umfassen folgende Themen:

Mittwoch, 23. Oktober 1968:

Obermedizinaldirektor Dr. R u f
„Aufgaben des vertrauensärztlichen Dienstes“

Mittwoch, 6. November 1968:

Obermedizinalrat Dr. B e y e r l
„Aufgaben der Heilverfahrenabteilung der Landesversicherungsanstalt Oberbayern mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose-Heilverfahren“

Es soll sich jeweils um Kurzvorträge zur Einführung in die Problematik der einzelnen Themen handeln. Interessierte Zuhörer sind herzlich eingeladen.

Lohnende Schmerztherapie

ZENTROMID

Trigeminus-Neuralgie
genuine Migräne
Kopfschmerzanfälle
Gesichtsneuralgie



IFAH GMBH
2 HAMBURG 22

Pro Dragée:
Dyphenhydantoin 0,1 g
Koffein: 0,025 g
O. P. 25, 100 Dragées
Neu: O. P. 12 Zöpfchen

8. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V.

vom 22. bis 24. November 1968 in München

Freitag, 22. November 1968

19.15 Uhr:

Mitgliederversammlung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. im Konferenzraum der Kleinen Kongreßhalle des Ausstellungsparkes.

Tagesordnung:

1. Tätigkeitsbericht des 1. Vorsitzenden über das verflossene Jahr
2. Kassenbericht
3. Entlastung des Vorstandes
4. Sonstiges

Im Anschluß daran findet um 20.00 Uhr im Haupt-Restaurant des Ausstellungsparkes (neben der Kongreßhalle) der Begrüßungsabend statt. Alle Kongreßteilnehmer sind zu einem „Bayerischen Schmankerlabend“ eingeladen.

Samstag, 23. November 1968

Beginn 9.00 Uhr s. t.

Vorsitz:

Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel, Direktor der II. Medizinischen Universitätsklinik München

9.00—9.10 Uhr:

Eröffnung der Tagung durch den 1. Vorsitzenden der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, Dr. R. Schindlbeck

9.10—9.25 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. Fruhmann, München
„Ätiologie, Pathogenese und Therapie der chronischen Bronchitis“

9.25—9.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Borchers, München
„Die therapierefraktären Anämien“
(Differentialdiagnose und Therapie)

9.45—9.50 Uhr:

Diskussion

9.50—10.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. F. Mittelbach, München
„Die Behandlung der Myasthenia gravis Pseudoparalytica“

10.00—10.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. W. Rudolph, München
„Neue Gesichtspunkte zur Diagnostik und Therapie der koronaren Herzerkrankung unter besonderer Berücksichtigung der Indikationsstellung für koronarchirurgische Eingriffe“

10.15—10.20 Uhr:

Diskussion

10.50—11.05 Uhr:

Dr. P. Dieterle, München
„Das Syndrom Diabetes bei verschiedenen Erkrankungen“

11.05—11.25 Uhr:

Prof. Dr. P. Eymer und Dr. P. Kiefhaber, München
„Zur Klinik und Diagnostik anikterischer Lebererkrankungen“

11.25—11.30 Uhr:

Diskussion

11.30—11.50 Uhr:

Prof. Dr. M. M. Forell, München
„Funktionsprüfungen der Verdauungsorgane und ihr Wert für Diagnostik und Therapie“

11.50—12.05 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. P. Scriba, München
„Zur Pathophysiologie und Therapie der Nebennierenrindeninsuffizienz“

12.05—12.10 Uhr:

Diskussion

Beginn 15.00 Uhr s. t.

Vorsitz:

Prof. Dr. W. Seitz, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik München

15.00—15.25 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Mathies, München
„Differentialdiagnostische Probleme bei der chronischen Polyarthrit“

15.25—15.40 Uhr:

Dr. M. Schattenkirchner, München
„Differentialdiagnostische Probleme bei der Spondylitis ankylopoetica“

15.40—15.45 Uhr:

Diskussion

15.45—16.00 Uhr:

Dr. H. Frost, München
„Das Raynaud-Syndrom“

16.00—16.25 Uhr:

Prof. Dr. H. Hess, München
„Differentialtherapie akuter arterieller Verschlüsse“

16.25—16.35 Uhr:

