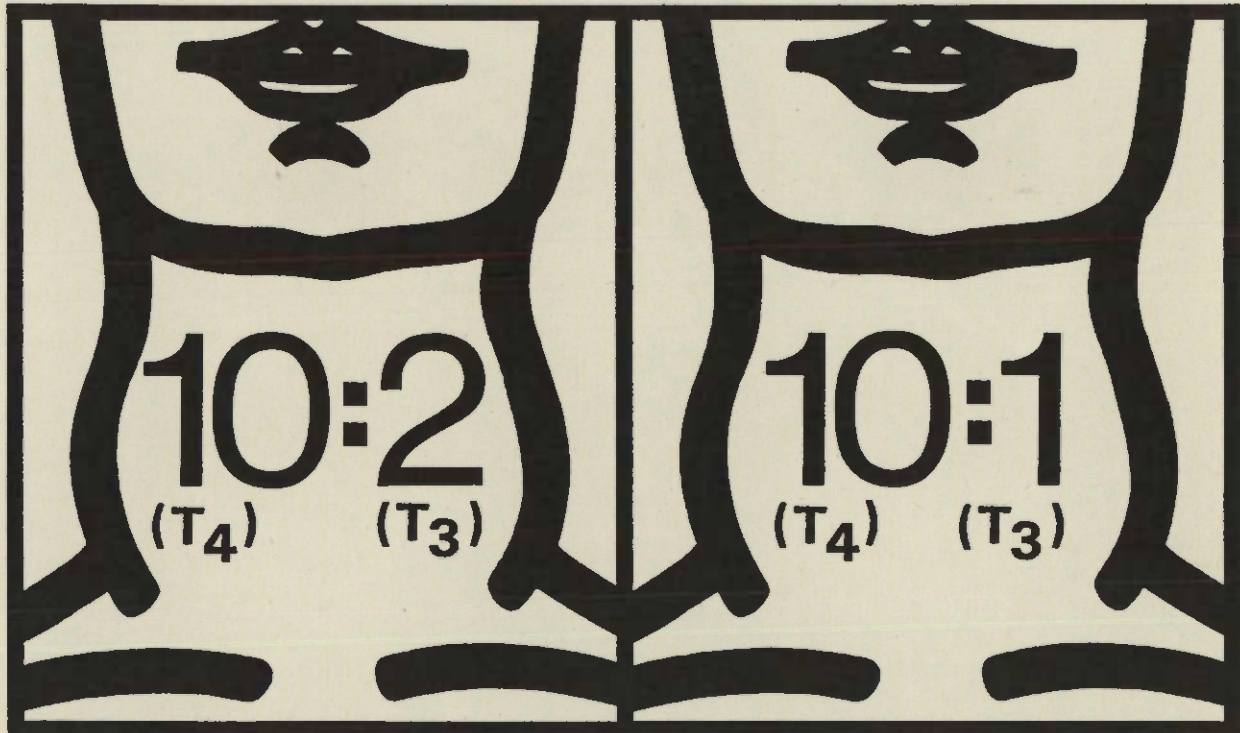


# Veränderte Verhältnisse

1968 Thyroxin-T<sub>4</sub> „Henning“

1978 Prothyrid®




**1968:** Fortschritt in der Schilddrüsenhormon-Therapie auf der Basis der Kenntnisse des Jahres 1968 über die Schilddrüsenfunktion des Menschen: Synthetische Kombinationspräparate, die 100 µg T<sub>4</sub> und 20 µg T<sub>3</sub> enthalten, ersetzen die Thyreoidea sicca-Zubereitungen.

**1978:** Fortschritt in der Schilddrüsenhormon-Therapie: Mit Hilfe der Radioimmunoassays war es gelungen, die periphere Konversion von T<sub>4</sub> → T<sub>3</sub> nachzuweisen und den Verlauf der Serumspiegel von T<sub>4</sub> und T<sub>3</sub> unter der Hormontherapie zu verfolgen; mit dem TRH-Test wurde die richtige Dosierung der Hormone zur Substitutions- und Suppressionstherapie ermittelt. Die Formel für ein Kombinationspräparat aus beiden Schilddrüsenhormonen heißt: 100 µg T<sub>4</sub> + 10 µg T<sub>3</sub>.

## Zur Behandlung der blanden Struma mit beiden Schilddrüsenhormonen im richtigen Verhältnis

# Prothyrid® $\left(\frac{10:1}{T_4 T_3}\right)$

**Zusammensetzung:** 1 Tablette Prothyrid® enthält 0,100 mg Lavothyroxin-Natrium (L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid, T<sub>3</sub>). **Wirkung:** Die balden Schilddrüsen- und supprimieren die Thyreotropin-Sekretion. **Indikationen:** Blinde Struma, Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, Hypothyreose, Zusatztherapie bei thyreostatisch behandelter Hyperthyreose. **Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom.** **Kontraindikationen:** Frischer Myokardinfarkt; Angine pectoris oder Zustand nach Myokardinfarkt bei älteren Strumepatienten. **Nebenwirkungen:** Bei Überschreitung der erforderlichen Dosis Tachykardia, Schwitzen, vermehrte Unruhe, Durchfall, Symptome verschwinden nach Herabsetzen der Tagesdosis oder Aussetzen der Behandlung (eventuell Gebe von Propranolol). Bei eventueller eilgamer Unverträglichkeit empfiehlt sich ein Wechsel auf L-Thyroxin „Henning“ (Tabletten mit 50, 100 und 150 µg). **Hinweise:** Behandlung sehr vorsichtig beginnen bei Patienten mit schwerer Hypothyreose, Angine pectoris, Myokarditis und bei tachykerder Herzinsuffizienz (vorher Frequenzreduktion und Rekomposition). Bei gleichzeitiger Behandlung mit Antidiabetika bzw. Antikoagulantien Blutzucker und Quikwert enfangs häufiger kontrollieren. Bei Schwengerschaft Behandlung nicht unterbrechen. **Anwendung:** 1/2–2 Tabletten täglich. Eventuell einschleichende Behandlung mit enfangs 1/2 Tablette täglich; in 1–2wöchigen Intervallen auf die erforderliche Volldosis steigern. **Handelsformen:** 50 Tabletten DM 9,43 m, MWSt. (Schüttpackung), 70 Tabletten DM 13,20 m, MWSt. (Wochenplenpeckung), 200 Tabletten DM 29,95 m, MWSt. (Schüttpackung). HENNING BERLIN GMBH, Chemie- und Pharmawerk, 1 Berlin 42 

Schwungkraft  
für das Herz

# Esbericard®

Esbericard® wirkt zuverlässig  
bei stenokardischen Be-  
schwerden und bei Neigung  
zu Angina-pectoris-Anfällen  
wenn der Herzmuskel  
durch Streß, Krankheit  
oder Alterungsvorgänge  
geschwächt ist.

bei labilem peripheren  
Kreislauf  
wenn die Herzfähigkeit  
unregelmäßig und  
nervös irritiert ist.

**Zusammensetzung:** Extr. Crataegi (fol. c. flor. - fruct.  
= 1:3) standard. Standard: 1 Dragee enthält: 60 mg  
Extrakt entspr. mindestens 5 mg kondens. Flavane;  
1 ml Liquidum enthält: 120 mg Extrakt entspr. minde-  
stens 10 mg kondens. Flavane; 2 ml Injektionslösung  
enthalten ca. 90 mg Extrakt, biologisch auf DL 50 an der  
weißen Maus standardisiert. **Indikationen:** Minderle-  
istung von Herz und Kreislauf im Alter. Vegetativ bedingte  
Herzbeschwerden, Stenokardien und Rhythmusstörungen  
sowie anfallsweise Tachykardien, auch im Kindesalter. Die  
kombinierte Anwendung mit Herzglykosiden ist für die  
Der angenehme Geschmack von Esbericard ist für die  
Langzeittherapie günstig. Auch bei längerem Gebrauch  
treten keine schädlichen Nebenwirkungen auf. Kontraindi-  
kationen sind bisher nicht bekannt. Nebenwirkungen wur-  
den keine beobachtet. **Dosierung:** 3mal täglich 15-20  
Tropfen oder 1-2 Dragees. Parenteral 2-4 ml i.v. bzw. tief  
intraglutal täglich oder alle 2-3 Tage. **Darreichungsfor-  
men und Packungsgrößen:** Liquidum 50 ml DM 9,65.  
Klinikpackung 500 ml, Dragees 200 Stück DM 9,65, Klinik-  
packung 1000 Stück, Ampullen 5 x 2 ml DM 6,46. Klinik-



**Schaper & Brümmer**  
Salzgitter · Ringelheim  
Naturstoff-Forschung und -Therapie



**Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen**

Eine Hilfe zur Schnellorientierung – Herausgegeben von Dr. F. C. Loch

# Leitsymptom: Verletzungen

## Der Notfall: Die frische Wirbelsäulenfraktur

bearbeitet von Professor Dr. F. Klapp und Professor Dr. L. Schweiberer

### Symptomatik:

Nach geeigneter schwerer Gewalteinwirkung werden sofort heftige Rückenschmerzen angegeben. Die Höhe der Verletzung ist bei entsprechbaren Patienten durch vorsichtige Palpation und Auslösen eines Druckschmerzes annäherungsweise bestimmbar. Die schmerzbedingte Beweglichkeitseinschränkung veranlaßt den Verletzten, seine augenblickliche Lage nicht zu verändern. Bei keilförmiger Kompression eines oder mehrerer Wirbelkörper kann eine Gibbusbildung erkennbar sein, Schwellung, Hämatomverfärbung und Kontusionsmarken (bei direkter Gewalteinwirkung) weisen ebenfalls auf die Verletzung hin. Infolge paravertebraler Einblutungen treten oftmals in den ersten Tagen nach dem Unfall Motilitätsstörungen des Darmes und der Blase auf.

### Anamnese:

Verletzungen der Wirbelsäule sind fast immer auf indirekte Gewalteinwirkung zurückzuführen. Eine Rekonstruktion des Unfallherganges ist anhand der Angaben des Verletzten selbst oder von Unfallzeugen anzustreben. Alle schweren Unfälle mit Stauchung, Biegung oder Drehung des Kopfes oder des Rumpfes können geeignet sein, Frakturen der Wirbelsäule hervorzu-rufen. Für Frakturen der HWS ist in der Regel eine sogenannte Peitschenschlagbewegung des Kopfes verantwortlich. Wirbelsäulenfrakturen nach direkter Gewalteinwirkung sind selten.

### Sofortdiagnostik:

Bereits am Unfallort sollte anemnestisch und durch eine orientierende Untersuchung die Verdachtsdiagnose einer Wirbelsäulenfraktur gestellt werden. Eine Unterscheidung in stabile oder instabile Frakturformen kann hier jedoch nicht getroffen werden. Daher ist in jedem Verdachtsfalle ein äußerst schonender Transport in die nächstgelegene Klinik erforderlich. Folgender Untersuchungsgang schließt sich an:

1. Prüfung der Vitalfunktionen
2. Ausschluß von schweren Begleitverletzungen
3. Vergleichende Prüfung der Sensibilität, der Spontanmotorik und der Reflexe
4. Röntgendiagnostik. Die Aufnahmen im e. p. – und seitlichen Strahlengang erfolgen in Rückenlage; da nicht selten Serienfrakturen vorliegen, ist es zweckmäßig, die Übersichtsauf-

nehmen großzügig zu wählen, um alle Frakturen zu erkennen. Frakturen des 6. und 7. Halswirbelkörpers werden wegen unzureichender Röntgeneaufnahmen oftmals übersehen. Es ist daher erforderlich, bei der seitlichen Darstellung der unteren HWS Arme und Schultern nach unten zu ziehen. Gelingt dies infolge kurzen Nackens nicht, so kann die Darstellung im leicht schrägen Strahlengang erfolgen. Zur besseren Beurteilung einzelner Wirbelkörper werden ausgeblendete Aufnahmen angefertigt. Eine zusätzliche Information ist in unklaren Fällen durch Schichtaufnahmen zu erhalten. Zur Darstellung der Foramina intervertebralia und der Wirbelgelenke dienen Schrägaufnahmen von 45°.

**Therapeutische  
Sofortmaßnahmen:**

Nach Ausschluß schwerwiegender, vor allem abdomineller Begleitverletzungen sind Analgetika erlaubt. Der Verletzte wird flach auf einer festen Matratze gelagert. Besondere fixierende Maßnahmen (z. B. Gipsmieder) sind bei stabilen Frakturen der BWS und LWS weitgehend verlassen worden zugunsten einer frühzeitigen krankengymnastischen Übungsbehandlung und Frühmobilisation. Bereits am Unfalltag kann mit Atemübungen und Spannungsübungen der Muskulatur begonnen werden.

Einfache Frakturen der HWS werden durch eine Halskrawatte ruhiggestellt. Die Reposition von Dislokationen erfolgt unter Dauerextension mit einer Crutchfield-Klammer. Die weitere Fixation kann konservativ (Minerva-Gips) oder operativ erfolgen.

Bei instabilen Brüchen der BWS und LWS, vor allem bei nicht reponierbaren Luxationsfrakturen und bei Gefahr einer neurologischen Sekundärschädigung, ist eine operative Reposition und Fixation in der Regel angezeigt.

**Indikation  
für die sofortige  
Überweisung  
zum entsprechenden  
Facharzt  
bzw. in die Klinik:**

Bei Verdacht auf eine Wirbelsäulenfraktur ist eine eingehende Röntgendiagnostik erforderlich. Jede Wirbelsäulenfraktur sollte unter stationären Bedingungen behandelt werden, mit Ausnahme der Querfortsatz- und Dornfortsatzabrisse. Nur in einer Klinik ist die konsequente Durchführung eines krankengymnastischen Übungsprogramms gewährleistet, das Voraussetzung für ein gutes funktionelles Ergebnis ist.

Bei inkomplettem oder komplettem Querschnittssyndrom ist die rasche Verlegung in ein entsprechendes Zentrum zu veranlassen. Wesentlich ist die Abklärung der Frage, ob durch eine sofortige operative Dekompression noch eine Besserung erreicht werden kann.

**Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:**

Häufig auftretende Motilitätsstörungen des Darmes und der Blase sind zu kontrollieren. Eventuell muß der Darm entleert und ein Blasenkatheter gelegt werden. Eine Dekubitusprophylaxe ist vor allem bei älteren Patienten angezeigt.

**Differentialdiagno-  
stische und andere  
Erörterungen:**

Anlagebedingte Formvarianten und Fehlbildungen können bei der Interpretation der Röntgenaufnahmen Schwierigkeiten bereiten und eine Fraktur vortäuschen. Von den traumatisch bedingten Frakturen sind die pathologischen Frakturen abzugrenzen (hochgradige Osteoporose, Metastasen bei Mammakarzinom, Prostatakarzinom usw.). Ihre Behandlung und Prognose werden im wesentlichen von dem Grundleiden bestimmt.



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 7

## Zur Kenntnis genommen:

Das Jahr 1979 wurde zum Jahr des Kindes proklamiert. Bei „Halbzeit“ sind Prognosen noch vertrübt. Aber zeichnen sich denn überhaupt Fortschritte ab oder sind wenigstens Tendenzen erkennbar? Schöne Zeitungsartikel und feierliche Proklamationen dienen ja meist mehr dem Bedürfnis nach Ableistung von Pflichtübungen als der Sache. Was wirklich geleistet wird, geschieht in aller Regel in der Stille.

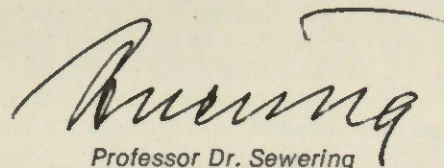
Wie sieht es denn aus mit den Kindern auf dieser Erde? Die Antwort fällt sehr unterschiedlich aus, je nach dem Erdteil, den wir betrachten. Ein Schweizer Rotkreuzarzt schrieb kürzlich, daß täglich auf der Welt 43 000 Kinder verhungern. Das ist keine neue Erkenntnis, aber dennoch stets von neuem beklemmend. Liegt das an uns, sind wir schuld daran? Könnten wir das verhindern, etwa durch mehr Lebensmittelsendungen? Die Fragen müssen sicher verneint werden, so hart das auch klingen mag. Die Veränderung von Lebensverhältnissen ist eine Aufgabe von Generationen. Erst wenn ausgebildete Kinder zu Vätern und Müttern geworden sind, werden sie ausgeschlossen sein für Hygiene, Säuglingspflege, Kinderernährung. Diese ausgebildeten Generationen werden dann auch ansprechbar sein für Familienplanung, also Reduzierung der Kinderzahl.