Diskussion

17.05—17.20 Uhr:

Dr. S. Elhardt, München
„Differentialtherapie einer Herzneurose“

17.20—17.30 Uhr:

Dr. P. U. Heuckenkamp, München
„Zur Behandlung der chronischen Hepatitis“

17.30—17.40 Uhr:

Dr. G. Wolfram, München

„Medikamentöse Behandlung der Hypercholesterinämie“

17.40—17.50 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Lydtin, München
„Zur Behandlung der Angina pectoris mit adrenergen β -Rezeptorenblockern“

17.50—18.00 Uhr:

Diskussion

Sonntag, 24. November 1968

Beginn 9.00 Uhr s. t.

Vorsitz:

Prof. Dr. H. Schwiegk, Direktor der I. Medizinischen Universitätsklinik München

9.00—9.15 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Jahrmärker, München
„Cor pulmonale chronicum bei jungen Menschen“

9.15—9.30 Uhr:

Dr. H. Avenhaus, München
„Gegenwärtiger Stand der Anwendung von Schrittmachern“

9.30—9.35 Uhr:

Diskussion

9.35—9.50 Uhr:

Prof. Dr. W. Lang, München
„Hepatitis als bedeutungsvollste Infektionskrankheit in Deutschland“

9.50—10.05 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. J. Eisenburg, München
„Probleme der Steroidtherapie bei Hepatopathien“

10.05—10.10 Uhr:

Diskussion

10.40—10.55 Uhr:

Prof. Dr. R. Marx, München
„Zur Therapie der Blutungen bei Hepatopathien“

10.55—11.10 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. R. Burkhardt, München
„Altersknochenmark und Osteoporose“

11.10—11.15 Uhr:

Diskussion

11.15—11.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. J. Karl, München
„Primärer und sekundärer Hyperparathyreoidismus“

11.30—11.45 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Edel, München
„Probleme der Nierentransplantation“

11.45—11.55 Uhr:

Diskussion

Anmeldungen bis 15. November 1968 an das Sekretariat der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayern e. V., 8036 Herrsching, Summerstraße 3, Telefon 0 81 52/200 oder 264

Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V.

am 18./19. Oktober 1968 in Augsburg

Der Bayerische Medizinalbeamtenverein e. V. veranstaltet am 18./19. 10. 1968 in Augsburg seine diesjährige Landesversammlung.

Freitag, 18. Oktober 1968

9.00 Uhr:

Eröffnung durch den Landesvorsitzenden Regierungsmedizinaldirektor Dr. A. Böhm
Begrüßungsansprachen

Dr. K. H. Stauder, Moosach bei Grafing
„Fragwürdigkeiten des naturwissenschaftlichen Menschenbildes“

Oberregierungsmedizinalrat Dr. R. Ecknigk, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, München

„Gegenüberstellung der Beurteilungsbegriffe in den einzelnen Zweigen der Begutachtung“
Korreferate:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. H. Eichinger, Staatliches Gesundheitsamt Deggendorf

„Begriffe der amtsärztlichen Begutachtung“
Regierungsmedizinaldirektor Dr. G. Dahse, Landgerichtsarzt, Landshut

„Über die gerichtsarztliche Begutachtung“
Diskussion

14.15 Uhr:

Medizinaldirektor Dr. H. Winkelmann, Landesversicherungsanstalt Oberbayern in München

„Ausgewählte Kapitel der Begutachtung aus der inneren Medizin“

Oberarzt Dr. J. Probst, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus, Murnau

„Fragen chirurgischer Begutachtung“
Oberregierungsmedizinalrat Dr. F. Kensy, Landesversorgungsamt München

„Neurologische Begutachtung unter besonderer Berücksichtigung der Kopfverletzungen“
Obermedizinalrat Dr. H. Lieser, Nervenkrankenhaus Haar

„Psychiatrische Begutachtung“
Diskussion nach jedem Referat

Samstag, 19. Oktober 1968

9.00 Uhr:

Mitgliederversammlung
(geschlossene Veranstaltung für Mitglieder)

Hinweise:

Die Veranstaltung am Freitag findet im Vortragssaal der Stadtwerke Augsburg, Hoher Weg 1 (Telefon 08 21 / 32 41), statt.