Solange Völker und Stämme in unterentwickelten Ländern trotz enormer Säuglingssterblichkeit und verhungerten Kindern mit ihren Bevölkerungszahlen noch „explodieren“, ist eine Änderung nicht zu bewirken. Hier greift eins ins andere, wobei die ökonomischen Probleme, die ausreichende ärztliche Versorgung, das Vorhandensein von ausgebildetem Hilfspersonal nur erwähnt seien. Was wir benötigen, ist Ausbildung, sagte mir einmal ein indischer Kollege. Hier müssen unsere Bemühungen ansetzen. Damit helfen wir zwar noch nicht den Kindern der Entwicklungsländer von heute und morgen, aber wir würden für die Zukunft helfen, soferne unsere Hilfe überhaupt angenommen wird, was keineswegs so selbstverständlich ist.

Aber wie sieht es denn bei uns aus? Der Hunger beschäftigt uns nicht, eher schon die Fehlernährung. Unser Problem wurde auf dem letzten Deutschen Ärztetag angesprochen, der in einer Entschliebung die Verbesserung der kinderpsychiatrischen Versorgung forderte, weil die Zahl der verhaltensgestörten Klein- und Schulkinder, welche einer einschlägigen Behandlung bedürfen, ständig zunimmt. Die Gründe dafür wurden leider nur sehr kurz angedeutet. Die Selbstmordversuche von Kindern und Jugendlichen stiegen 1978 auf rund 14 000. Alkohol- und Drogenabhängigkeit haben erschreckend zugenommen, die Zahl ihrer Opfer in immer jüngeren Jahrgängen steigt an. Mit Besorgnis wird eine zunehmende Vereinsamung und Vernechtung vieler Kinder festgestellt. Zuviel Fernsehen und falsches Spielzeug verdrängen Fantasie, Spieltrieb und Eigeninitiative der Kinder und machen sie zu rein passiven „Empfängern“. Zu oft „ersetzen“ Eltern Liebe, Zuwendung und Zeit für das Kind durch Geld und falsche Geschenke. Die Folgen sind offenbar. Natürlich sind das nicht die alleinigen Ursachen. Auch in heilen Familien gibt es Sorgenkinder. Es wird mehr auf Behinderungen geachtet und dadurch vieles entdeckt, was früher erst zu spät offenkundig wurde. Schulstress – ein gängiges Wort – wird der Schule und den Lehrern zur Last gelegt. Ist nicht auch hier Fehlverhalten der Eltern im Spiel? Werden nicht doch viel zu viele Kinder durch das Gymnasium gequält, obwohl ihre Begabung auf anderen Gebieten liegt?

Für mangelndes Verantwortungsgelühl gegenüber den Kindern gibt es noch ein besonders deutliches Zeichen: Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen für Neugeborene und Kleinkinder. Acht Untersuchungen sind von der Geburt bis zum vierten Lebensjahr vorgesehen. Nur die ersten zwei Untersuchungen in der Klinik dürften bei allen Neugeborenen durchgeführt werden. Die genaue Zahl ist nicht dokumentiert. Von der dritten bis zur achten Untersuchung sinkt die Teilnahme erschreckend ab, bei der achten beträgt sie nicht einmal mehr die Hälfte. Das kann nur am mangelnden Verantwortungsbewußtsein, an der Nachlässigkeit der Eltern liegen. Dafür gibt es auch keine Entschuldigung. Leider sind es aber die Kinder, welche die Folgen zu tragen haben, wenn ernste Krankheiten oder Behinderungen nicht rechtzeitig entdeckt und behandelt werden. Man möge beispielhaft nur an die Hörstörungen und ihre schlimmen Folgen für die geistige Entwicklung denken!

Das Jahr des Kindes könnte der Auftakt werden für eine grundlegende Änderung. Bis jetzt hat man nicht den Eindruck, daß eine solche Hoffnung begründet wäre.

  
Professor Dr. Sewering

## Mit Rechtsstaatlichkeit zur Diktatur des Verbrechens

Heute werden in der Bundesrepublik Deutschland schon Unschuldige – Menschen wie Du und Ich – gleich reihenweise ermordet. Trotzdem gibt man die Rechtsstaatlichkeit immer noch als ein Bündel von Garantien aus, die den Friedensstörer, den überführten Verbrecher und den Verdächtigen schützen und dem Staat das Zugreifen verbieten. Fleißig wird im bundesdeutschen Blätterwald verschwiegen, daß der Rechtsstaat auch das Leben, das Hab und Gut und die Freiheit seiner Bürger vor dem Verbrechen zu schützen hat. Noch vor nicht einmal 40 Jahren konnte die deutsche Frau ohne Gefahr allein durch nächtliche Straßen gehen und deutsche Häuser mußten nicht in Festungen verwandelt werden, um Leben und Eigentum zu bewahren. Heute dagegen befindet sich die Bundesrepublik Deutschland trotz ständiger Beteuerung ihrer Rechtsstaatlichkeit auf dem Weg zur Verbrecherherrschaft!

Wenn es zutrifft, daß der Mensch genetisch determiniert ist und von pränatalen Einflüssen, Umwelt und Erziehung entscheidend geprägt und geformt wird, dann gehört auch die Kriminalität zu den Problemen der Sozialmedizin. Das bedeutet jedoch nicht, für jedes Verbrechen und jeden Kriminellen die passenden Entschuldigungsgründe zu haben. Heute ist es in den westlichen Industrienationen üblich, selbst die übelsten Delikte noch öffentlich zu entschuldigen und mit schlechter Kindheit zu erklären. Wehe aber dem Polizeibeamten, der es wagt, sich nicht von Kriminellen ohne Gegenwehr erschießen zu lassen, sondern erfolgreich zuerst schießt. Dann keifen die Massenmedien auf, bezeichnen die Polizei als Berufskiller und machen sie zum Prügelknaben der Nation. Inzwischen schauen die bundesdeutschen Jedermannen sehnsüchtig nach Osten. Während sie hinter vorgehaltener Hand „Law and Order“ in der DDR und UdSSR loben oder am Bierisch von vergangenen heroischen Zeiten träumen, versuchen sich die Massenmedien in sozialmedizinischer Exkulpierung. Selbst der

übelste Verbrecher wird dabei zu einem bedauernswerten Opfer der Gesellschaft.

Herr Jedermann liest und hört, wie vielschichtig die Seele eines Kriminellen ist, und daß nur eine gnadenlose Gesellschaft das straffreie Leben verhinderte. Die Massenmedien zeigen dem braven Bürger außerdem, welche Opfer er für die möglichst komfortable Asylisierung und Sozialisierung von Verbrechern in den Strafanstalten des Landes zu bringen hat. Selbst die Taten skrupelloser Gewaltverbrecher werden noch mit fehlender Nestwärme entschuldigt. Kaum jemand klagt aber über die fehlende Nestwärme solcher Kinder, deren Vater oder Mutter von Kriminellen getötet wurde. Eine Schweizer Zeitung schrieb über die Bundesrepublik Deutschland: „Ihre aggressiven Elemente sind bösartiger, zynischer, intoleranter arroganter als anderswo, ihre auf Bewahren des Erreichten gestimmten Schichten sind tiefer verängstigt, verunsichert, in den Nerven mitgenommen und damit zu ebenso radikaler Reaktion oder zu rasch aufgebender Resignation disponiert.“ Dabei scheint es von Jahr zu Jahr zweifelhafter und aussichtsloser zu werden, die Ursachen für das abweichende Verhalten von Menschen suchen, finden und katalogisieren zu wollen. Außerdem weiß man nicht einmal zweifelsfrei, warum der Homo sapiens überhaupt Normen beachtet.

Das Verbrechen ist so alt wie die Menschheit selbst. Schon die Bibel beginnt mit der Schilderung einer Straftat. Kaum ist der Mensch aus dem Paradies vertrieben worden, begeht er das erste Gewaltverbrechen. Heute sind Zeitungen und Zeitschriften voll von Meldungen und Artikeln über Verbrechen bis hin zu rührseligen oder glorifizierenden Schilderungen von Verbrechern. Die tägliche Zeitungslektüre macht das Lesen von Kriminalromanen überflüssig und kann diese oft sogar in den Schatten stellen. Bundesrepublikanische Straßen werden zum besten Durbridge aller Zeiten. Wer

morgens noch vergnügt zur Arbeit geht, kann schon wenige Stunden später als angstbebende Geisel durch Deutschland fahren, dabei begleitet von einer Polizeieskorte, die aufwendiger ist als die des Bundespräsidenten. Banken, einst sichere Tresore brav gesparten Geldes, sind heute Tummelplatz nylonstrumpfgesichtiger Ganoven. Rücksichtslos machen Verbrecher, körperlich und geistig-seelisch Dürftlingen ähnlicher als Helden, von ihrem „Ballermann“ Gebrauch und das skrupellose Zusammenschießen von Polizeibeamten wird zur Heldentat. Allein im Jahre 1975 benutzten Straftäter in 1355 Fällen ihre Schußwaffen, bedrohten bzw. verletzten 134 Polizisten und ermordeten dabei fünf.