Die Veranstaltung am Samstag findet im Sitzungssaal der Landesversicherungsanstalt Schwaben in Augsburg, An der Blauen Kappe 18 (Telefon 08 21 / 3 50 11), statt.

Parkmöglichkeit jeweils im Parkhaus in der Ludwigstraße.

Auskunft: Regierungsmedizinaldirektor Dr. A. Böhm, 8000 München 19, Botbmerstraße 6/1, Telefon 5 16 25 19

VII. Wochenendtagung der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“ gemeinsam mit der Salzburger Ärzte-Gesellschaft e. V.

am 19./20. Oktober 1968 in Bad Reichenhalla

Die „Ärztliche Fortbildung im Chiemgau“ und die Salzburger Ärzte-Gesellschaft e. V. veranstalten am 19./20. 10. 1968 in Bad Reichenhalla ihre VII. Wochenendtagung.

Diese Tagung ist das 50. Seminar der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“

Verantwortliche Leitung: Professor Dr. W. Hirsch, Traunstein

Thema: „Wetterwinkel rechter Oberbauch“
Ausgewählte aktuelle diagnostische und therapeutische Probleme unter besonderer Berücksichtigung des Aufgabengebietes der praktischen Medizin

Samstag, 19. Oktober 1968

9.30 Uhr (pünktlich):

Großer Kursaal im Kurhaus Bad Reichenhalla
Eröffnung: Prof. Dr. W. Hirsch, Traunstein

Begrüßungsansprachen:

Prof. Dr. H. J. Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsident der Bundesärztekammer

Oberbürgermeister Dr. Neumeyer, Bad Reichenhalla
Oberamtmann Schwarz, Kurverwaltung Bad Reichenhalla

Wissenschaftliches Programm:

Gesamtleitung: Prof. Dr. W. Hirsch, Traunstein

Vorsitz: Prof. Dr. H. J. Sewering, München

Prof. Dr. W. Hirsch, Traunstein

Einführende Worte zur Tagungsthematik

Prof. Dr. M. M. Forell, München

„Woran muß der Praktische Arzt bei Beschwerden im rechten Oberbauch denken?“

Med. Rat Dr. H. Wendt, Oberndorf b. Salzburg

„Rechter Oberbauch aus der Sicht des Praktischen Arztes“

Prof. Dr. J. Moeller, Hildesheim

„Rechter Oberbauch und Pyelonephritis“

Prof. Dr. D. Müting, Homburg/Saar

„Rechter Oberbauch und Fettleber“

Priv.-Doz. Dr. J. Eisenburg, München

„Rechter Oberbauch und Postcholezystektomie-Syndrom“

Prof. Dr. H. Schnetz, Salzburg

„Rechter Oberbauch und Pankreasaffektionen“

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

Diisoprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

Klinische Fortbildung in Bayern 1968

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

7. bis 11. Oktober 1968

München, I. Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Schwiégk

21. bis 28. Oktober 1968

Würzburg, Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wollheim

2. KINDERKRANKHEITEN

7. bis 11. Oktober 1968

München, Städt. Krankenhaus Mü.-Schwabing

1. und 2. Kinderabteilung in Verbindung mit der kinderchirurgischen Abteilung

Chefärzte: Prof. Dr. Hilber, Dr. Schweier, Dr. Singer

3. CHIRURGIE*)

7. bis 11. Oktober 1968

Würzburg, Chir. Univ.-Klinik und Poliklinik

Direktor: Prof. Dr. Wachsmuth

21. bis 25. Oktober 1968

Erlangen, Chir. Klinik mit Poliklinik der Universität

Direktor: Prof. Dr. Hegemann

21. bis 26. Oktober 1968

München, Chir. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Zenker

4. FRAUENKRANKHEITEN UND GEBURTSHILFE

7. bis 12. Oktober 1968

Würzburg, Univ.-Frauenklinik und Hebammenschule

Direktor: Prof. Dr. Schwalm

(Unterkunft u. Verpflegung in der Klinik möglich)

21. bis 25. Oktober 1968

München, I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität

Direktor: Prof. Dr. Bickenbach

5. PHONOKARDIOGRAPHIE (Anfängerkurs**)

25. und 26. Oktober 1968

München, Stiftsklinik Augustinum

Chefarzt: Prof. Dr. Michel

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königstraße 85, Telefon 38 11 21 (Apparat 26)

*) Der Fortbildungskurs der Chirurgischen Klinik im Klinikum r. d. Isar der Technischen Hochschule München wird erst Ende Februar 1969 — und nicht wie bisher im Oktober — stattfinden.

***) Ein Kurs für Fortgeschrittene ist im Frühjahr 1969 geplant.

15.00 Uhr (pünktlich):

Vorsitz: Doz. Dr. N. Hibler, Salzburg

Priv.-Doz. Dr. H. Haschek und Dr. P. Porpaczky
Wien

„Rechter Oberbauch und Nierenstein-Erkrankungen“

Dr. J. Schmidt-Voigt, Eppstein/Taunus

„Rechter Oberbauch und Herz-Erkrankungen“

Prof. Dr. Dr. K. F. Dietrich, München

„Rechter Oberbauch in Sicht des Chirurgen“

Priv.-Doz. Dr. E. Wildhirt, Kassel

„Differentialdiagnose und Therapie des Aszites“

Prof. Dr. F. Leibetseder, Salzburg

„Das Labor des Praktischen Arztes“ — unter besonderer

Berücksichtigung hämatologischer Fragen

Sonntag, 20. Oktober 1968

10.00 Uhr (pünktlich) — 13.00 Uhr:

Klinisches Sanatorium Trausnitz, Hörsaal

Vorsitz: Prof. Dr. F. E. Schmengler, Bad Reichenhall

Diskussion zu den besprochenen Referaten des

Vortages zu dem Thema „Wetterwinkel rechter Ober-

bauch“

In der Diskussion werden die Referenten der Vorträge des Vortages in gemeinsamer Aussprache sowohl in größeren als auch in kleineren Gruppen Fragen aus der Praxis an die Klinik beantworten.

Auskunft und Anmeldung erbeten an Dr. H. Matusczyk, 8210 Prien am Chiemsee, Kurhotel „Kronprinz“, Telefon 0 80 51 / 482

2. Weißenhorner Klinisches Wochenende

Vom 25. bis 27. Oktober 1968

Das 2. Weißenhorner Klinische Wochenende findet in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer in der Zeit vom 25.—27. 10. 1968 statt. Die Leitung der Tagung hat Obermedizinalrat Dr. med. E. Thäle, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses Weißenhorn.

Tagungsort: Aula des Nikolaus-Kopernikus-Gymnasiums Weißenhorn, Buchenweg 22, Telefon 0 73 09 / 486

Freitag, 25. Oktober 1968

20.00 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Grußworte der Gäste

Samstag, 26. Oktober 1968

Moderator: Prof. Dr. med. G. Stötter, Augsburg

9.00—9.30 Uhr:

Prof. Dr. med. G. Stötter, Augsburg

„Hypertbyreose und thyreotoxische Krise“

9.40—10.10 Uhr:

OMR Dr. med. E. Thäle, Weißenhorn

„Begriffe und Richtlinien für die Digitalistherapie“

10.20—10.50 Uhr:

Prof. Dr. med. G. Hoffmann, Freiburg

„Die Belastungsinsuffizienz des Herzens“

11.20—11.50 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. med. K. Bachmann, Erlangen

„Kardiovaskuläre Notfälle in der Praxis“

12.00—12.30 Uhr:

Prof. Dr. med. K. Knörr, Ulm

„Möglichkeiten der Früherkennung des weiblichen Genitalkarzinoms in der Praxis“

14.30—15.00 Uhr:

Dr. med. H. Hald, Stuttgart

„Diagnose und Therapie der Durchblutungsstörungen“

Anschließend Seminar mit praktischen Übungen

(Teilnehmerzahl begrenzt)

15.10—15.40 Uhr:

Dr. jur. utr. A. Eberle, Neu-Ulm

„Eigenmächtige Heilbehandlung und ärztliche Aufklärungspflicht“

Während der Pause (15.50—16.10 Uhr) wird der Film „Das Gesicht der Psychose und sein Wandel durch die Therapie“ gezeigt