Kriminalisten malen ein düsteres Bild von der bundesrepublikanischen Zukunft. Nach ihren Prognosen wird sich die Kriminalität bis zum Jahre 1980 verdoppeln und in einigen Bereichen sogar verdreifachen. Dann werden deutsche Parks nachts zu gefährlichen Dschungeln und Assekuranzen werden Geschäftsleuten Einbruchversicherungen verweigern, weil das Risiko zu hoch ist. Im Jahre 1963 betrug die Anzahl der Straftaten in der Bundesrepublik Deutschland 1 678 840. Diese Zahl stieg 1970 auf 2 413 586 und lag 1974 bei 2 741 728. Während man im Jahre 1953 noch 3685 Raubüberfälle zählte, waren es 1970 bereits 13 230 und 1974 schon 18 965. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Mord- und Totschlags-taten. 1955 zählte man 927 und 1974 2721 Delikte. Hand in Hand mit dieser wachsenden Verbrechenslawine geht eine Brutalisierung der Taten und eine Verjüngung der Täter. Diese Entwicklung wird weitergehen. Man darf sich also nicht wundern, wenn 72 Prozent aller Bundesbürger Angst vor der steigenden Kriminalität haben. Dabei sollte nicht vergessen werden, daß wesentliche Bereiche der Delinquenz einen nur um Jahre verzögerten Abklatsch der Verbrechensszene in den USA darstellen. Bis vor kurzem praktisch

noch unbekannte Varianten von Schwerverbrechen, wie Kidnapping, Geiselnahme und Bankraub, sind US-Importe.

Die polizeiliche Kriminalstatistik der Bundesrepublik Deutschland weist für das Jahr 1975 rund 2,9 Mio. Straftaten auf. Eine derartig beachtliche Zahl, die nicht einmal Verkehrs- und Staatsschutzdelikte enthält, darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß nur ein Teil der tatsächlichen Verbrechen der Polizei bekanntwerden. Es handelt sich dabei also um jenen Teil des „Eisberges“, der aus einem riesigen Dunkelfeld herausragt. Die Größe dieses Feldes hängt weitgehend von Art und Schwere des Deliktes ab. Zumindest bei den Massendelikten Diebstahl, Sachbeschädigung und Körperverletzung gilt mit Sicherheit, daß die Anzeigebereitschaft mit dem Ausmaß der vom Opfer empfundenen Schädigung steigt. Je höher der Schaden bei Diebstahl oder Sachbeschädigung ist, und je gravierender eine Körperverletzung vom Betroffenen gewertet wird, desto wahrscheinlicher erfolgt die Anzeige und desto kleiner wird das Dunkelfeld. Die Realitätsnähe jeder Kriminalstatistik wächst also mit der Deliktsschwere. Dabei werden vor allem solche Straftaten erfaßt, bei denen das Strafverfolgungsinteresse der Opfer so groß ist, daß es die mit der Anzeige verbundenen Unannehmlichkeiten aufwiegt. Die folgenden Tabellen geben Auskunft über die Verbrechenswirklichkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Dabei muß aber wegen des Dunkelfeldes mit einem Mehrfachen der registrierten Delikte gerechnet werden. Legt man die bisherigen Erfahrungen und Ergebnisse der Dunkelfeldforschung zugrunde, so ergeben sich für die tatsächliche Verbrechensszene die besonders in Tabelle 2 geschilderten Verhältnisse.

Je internationaler die Kriminalität und je durchlässiger staatliche Grenzen für Berufsverbrecher und Terroristen werden, um so wichtiger wird der Blick über den eigenen Zaun. Die Verbrechenslawine rollt auch in europäischen Nachbarstaaten, die die gleiche Lebens- und Wirtschaftsform wie die Bundesrepublik Deutschland haben. Alle diese Länder zeigen einen kräftigen Verbrechenszuwachs, der allerdings im Ausmaß zwischen Österreich mit + 15,4 Prozent und England mit +

#### Anzahl der Straftaten und ihre Aufklärungsquoten von 1965 bis 1975

Jahr	Bekanntgewordene Straftaten	Aufklärungsquote
1965	1 789 319	53,2
1966	1 917 445	53,0
1967	2 074 322	52,2
1968	2 158 510	51,8
1969	2 217 966	51,2
1970	2 413 586	48,3
1971	2 441 413	46,8
1972	2 572 530	46,5
1973	2 559 974	46,9
1974	2 741 728	45,6
1975	2 919 390	44,8

Tabelle 1

102 Prozent in einem Zehnjahreszeitraum starke Unterschiede aufweist. In US-Amerika ereigneten sich z. B. im Jahre 1972:

- alle 28 Minuten ein vollendeter Mord oder Totschlag
- alle 11 Minuten eine Notzucht
- alle 84 Sekunden ein Raub

- alle 81 Sekunden eine gefährliche oder schwere Körperverletzung
- alle 36 Sekunden ein Autodiebstahl
- alle 17 Sekunden ein einfacher Diebstahl im Wert von mindestens 50 Dollar
- alle 13 Sekunden ein Einbruch

#### Bekanntgewordene Straftaten und geschätzte Verbrechenswirklichkeit im Jahr 1975 (abgewandelt nach Herold)

Delikte	Bekanntgewordene Straftaten	Geschätzte Minimal- und Maximalwerte
Mord, Totschlag, Kindstötung (incl. Versuche)	2 957	8 900 - 17 700
Abraubung	639	63 900 - 319 500
Gefährliche und schwere Körperverletzung	50 274	75 400 - 201 100
Vergewaltigung	6 850	34 300 - 68 500
Unzucht mit Kindern	14 546	87 300 - 145 500
Kuppelei, Zuhälterei	2 374	23 700 - 47 500
Sonstige Sittlichkeitsdelikte	21 124	147 900 - 253 500
Einfacher Diebstahl	864 849	8 649 000 - 17 297 000
Schwerer Diebstahl, Einbruch	1 044 569	2 089 000 - 3 134 000
Raub, räuberische Erpressung, Autostraßenraub	20 362	40 700 - 81 500
Unterschlagung, Hehlerei, Untraue, Begünstigung	54 429	272 000 - 544 000
Betrug	209 841	1 679 000 - 2 518 000
Urkundenfälschung, Amtsdelikte	27 609	55 200 - 82 800
Rauschgiftdelikte	29 805	59 600 - 149 000
Sonstige Straftaten	522 356	1 045 000 - 2 612 000
<b>Straftaten insgesamt</b>	<b>2 919 390</b>	
Straftaten insgesamt bei einem geschätzten Verhältnis zu den tatsächlich begangenen Taten von 1 : 6 - 1 : 14		17 516 000 - 40 871 000

Tabelle 2

**Anzahl der Straftaten und ihre Aufklärungsquoten bei verschiedenen Delikten in den Jahren 1965, 1970 und 1975**

Straftaten	1965		1970		1975	
	Zahl	AQ	Zahl	AQ	Zahl	AQ
Raub, räuberische Erpressung, Autostraßenraub	7 655	57,8	13 230	58,1	20 362	54,9
Körperverletzung mit tödlichem Ausgang, gefährliche und schwere Körperverletzung, vorsätzliche leichte Körperverletzung	88 773	88,3	108 809	86,5	116 136	87,8
Verbrechen und Vergehen wider die persönliche Freiheit	11 694	90,1	18 671	87,1	34 169	82,5
Mord, Totschlag, Kindstötung	1 634	95,2	2 477	93,6	2 957	95,3

Tabelle 3

Man darf sich also nicht wundern, wenn 25 Mio. US-Amerikaner angeben, daß sie aus Sicherheitsgründen ihr Land verlassen möchten. Die Gewalttätigkeit und Unsicherheit in den Straßen von New York ist bereits so groß, daß viele Einwohner einen Hundert-Dollar-Schein in der Tasche tragen, um sich von Straßenräubern freikaufen zu können. Tatenlos sehen die meisten New Yorker zu, wenn Menschen am helllichten Tag in den Straßen beraubt oder ermordet werden. 1973 zählte die Polizei im gesamten Stadtgebiet 147 Jugendbanden mit 19 000 Mitgliedern. New York weist mehr Morde und Raubmorde auf als zehn europäische Staaten mit der sechsfachen Bevölkerungszahl, und Philadelphia soviel wie ganz England. 68 Prozent aller US-Amerikaner fürchten sich vor dem unaufhaltsamen Anwachsen von Gewalttätigkeit und Unsicherheit. Dabei ist diese Drohung bereits zum Teil ihres Lebens geworden. Kaum jemand aber setzt noch wirklich Vertrauen in den Willen und die Fähigkeiten von Politikern, die Kriminalität ernsthaft zu bekämpfen. Lieber kauft man sich das Buch „Safe places“, in dem Wohnorte und -viertel mit der niedrigsten Verbrechensrate und der größten Sicherheit beschrieben sind, oder verwandelt ganze Wohnbezirke in Privatfestungen.