16.10—16.40 Uhr:

Prof. Dr. med. G. Schmidt, Tübingen
„Häufige Fehler bei der Behandlung von Vergiftungen“

16.50—17.20 Uhr:

Dr. med. J. Linden, Düsseldorf
„Der Suizidversuch als soziologisches Krisenbild“

17.20—17.50 Uhr:

Dr. med. H. Wagner, Diplompsychologe, Ulm
„Therapie jenseits der Grenzen“
(Eine physiologisch-psychologische Betrachtung)**Sonntag, 27. Oktober 1968**

Moderator: Prof. Dr. med. G. Stötter, Augsburg

10.00—10.30 Uhr:

Prof. Dr. med. H. Hager, Tübingen
„Praktische Hinweise für die Behandlung zerebraler
Kreislaufkrankungen aufgrund ophthalmodynamo-
graphischer Befunde“

10.40—11.10 Uhr:

Prof. Dr. med. G. Kroneberg, Wuppertal-Elberfeld
„Hochdrucktherapie“

11.20—12.10 Uhr:

Dr. med. R. Forster, Weißenhorn
„Diagnostische Möglichkeiten im Grundkrankenhaus
und die daraus resultierende Zunahme der chronischen
Harnwegsinfekte“

14.30—15.00 Uhr:

Dr. med. G. Sorg, Weißenhorn
„Operative Behandlung der Leber- und der Gallen-
wege“

15.10—15.40 Uhr:

Med.-Dir. Dr. med. K. Krüger, Tegernsee
„Revision der Pathogenese, Therapie und Prophylaxe
ischämischer Herzerkrankungen“

15.50—16.00 Uhr:

Film: „Die Erscheinungsformen der Nebenwirkungen
bei neuroleptischer Therapie“

16.00—16.30 Uhr:

Prof. Dr. med. W. Müller-Limmroth, München
„Die Wirksamkeit von Pharmaka am zentralen Ner-
vensystem“

16.40—16.50 Uhr:

OMR Dr. med. E. Thäle, Weißenhorn
„Besprechung von Untersuchungsergebnissen mit der
Endo-Radio-Sonde“ („Heidelberger Kapsel“)
Auskunft: OMR Dr. med. E. Thäle, Ärztlicher
Direktor des Krankenhauses, 7912 Weißenhorn**Fortbildungstagung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

am 19./20. Oktober 1968 in München

Die Medizinische Fakultät der Universität München
veranstaltet am 19./20. 10. 1968 in München, Theater in
der Briener Straße, Briener Straße 50, eine Fortbil-
dungstagung zum Thema „Aktuelle Rheumaprobleme“.
Die Leitung der Tagung hat Privatdozent Dr. med.
H. Mathies, Leiter der Rheumatiker-Ambulanz der
Medizinischen Poliklinik der Universität München.**Samstag, 19. Oktober 1968**

9.00—17.00 Uhr:

Referate namhafter Fachleute aus dem In- und Aus-
land zu folgenden Themen:

- I. Klinische Diagnostik und Differentialdiagnostik
- II. Röntgendiagnostik
- III. Labordiagnostik

Diskussion

Sonntag, 20. Oktober 1968

9.30—13.00 Uhr:

**Rundgespräch zum Thema „Therapie rheumatischer Er-
krankungen“**Dabei sollen die speziellen medikamentösen, physikali-
schen, balneologischen, operativen und konservativ-
orthopädischen therapeutischen Möglichkeiten der ver-
schiedenen Krankheitsbilder mit den Referenten der
Fortbildungstagung und weiteren bekannten Sach-
kennern unter Einbeziehung der Teilnehmer diskutiert
werden.Auskunft und Anmeldung: Priv.-Doz. Dr. H.
Mathies, 8000 München 15, Pettenkoferstraße 8**Einführungskurs in die gastroenterologische
Endoskopie mit Biopsie**

Vom 4. bis 7. November 1968 in Erlangen

An der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen
(Direktor: Prof. Dr. med. L. Demling) findet in der
Zeit vom 4. bis 7. 11. 1968 der 3. Kurs zur Einführung
in die gastroenterologische Endoskopie mit Biopsie statt.

Kursleitung: Privatdozent Dr. med. R. Ottenjann.

Auskunft und Anmeldung: Priv.-Doz. Dr. R.
Ottenjann, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Er-
langen, Krankenhausstraße 12

Sanhelios
 Pharmaz. Fabriken · 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.

IndikationRheumatische Erkrankungen und Affektionen an Knochen, Gelenken und Bändern; Asthma bron-
chiale und allergische Rhinitis; Heufieber; Blutkrankheiten; Leber-, Herz- und Nierenkrankheiten.**Preise gem. A. T. m. U.**

20 Tabletten nur DM 5,25

50 Tabletten DM 12,10 · 100 Tabletten DM 23,— · Klinikpackung zu 500 Tabletten

Fortbildungstagung der Ärztlichen Kreisverbände Oberfrankens

am 2. November 1968 in Coburg

Die Ärztlichen Kreisverbände Oberfrankens veranstalten am 2. November 1968 in Coburg, Kongreßhalle, Berliner Platz, eine gemeinsame Fortbildungstagung mit dem Thema „Hochdruck“.

9.30 Uhr s.t.:

Eröffnung durch den Vorsitzenden Prof. Dr. Gessler, Vorstand der IV. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

Priv.-Doz. Dr. Klütseh, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg:

„Pathogenese der Hypertonie“

Dr. Weidinger, Oberarzt der IV. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg:

„Differentialdiagnose der Hypertonie“

Dr. Stoepel, Farbenfabriken Bayer AG Wuppertal-Elberfeld, Institut für Pharmakologie:

„Pharmakologische Grundlagen moderner Hochdruckmittel“

Priv.-Doz. Dr. Hoehrein, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg:

„Therapie der essentiellen Hypertonie“

Dr. Rieß, Oberarzt der IV. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg:

„Therapie der renalen Hypertonie, besonders bei Niereninsuffizienz“

Priv.-Doz. Dr. A. Köhler, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen:

„Der pulmonale Hochdruck“

Prof. Dr. Stark, Vorstand der Frauenklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg:

„Gestosen und Pfropfgestosen“

Dr. Schulz, IV. Medizinische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg:

„Diät bei Nierenkrankheiten und Hochdruck“

Rund-Tisch-Gespräch über das Tagesthema

Ende voraussichtlich 16.30 Uhr

Kurs für praktische Gastroenterologie

am 8./9. November 1968 in Erlangen

An der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen findet am 8./9. 11. 1968 unter der Leitung von Professor Dr. med. L. Demling der 3. Kurs für praktische Gastroenterologie statt.

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

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

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

III. Fortbildungstagung für Med.-techn. Assistentinnen

am 8./9. November 1968 in Erlangen

Der Landesverband Bayern der Deutschen Gesellschaft Medizinisch-technischer Assistentinnen e.V. veranstaltet am 8./9. 11. 1968 in Erlangen die III. Fortbildungstagung.

Schirmherr: Prof. Dr. L. Demling, Direktor der Medizinischen Klinik mit Poliklinik Erlangen, Leiter der Staatlichen Lehranstalt für Medizinisch-technische Assistentinnen am Universitäts-Krankenhaus Erlangen

8. November 1968 (Röntgenfach)

Themen (Vorläufiges Programm)

Grundlagen der biologischen Strahlenwirkung

Mammographie

Die Serienangiographie der Hirngefäße

Tonfilm über „Karotisiangiographie bei raumfordernden Prozessen“

Gehirnszintigraphie

Diagnostik und Strahlentherapie der Hirntumoren

Schlechtsaufnahmetechnik

Besichtigung der Röntgendiagnostik-Abteilung der Universitäts-Kinderklinik

Tagungsort: Hörsaal der Universitäts-Kinderklinik, Erlangen, Loschgstraße 15 (Eingang Krankenhausstraße)

9. November 1968 (Laborfach)

Themen (Vorläufiges Programm)

Technik und Methode papiermontierter Großflächenschnitte (Lungengroßschnitte) und Grundlagen der Hartschnitt-Technik (unentkalkter Knochen) mit praktischen Übungen.