In der Bundesrepublik Deutschland entfielen im Jahre 1972 rund 30 Prozent aller Verbrechen auf Großstädte mit mehr als 0,5 Mio. Einwohnern.

18130 Tatverdächtige führten eine Schußwaffe mit und bei 7096 Straftaten wurde damit gedroht. Man muß es fast als Wunder betrachten, daß nicht noch mehr Morde passierten. Die polizeiliche Kriminalstatistik weist für dieses Jahr allein 2729 Tötungsdelikte – einschließlich der Versuche – auf. Das Verhältnis zu den tatsächlich begangenen Taten wird heute auf 1:3 bis 1:6 geschätzt. Man muß also die Zahl der bekanntgewordenen Delikte mit drei bis sechs multiplizieren, um die Größe des Dunkelfeldes bei Mord, Totschlag und Mordversuch ermessen zu können. Dabei sollte berücksichtigt werden, daß die Kriminalität mit der Größe der Ansiedlungen zunimmt. Die Bundeskriminalstatistik weist schon für das Jahr 1970 folgende Häufigkeitsziffern – Straftaten auf 100 000 Einwohner – auf: Großstädte 7267, Mittelstädte 4191, Kleinstädte 2750 und Landgebiete 1883. 1975 beträgt die Häufigkeits-

zahl für die gesamte Bundesrepublik Deutschland 4721. Das bedeutet eine Zunahme gegenüber 1974 um 6,8 Prozent; bezogen auf das Jahr 1960 mit rund 1,5 Mio. Straftaten ergibt sich praktisch sogar eine Verdopplung.

Besonders auffällig ist, daß im Jahr 1972 11,5 Prozent aller Tatverdächtigen Ausländer waren. Dabei betrug ihr Anteil an der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nur 5,7 Prozent. Dieser setzte sich aber überwiegend aus Männern im stark kriminalitätsbelasteten Alter von 18 bis 40 Jahren zusammen. Die Ausländer fielen dabei durch die überdurchschnittlichen Tatverdächtigenanteile bei den verschiedenen Gewaltverbrechen auf, so vor allem bei: Totschlag 29,0 Prozent, Notzucht 26,2 Prozent, Mord 21,3 Prozent, gefährliche und schwere Körperverletzung 19,5 Prozent. An Diebstählen unter erschwerenden Umständen waren sie allerdings nur mit 5,5 Prozent beteiligt. Dabei betrug der Anteil von schweren und einfachen Diebstählen an der Gesamtzahl von rund 2,6 Mio. Straftaten 66,2 Prozent. Im Jahr 1963 lag er erst bei 56 Prozent. Im Jahr 1975 machten die Massendelikte Diebstahl, Betrug und Sachbeschädigung 79,9 Prozent der registrierten Gesamtkriminalität aus. Unter Berücksichtigung dieser Tatsachen und der folgenden Tabelle könnte man annehmen, daß die Bundesrepublikaner ein Volk von Dieben werden und ihre Gewaltverbrecher importieren. Tabelle 4 zeigt den Ausländeranteil im Bereich der Gewaltkriminalität.

Die sinkenden Ausländeranteile des Jahres 1975 hängen sicher mit dem Konjunkturabschwung zusammen, der zu einer deutlichen Verminderung der Gastarbeiterzahl in der Bundesrepublik Deutschland führte.

**Prozentanteil nichtdeutscher Tatverdächtiger an verschiedenen Deliktgruppen im Bereich der Gewaltkriminalität**

Delikt	1969	1971	1973	1975
Mord und Totschlag	17,6	23,8	22,9	23,4
Körperverletzung mit und ohne Todesfolge	8,6	12,0	16,6	16,0
Straftaten wider die persönliche Freiheit	10,3	15,9	16,0	15,3
Raub	9,8	17,2	17,6	16,9
Vergewaltigung	15,4	26,1	30,2	29,8

Tabelle 4



Allgemein kann man sagen, daß Gastarbeiter bei den Diebstahl- und Vermögensdelikten nur einen sehr geringen Anteil haben, während sie in der Gewaltkriminalität überrepräsentiert sind. Das erklärt sich aus dem hohen Überschuß von jüngeren Männern unter ihnen mit vorwiegend agrarisch geprägten Sitten, strengen Ehrbegriffen und lebhaftem Temperament. Außerdem leben sie vom Gastvolk isoliert und sind zu einem konflikträchtigen Gruppenleben gezwungen. Das bedeutet aber auch, daß die Gewalttaten überwiegend die eigene Gruppe treffen. Grundsätzlich dürfen die Ausländeranteile der Kriminalstatistik nicht mit Gastarbeitertaten gleichgesetzt werden. Mobilität von Verbrechen und Zusammenwachsen der Wirtschafts- und Lebensräume der Völker führen heute dazu, daß man Straftaten großräumig plant, anlegt und durchführt. Das wird durch die weitgehende Liberalisierung des Grenzverkehrs besonders gefördert.

Starker krimineller Zuwachs kommt aus der Schweiz und Österreich. Im Jahr 1966 wurden z. B. 3138 Österreicher als Täter ermittelt, 1970 war die Zahl bereits auf 4396 angestiegen. Hauptgrund für die Abwanderung der alpenrepublikanischen Ganoven sind die liberalen Gesetze der Bundesrepublik Deutschland. Räuber, Zuhälter, Prostituierte, Erpresser u. a. werden außerdem magisch von dem hier herrschenden Wohlstand angezogen. Dabei geht der Trend zur Bandenbildung, denn Stehler- und Hehlergruppen versprechen weniger Risiko und größeren Gewinn als die Kleinarbeit des Einzeltäters. Gleichzeitig besteht eine größere Bereitschaft zur Brutalität, die sich schon durch den zunehmenden Gebrauch von Schusswaffen dokumentiert. Allein 1972 starben in Nordrhein-Westfalen sieben Polizeibeamte durch die Waffen skrupelloser Verbrecher, und 102 Polizisten wurden angegriffen oder mit Schuss- und Stichwaffen bedroht. Immer häufiger versuchen Kriminelle, die sie behindernden oder verfolgenden Polizeibeamten mit dem Auto zu überfahren. Kein Wunder, wenn von respektablen Bundesbürgern in Anzeigen bereits Leibwächter gesucht werden und sich Firmen etablieren, die „harte“ Männer vermieten.

Kriminelle Banden beschränken sich nicht mehr nur auf lokale und inter-

lokale Bereiche, sondern sind in zunehmendem Maß raumübergreifend tätig bis hin zu internationalen Zusammenschlüssen. Das erleichtert erheblich die Verwertung der Verbrecherbeute. Hinzu kommt, daß sich bestimmte Straftaten nur noch rentieren bzw. besonders rentabel sind, wenn sie groß genug dosiert werden und eine breite Basis haben, auf der sie sich entwickeln können. Noch behaupten deutsche Polizeipräsidenten, daß es in der Bundesrepublik Deutschland keine Verbrechersyndikate wie die Mafia gäbe. Vor kurzem aber sagte der holländische Kriminalist Sietsma: „Daß Polizei und Justiz in Italien mit schärferen Maßnahmen gegen die Mafia vorgehen, bekommen wir jetzt in Westeuropa zu spüren. Italienische Berufsverbrecher verlegen ihr Tätigkeitsfeld nach Westeuropa – sie operieren auch in der Bundesrepublik Deutschland.“ Die Internationalisierung des Verbrechens wirkt sich wesentlich auf die statistische Zunahme der Ausländeranteile in der Kriminalstatistik aus.