(Prof. Dr. H. Otto, Pathologisches Institut der Universität Erlangen-Nürnberg, und Dr. Kirchberg, Fa. Jung, Heidelberg)



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

Dismenol

(Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g, Oimethylamino-phenyldimethyl-pyrazolon 0,25 g)

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

Farbfilmbericht über den Internationalen Kongreß für Laborassistentinnen in Helsinki vom 24.—28. 6. 1968.

- I. Fluoreszenzuntersuchungen**
II. Beurteilungen pathologischer Blutbilder
III. Exfoliativzytologie des Magendarmkanals
 (Prof. Dr. med. S. Witte, Chefarzt am Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppur)

Tagungsort: Pathologisches Institut der Universität Erlangen, Krankenhausstraße 8/10, Hörsaal 1. Stock.

Unkostenbeitrag: Für Mitglieder der „Arbeitsgemeinschaft der Deutschen MTA“ angeschlossenen Verbände Tageskarte DM 8,—
 bei Teilnahme an beiden Tagen DM 15,—
 für Nichtmitglieder Tageskarte DM 16,—
 bei Teilnahme an beiden Tagen DM 25,—

Die Überweisung des Unkostenbeitrags gilt als Anmeldung und wird erbeten auf das Sonderkonto der Deutschen Gesellschaft Med.-techn. Assistentinnen e. V., Landesverband Bayern, Postscheckkonto Nürnberg Nr. 888 40.

Anfragen und Programmanforderungen sind zu richten an Frau Käthe Engelhardt, 8520 Erlangen, Fichtestraße 9

Symposion der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung

am 15./16. November 1968 in Nürnberg

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung wird am 15./16. November 1968 in Nürnberg ein Symposion über „Planung, Organisation und Einrichtung von Intensivbehandlungseinheiten am Krankenhaus“ veranstalten.

Auskunft: Dr. med. H. W. Opderbecke, Chefarzt der Anästhesie-Abteilung der Städtischen Krankenanstalten, 8500 Nürnberg 5, Postfach

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 Anknüpfungsstelle in Verbindung zu setzen.

Oktober 1968:

- 19.—20. in München: Fortbildungstagung der Medizinischen Fakultät der Universität (Thema: „Aktuelle Rheumaprobleme“). Auskunft: Priv.-Doz. Dr. H. Mathies, 8000 München 15, Pettenkofenstraße 8a.
 21.—25. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingoistädter Landstraße 1.
 23.—25. in Berlin: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Prof. Dr. W. Brosig, 1000 Berlin 19, Spandauer Damm 130.

- 23.—26. in Bad Nauheim: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Auskunft: Prof. Dr. A. Gamp, Rheumaklinik, 6550 Bad Kreuznach.
 23.—26. in Baden-Baden: XII. Baden-Badener Herbsttagung für Dainologie und Physikalische Therapie. Auskunft: Badeärztlicher Verein, Dr. R. Walter, 7570 Baden-Baden, Sofienstraße 35.
 25.—27. in Weissenhorn: 2. Weissenhorner Klinisches Wochenende. Auskunft: Dr. E. Thäle, Ärztlicher Direktor des Krankenhauses, 7912 Weissenhorn, Günzburger Straße 41.
 26. in München: Fortbildungstagung für Laborassistentinnen. Auskunft: Frau Ida M. Kiefl, Dermatologische Universitätsklinik, 8000 München 15, Frauenlobstraße 9.
 26.—27. in München: Kurs für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke (Fuß/Knie). Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V., 4700 Hamm, Ostenallee 83.
 28. 10.—22. 11. in Berlin: Arbeitsmedizinischer Grundlagensehrgang, Stoffplan I. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.
 29.—31. in Tutzing: Lehrgang für unterrichtende Ärzte an Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschnlen. Auskunft: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., 6000 Frankfurt, Feuerbachstraße 14.
 30. 10.—3. 11. in Baden-Baden: 35. Tagung der Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde. Auskunft: Geschäftsstelle der Gesellschaft, 6900 Heidelberg, Blumenthalstraße 38.
 31. 10.—4. 11. in Baden-Baden: Einführungskurs in die manuelle Wirbelsäulenbehandlung (Chirotherapie). Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V., 4700 Hamm, Ostenallee 83.

November 1968:

- 2.—3. in Hamm: Kurs für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke (Elle/Hand). Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V., 4700 Hamm, Ostenallee 83.
 4.—7. in Erlangen: 3. Kurs zur Einführung in die gastroenterologische Endoskopie mit Biopsie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. R. Ottenjann, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
 4.—9. in Baden-Baden: Hauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V. Auskunft: Dr. K. H. Reese, 5320 Bad Godesberg, Kölner Straße 40—42.



beruhigt die Nerven

und bringt erquickenden Schlaf

OP zu 200 ccm
 OP zu 50 Drogees

DR. BRAUN U. HERBERG BAD SCHWARTAU

NERVO-OPT®

- 7.—10. in Stuttgart: 5. Fortbildungskongreß für praktische Medizin der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg. Auskunft: Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, 7000 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.
- 8.—9. in Erlangen: 3. Kurs für praktische Gastroenterologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. R. Ottensjann, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 8.—9. in Erlangen: III. Fortbildungstagung für Medizinisch-technische Assistentinnen. Auskunft: Frau K. Engelhardt, 8520 Erlangen, Fichtestraße 9.
- 8.—9. in Mainz: Symposion für Hypnose und autogenes Training. Auskunft: Prof. Dr. D. Langen, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 8.—20. in Kassel: EKG-Fortbildungs- und Übungskurs. Auskunft: Prof. Dr. R. Heinecker, Stadtkrankenhaus, 3500 Kassel.
- 10.—15. in Mexico City: VIII. Internationaler Kongreß für Neohippokratische Medizin. Auskunft: Dr. Juan Somolinos, Plaza Washington 9—4 Mexico 6, D.F.
- 10.—16. in Budapest: Der Verband Ungarischer Medizinischer Gesellschaften veranstaltet zum Gedenken des 150. Geburtstages von I. Ph. Semmelweis eine wissenschaftliche Festwoche von Kongressen mit ausländischer Beteiligung. Auskunft: Verband der Ungarischen Medizinischen Gesellschaften, Budapest 1, Apród U. 1.
- 11.—15. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 11.—16. in Wien: 22. Österreichischer Ärztekongreß (Vansleten-Tagung). Auskunft: OMR Prim. Dr. M. Schnardt, A-1011 Wien, Postfach 213.
- 11.—29. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 15.—16. in Nürnberg: Symposion der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung. Auskunft: Dr. med. H. W. Opperbecke, Chefarzt der Anästhesie-Abteilung der Städtischen Krankenanstalten, 8500 Nürnberg 5, Postfach.
- 15.—17. in Köln: 3. Arbeitstagung im Rahmen der Fortbildungsserie „Bas Laboratorium von morgen“. Auskunft: Dr. med. W. Albath, 8700 Würzburg, Katharinen-gasse 3.
- 16.—17. in Bad Oeynhausen: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin. Auskunft: Prof. Dr. H.-J. Wagner, Institut für gerichtliche Medizin der Universität des Saarlandes, 6650 Homburg.
- 16.—17. in Bochum: Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe „Traumatologie und Unfallkunde“. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4/6.
- 16.—17. in Hamm: Kurs für manuelle Behandlung der Extremitäten-Gelenke (Fuß/Knie). Auskunft: Sekretariat der Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V., 4700 Hamm, Ostendallee 83.
- 18.—19. in Bremen: Jahrestagung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten. Auskunft: Dr. W. F. Henschel, 2900 Bremen, Städtische Krankenanstalten, St.-Jürgen-Straße.
- 18.—22. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 21.—24. in Wiesbaden: Tagung des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands. Auskunft: Sekretariat, 4000 Düsseldorf, Königsallee 22.
- 22.—24. in München: 8. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, 8036 Herrsching, Summerstraße 3.
- 23.—24. in Erlangen: III. Symposion über Röntgenologie im Kindesalter im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft für pädiatrische Radiologie. Auskunft: Dr. W. Schuster, 8520 Erlangen, Loschgestraße 15.
- 25.—29. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
25. 11. bis 20. 12. in Berlin: Arbeitsmedizinischer Grundlehrgang, Stoffplan II. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
Bene-Chemie, München
Eka-Werk, Horn/Lippe

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 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 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postcheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, 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.



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