Während die westlichen Industrienationen unter der anwachsenden Verbrechenslawine stöhnen, konnte der russische Innenminister im Jahr 1973 voller Stolz sagen: „Im Lande zählt man Zehntausende von Orten und Betrieben, wo sich seit langer Zeit keinerlei ernste Rechtsverletzungen ereignet haben.“ Er betonte, daß das Berufsverbrechertum stark zurückgegangen sei, viele Verbrechensarten überhaupt nicht mehr existierten und die Kriminalität sich im ganzen um ein Mehrfaches in den letzten Jahren verringert habe. Die genauen Zahlen der Kriminalstatistik blieben dabei aber bestgehetes Staatsgeheimnis. Im gleichen Jahr forderte der Generalstaatsanwalt der DDR eine weitere Festigung von Disziplin und Gesetzmäßigkeit, die Durchsetzung einer strengen Ordnung in allen Bereichen, höchste Wachsamkeit und zunehmend wirkungsvollere Bekämpfung von Straftaten und anderen Rechtsverletzungen, um die Kriminalität weiter zurückzudrängen. Er forderte aber auch eine harte Bestrafung und scharfe Kontrollen von Rückfälligen und Asozialen. Während man sich im Ostblock nicht scheut, drakonische Maßnahmen gegen Verbrecher zu ergreifen, liberalisieren sich westliche Demokratien zu Tode.

Ferdinand J. Günter

neu  
von  
Sanorania

Erregung, Spannung, Angst

# Tranquo- Tablinen® 10

Diazepam 10 mg

Tablinen®  
= Sparen ohne  
Therapieverzicht

2,5 mg    5 mg    10 mg



leicht teilbar; nur eine  
Darreichungsform,  
aber individuelle Dosierbarkeit!

**Indikationen:** Erregung, Spannung, Angst, Schlafstörungen, Muskelverspannung, Status epilepticus, „vegetative Dystonie“, psychosomatische und psychoneurotische Störungen.  
**Kontraindikationen:** Myasthenia gravis.  
**Mögliche Nebenwirkungen:** Appetitzunahme, Abnahme der Libido, Menstruationsstörungen, Muskelrelaxation, Schwindel.  
**Höhe Dosen, Langzeitbehandlung:** Artikulationsstörungen, Sedierung.  
Kein gleichzeitiger Alkoholgenuß!

20 Tabl.

50 Tabl.

4.40

9.80

SANORANIA Dr. G. Strohscheer  
1 Berlin 28

# Mono- und oligoartikuläre Erkrankungen

61. Ärztliche Fortbildungstagung Regensburg

Professor Dr. H. G. Faßbender,  
Meinz:

## Einführung in das Tagesthema

Die besondere strukturelle Schwäche des Synovialgewebes macht es verständlich, daß die Gelenkhöhlen bei Krankheiten verschiedener Art entzündlich mitreagieren. Für den praktisch tätigen Arzt ergeben sich deshalb erhebliche differentialdiagnostische Schwierigkeiten, die vor allem dann ausgeprägt sind, wenn die Arthritis keinem typischen Befallmuster, wie z. B. bei der chronischen Polyarthritiden oder der Polyarthrose, folgt. Die voll ausgeprägten Krankheitsbilder bieten keine besonderen differentialdiagnostischen Probleme mehr, während sich gerade hinter dem Phänomen der Mono- oder Oligoarthritiden unterschiedliche Krankheiten verbergen können. Beispielsweise kann es sich um eine akute, postinfektiöse Erkrankung mit guter Prognose oder aber den monartikulären Beginn einer Systemerkrankung, wie z. B. der chronischen Polyarthritiden oder der Spondylitis ankylosans, handeln. Für den praktischen Arzt sind aber gerade diese vieldeutigen, uncharakteristischen Arthritisformen von weit größerem differentialdiagnostischen Interesse als das voll entwickelte Krankheitsbild.

Prim. Universitätsdozent Dr. N.  
Thumb, Wien:

## Differentialdiagnose der mono- und oligoartikulären Erkrankungen

Da unser therapeutisches Handeln ganz entscheidend von der Art der zugrunde liegenden Erkrankung abhängt, ist jeder entzündliche Prozeß der Gelenkkapsel möglichst ätiologisch abzuklären. Leider gelingt das auch erfahrenen Rheumatologen nur in 60 bis 80 Prozent der länger als drei Monate bestehenden Monoarthritiden.

Differentialdiagnostisch kommen zunächst die Kristallarthropathien Gicht und Chondrokalzinose und die Infektarthritiden mit einer Vielzahl von Erregern, so z. B. die septische

Arthritis mit Staphylokokken, die Gonorrhoe und die Tuberkulose, in Frage. Eine Vielzahl von Arthritiden können zunächst mono- bzw. oligoartikulär beginnen, wie z. B. der postanginöse Rheumatismus, die chronische Polyarthritiden, die Pelvispondylitis ankylopoetica, die Psoriasisarthropathie, das Reiter-Syndrom, der systemische Lupus erythematodes, das Behçet-Syndrom, das Loefgren-Syndrom und schließlich die Arthritiden bei Darmerkrankungen.

Die wichtigsten Kriterien der Gicht sind:

- der typische Anfall am häufigsten im Großzehengrundgelenk, aber auch in zehn Prozent im Kniegelenk und seltener in Sprung-, Zehen-, Finger- und Handgelenken,
- soll die Erhöhung des Harnsäurespiegels beim Mann zumindest über 7 mg % und bei der Frau über 6 mg % sein,
- liegen noch typische Tophi vor, ist an der Diagnose nicht mehr zu zweifeln, obwohl
- der Nachweis der Harnsäurekristalle in der Synovialflüssigkeit, vor allem zu Beginn in Zweifelsfällen, sehr nützlich sein kann.

Das Reiter-Syndrom ist durch die Trias: Urethritis – Konjunktivitis – Arthritis gekennzeichnet. In dem Krankengut von Schilling waren 22 Prozent enterischer und 49 Prozent venerischer Genese, während der Rest nicht mehr abgeklärt werden konnte. Labordiagnostisch waren schon seit Jahren in den Zellen der befallenen Schleimhäute für den Morbus Reiter typische Einschlusskörperchen nachgewiesen worden, die, wie wir heute wissen, der positiven Glykogenphase von Chlamydien entsprechen. In den letzten Jahren konnten in Zellkulturen Chlamydien nachgewiesen werden und weiter in ca. 70 Prozent auch Antikörper gegen diese Mikroorganismen gefunden werden. Es scheint somit eine Chlamydieninfektion in der Mehrzahl der Fälle die entscheidende auslösende Rolle zu spielen.

Allerdings ist offensichtlich eine genetische Disposition erforderlich, die mit dem HLA-B27 Marker auf dem Chromosom 6 gegeben ist. Während in der Normalbevölkerung die Häufigkeit des Antigens nur etwa neun Prozent ist, beträgt sie für den Morbus Bechterew knapp 90 Prozent und das Reiter-Syndrom 77 Prozent. Die Bestimmung des HLA-B 27 erfolgt an Lymphozyten aus dem Vollblut und entsprechend empfiehlt es sich, den Patienten direkt an die entsprechende, die Typisierung durchführende Stelle zu schicken bzw. dafür zu sorgen, daß das Vollblut innerhalb weniger Stunden bei der typisierenden Stelle ankommt.

Die Spondylitis ankylopoetica (Morbus Bechterew) tritt bei Männern neunmal häufiger auf als bei Frauen. Frühzeichen sind neben allgemeiner Müdigkeit vor allem Ischialgien und nächtliche Kreuzschmerzen, die in 60 bis 70 Prozent auftreten, weiter Mono- bis Polyarthritiden, die in 20 bis 30 Prozent gefunden werden, und daneben finden wir dann noch Nacken-, Kreuz- und Fersenschmerzen, die ebenfalls relativ typisch sind. Wenn also folgende Konstellation vorliegt: junger, männlicher Patient, rezidivierende leichtere Monarthritiden sowie nächtlicher Kreuzschmerz ist unbedingt an einen Morbus Bechterew zu denken. Die Erhärtung der Diagnose erfolgt durch die typischen röntgenologischen Veränderungen der Sakro-Iliakalgelenke. Fehlen zu Beginn diese Veränderungen, so kann hier unter Umständen die Bestimmung des HLA-B 27-Antigens weiterhelfen.

Die Erstmanifestation der chronischen Polyarthritiden ist relativ häufig monartikulär, hier kann dann eventuell die Histologie und die positive Rheumaserologie weiterhelfen, bevor die typischen Veränderungen der kleinen Gelenke die Diagnose erhärten.

Sowohl die Colitis ulcerosa als auch der Morbus Crohn können mit Monarthritiden einhergehen, wenn auch beim Morbus Crohn polyarthritische Bilder beobachtet werden.

Um eine Psoriasisarthropathie richtig einzuordnen, sollte man bei Mono- oder Oligoarthritiden nach entsprechenden Hautveränderungen suchen. Die wichtigsten diagnostischen Kriterien einer Psoriasisarthropathie sind der Befall der Fin-

# Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung

**Sequilar**  
**Microgynon**  
**Ediwal**

... immer gleich  
die richtige Pille

Bei jüngeren  
Frauen

gestagen-  
reduziertes  
Präparat

Sequilar

Bei reiferen  
Frauen

östrogen-  
reduziertes  
Präparat

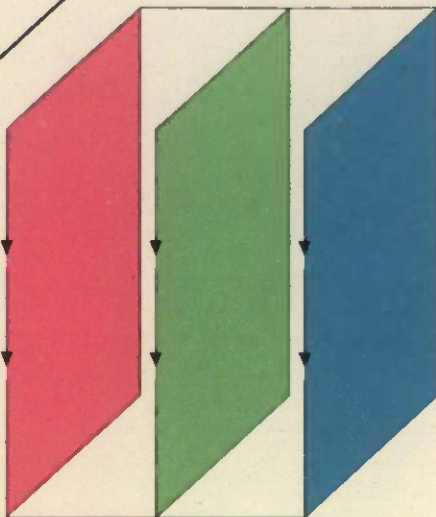
Microgynon

Bei Frauen  
mit Zyklus-  
problemen

zyklus-  
stabilisierendes  
Präparat

Ediwal

# Schering-Kontrazeptiva-System für die praxisgerechte Verordnung



## Sequilar

### ist gestagenreduziert

darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Gestagene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z. B.

### Gewichtsprobleme

## Microgynon

### ist östrogenreduziert

darum auch für Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Beschwerden kommen, die durch Östrogene hervorgerufen bzw. verstärkt werden können – z. B.

### Brustspannen

## Ediwal

### ist zyklusstabilisierend dosiert

darum für die Frauen – unabhängig vom Alter –, die mit Zyklusproblemen kommen, auch für Frauen post partum und post abortum.

**Zusammensetzung:** 1 Packung Microgynon® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,15 mg Levonorgestrel und 0,03 mg Ethinylestradiol. Microgynon 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees. 1 Packung Ediwal® 21 enthält 21 Dragees zu je 0,125 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol. 1 Packung Sequilar® 21 enthält 11 weiße Dragees zu je 0,05 mg Levonorgestrel und 0,05 mg Ethinylestradiol. Sequilar 28 enthält in der Kalenderpackung zusätzlich 7 wirkstofffreie Dragees.

**Anwendungsgebiete:** Konzeptionsverhütung. **Gegenanzeigen:** Wie bei allen hormonalen Kontrazeptiva vom Typ der Gestagen-Östrogen-Kombinationen: schwere Leberfunktionsstörungen; idiopathischer Schwangerschaftsikerus oder schwerer Schwangerschaftspruritus in der Anamnese, Dublin-Johnson- und Rotor-Syndrom, vorausgegangene oder bestehende thromboembolische Prozesse, Sichelzellenanämie, Mamma- oder Korpuskarzinom (auch nach Behandlung), Fettstoffwechselstörungen; Herpes gestationis in der Anamnese, Otosklerose mit Verschlechterung in vorangegangenen Schwangerschaften. **Nebenwirkungen:** Vereinzelt Spannungsgefühl in den Brüsten, Magenbeschwerden, Übelkeit, Kopfschmerzen, Beeinflussung des Körpergewichts und der Libido, depressive Verstimmungen, Chloasma, Zwischenblutungen. Gründe für das sofortige Absetzen: erstmaliges Auftreten migräneartiger oder häufigeres Auftreten ungewohnt starker Kopfschmerzen, akute Sehstörungen jeder Art, erste Anzeichen von Thrombophlebitiden oder thromboembolischen Erscheinungen sowie geplante Operationen (6 Wochen vorher) und längere Immobilisation (z. B. nach Unfällen), Auftreten von Ikterus, stärkerer Blutdruckanstieg, Schwangerschaft. **Peckungen und Preise** lt. AT: Microgynon 21 · 1 x 21 Dragees DM 8,25 · 3 x 21 Dragees DM 22,61 · 6 x 21 Dragees DM 39,38 · Microgynon 28 · 1 x 28 Dragees DM 8,58 · 3 x 28 Dragees DM 23,54 · 6 x 28 Dragees DM 40,41 · Ediwal 21 · 1 x 21 Dragees DM 9,27 · 3 x 21 Dragees DM 25,24 · 6 x 21 Dragees DM 42,57 · Sequilar 21 · 1 x 21 Dragees DM 8,49 · 3 x 21 Dragees DM 23,25 · 6 x 21 Dragees DM 40,04 · Sequilar 28 · 1 x 28 Dragees DM 8,81 · 3 x 28 Dragees DM 24,19 · 6 x 28 Dragees DM 41,17

**Dosierung:** Microgynon 21/Sequilar 21. Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 1.-21. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt. Microgynon 28/Sequilar 28: Ab 1. Zyklustag täglich 1 Dragee; keine Einnahmepause. Ediwal 21: Im ersten Zyklus täglich 1 Dragee vom 5.-25. Zyklustag (1. Tag der Menstruation = 1. Zyklustag). Nach einer Pause von 7 Tagen, in der es zur Entzugsblutung kommt, wird die Einnahme aus der nächsten Packung fortgesetzt.

**Wechselwirkungen:** Wirkungsminde- rung durch Leberenzyminduktion siehe Prospekt. **Besondere Hinweise:** Ausführlichere Informationen zum Präparat enthalten die wissenschaftlichen Prospekte (z. Z. sind folgende Auflagen gültig: Microgynon 3. Auflage vom Oktober 1976. Ediwal 21 2. Auflage vom Juli 1976. Sequilar 4. Auflage vom September 1978), u. a. zu folgenden Themen: Notwendigkeit gynäkologischer Kontrolluntersuchungen, Einfluß auf die Scheidenflora, Beeinflussung der Leberfunktion, Thrombosierisiko unter der Anwendung, Möglichkeit einer geringen androgenen Restwirkung, zur Problematik möglicher teratogener Wirkungen, Wirkung auf Nebennierenrinden- und Schilddrüsenfunktion, Einfluß auf klinisch-chemische Normalwerte, Stoffwechselfunktion und Blutdruck, Krankheiten, die sich wie in der Schwangerschaft verschlimmern können (Otosklerose, multiple Sklerose, Epilepsie, Porphyrie, Tetanie).

Dezember 78 ☉

SCHERING AG BERLIN/BERGKAMEN

gerendgelenke und ein isolierter Befall eines Strahles, darüber hinaus früher Befall der Zehengrundgelenke, Fersenschmerzen, natürlich eine dermatologisch gesicherte Psoriasis oder auch eine solche in der Blutverwandtschaft.

Beim *Loefgren-Syndrom* handelt es sich um einen akuten Morbus Boeck, der durch die Trias: Erythema nodosum, Arthritis und Lymphknotenschwellung, sowie Fieber und Abgeschlagenheit charakterisiert ist.

Die Arthritis ist häufig in den Sprunggelenken lokalisiert. Das zugehörige Thoraxröntgenbild, das bei Vorliegen einer beidseitigen Sprunggelenkarthritis und einem Erythema nodosum anzufertigen ist, zeigt dann die entsprechenden Hilusveränderungen. Gesichert ist die Diagnose durch den Nachweis epitheloidzelliger Granulome in der Leberbiopsie oder eventuell durch eine Mediastinoskopie.

*Professor Dr. F. Schilling, Bad Kreuznach:*

#### Möglichkeiten der Synoviauntersuchung in der Praxis

Gegenüber der Vielzahl von Erkrankungen, die ein Gelenk betreffen können, haben wir es mit einer relativen Symptomarmut im Gelenk zu tun. Trotzdem kann man aus der Untersuchung des Gelenkergusses einiges ablesen. Wird ein Gelenk von einer Noxe betroffen, so kommt es häufig zuerst zu einer Exsudation und damit zum Erguß, der punktiert werden sollte, um einmal eine mechanische Entlastung durchzuführen und zum anderen für differentialdiagnostische Untersuchungen. Über die liegende Nadel kann man außerdem dann noch eine therapeutische Injektion durchführen. Schon aus forensischen Gründen sollte die Punktion unter aseptischen Kauteilen erfolgen.

Bei der Untersuchung des Punktates prüfen wir die Viskosität, die Zellzahl und nach dem Zentrifugieren können wir aus dem Überstand einige chemische Parameter gewinnen. Schon im kleinen Labor kann man also neben dem hämorrhagischen Erguß bereits den mehr oder weniger entzündlichen vom infektiösen Erguß unterscheiden. Schon an der Farbe können wir abschätzen, ob es sich um einen entzündlichen oder nicht-entzündlichen Erguß han-

delt. Der nicht-entzündliche ist gelblich durchsichtig, der entzündliche trüb. Die Viskosität hängt vom Polymerisationsgrad der Polymukosaccharide ab. Je schleimiger, desto normaler ist das Punktat, je wässriger, desto entzündlicher ist es. Möglichst bald, um einen Zellschwund zu vermeiden, zählt man die Zellen wie beim Blut, aber man zieht nicht mit Essigsäure, sondern mit physiologischer Kochsalzlösung auf. Eine dabei gefundene dreistellige Zellzahl ist nicht entzündlich, eine fünfstellige Zellzahl ist hochentzündlich. Bei der Untersuchung eines Nativtropfens achtet man auf Rheumazellen und Kristalle. Die Rheumazellen, die wie Kronleuchter oder Trauben aussehen und deshalb auch Rhagozyten heißen, sind charakteristisch für die chronische Polyarthritis, aber durchaus nicht beweisend. Lediglich wenn 90 Prozent aller Leukozyten so aussehen, kann man auf eine chronische Polyarthritis schließen. Bei den kristallinen Arthritiden, also der Gicht und Pseudogicht, sind im Punktat die Kristalle zu beachten. Die eleganteste Diagnose der Gicht ist die Beachtung der intraleukozytären Kristallphagozytosen. Die Uratkristalle sind spitz und können die Zellgrenzen überragen im Gegensatz zu den Kalziumpyrophosphatkristallen der Chondrokalzinose, also der Pseudogicht.

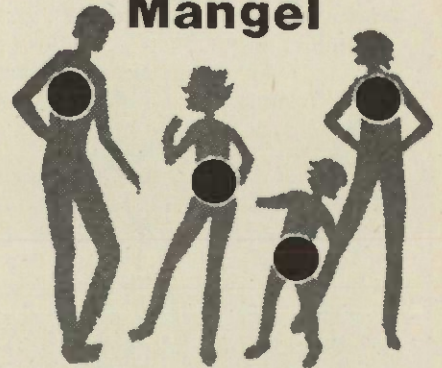
Findet man mehr als 40 000 bis 60 000 Zellen im Punktat, ist man verpflichtet, eine Kultur anzulegen. Mehr als drei bis vier Prozent Eiweiß im Punktat, z. B. mit der Biuret-Methode gemessen, zeigt ein entzündliches Punktat. Weitere, vor allem laborchemische Untersuchungen im Punktat, wird der Praktiker in der Regel von einem entsprechenden Labor mit gezielten Fragen untersuchen lassen.

*Professor Dr. med. K. Schmidt, Bad Nauheim:*

#### Möglichkeiten einer physikalischen Therapie

Das erste grundsätzliche Problem, vor dem der physikalisch-therapeutisch tätige Arzt bei einer mono- oder oligoartikulären Erkrankung steht, ist das, ob es sich bei dem Gelenkleiden um eine entzündliche oder eine nicht-entzündliche Affektion handelt. Für die allgemeine Praxis reduziert sich diese Alternative auf die gröbere Unterscheidung zwi-

## Viele Symptome -eine Ursache: Magnesium- Mangel



# MAGNESIUM VERLA®

verhindert Mangel-Zustände bei Diätkuren, chronischem Alkoholabusus, bei Einnahme von Kontrazeptiva  
**zur Therapie bei** nächtlichen Wadenkrämpfen, latenter Tetanie, stenokardischen Beschwerden  
**zur Prophylaxe bei** Calciumoxalatstein-Diathese  
**als Zusatztherapie bei** Pankreatitis, Leberzirrhose, Arteriosklerose

**Zusammensetzung: Dragées:** 1 Dragée enthält: mono-Magnesium-L-diglutamat 100 mg, Magnesiumcitrat tert. · 3 H<sub>2</sub>O 230 mg, Magnesiumnikotinat 5 mg.  
Magnesium-Gehalt: 3,3 mval (40 mg).

**Konzentrat:** 1 Beutel (5 g) enthält: mono-Magnesium-L-diaspartat 1803 mg, Aneurinnitrat (Vit. B<sub>1</sub>) 2 mg, Riboflavin (Vit. B<sub>2</sub>) 3 mg, Pyridoxin-HCl (Vit. B<sub>6</sub>) 3 mg, verdäuliche Kohlehydrate 2800 mg.  
Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg).

**Ampullen:** 1 Ampulle (10 ml) enthält: mono-Magnesium-L-diglutamat 1 g, Magnesium-Gehalt: 6,3 mval (77 mg).

**Indikationen:** Magnesiummangel bei Ernährungsstörungen, Diät, chron. Alkoholabusus, während der Schwangerschaft und Stillzeit, bei Einnahme von Kontrazeptiva. Eklampsie, Präeklampsie, Spasmophilie, latente und normocalcämische Tetanie, Myalgie, nach II. Wadenkrämpfe. Spasmen zerebraler und peripherer Gefäße, Migräne. Adjuvans bei Cephalalgie, stenokardischen Beschwerden, essent. Hypertonie. Zur Prophylaxe bei Calciumoxalatstein-Diathese, Thrombosegefährdung, Myokardnekrosen, bei Pankreatitis, Leberzirrhose, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose.

**Kontraindikationen:** Niereninsuffizienz, Anurie, Exsikkose.

**Mg-Ampullen:** Myasthenia gravis, AV-Block. Niereninsuffizienz, Anurie, Exsikkose. Die Injektion von Magnesium Verla bei gleichzeitiger Herzglykosidtherapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

**Nebenwirkungen:** Bei zu rascher intravenöser Injektion kann es im Einzelfall zu Bradykardie, Überleitungsstörungen, peripheren Gefäßerweiterungen, Verschwinden des Patellarreflexes und - im Extremfall - zur Atemlähmung kommen. Diese Erscheinungen lassen sich durch intravenöse Calciuminjektion sofort beheben.

**Handelsformen und Preise:** 50 Dragées DM 6,50, 150 Dragées DM 16,15, Konzentrat 20 Beutel DM 9,30, 50 Beutel DM 20,95, 3 Ampullen DM 4,60, 10 Ampullen DM 14,10.

schen einer Arthritis und einer Arthrose. Im Falle einer Arthritis erhebt sich dann sofort die fundamentale Frage nach dem Aktivitätsgrad der Entzündung und im Falle der Arthrose nach einer eventuell vorliegenden sekundären entzündlichen Reizung (der „aktivierten Arthrose“ nach Otte) und nach Dekompensationsercheinungen, also nach begleitenden Tendomyosen, Kontrakturen und Fehlstellungen.

Bei der *physikalischen Therapie der Arthrose* können Wärmeanwendungen über die dadurch bewirkte verbesserte Durchblutung der Synovialis eine „quasipathogenetische“ Therapie sein, da sie die Stoffwechselsituation des Knorpels auf dem Umwege über eine Anregung der Synovialsekretion zu bessern vermögen. Bewegungstherapie als zweite Säule einer physikalischen Basistherapie der Arthrose bewirkt nach dem Prinzip der Bewegung und der Entlastung eine bessere Beseitigung der Knorpeloberfläche, beseitigt begleitende Kontrakturen und kräftigt atrophische Muskulatur. Optimale Bewegungstherapie ist in Form der Unterwassergymnastik möglich. Eine sekundäre entzündliche Reizung, d. h., die durch Irritationsfaktoren provozierte Aktivierung der Arthrose (Otte), verlangt eine Therapie nach den Prinzipien der Arthritisbehandlung mit kurzzeitiger Ruhigstellung und kühlenden Anwendungen. Ohne eine medikamentöse Therapie ist in diesen Phasen meist nicht auszukommen.

Die physikalische Therapie bei Monoarthritis und Oligoarthritis ist — verglichen mit den Arthrosen — unabhängig von der Ätiologie ungleich schwieriger wegen des oft unberechenbaren Verlaufes, der wechselnden Entzündungsaktivität, der Reizbarkeit und der Tatsache, daß die Arthritiden meist Ausdruck einer entzündlich-rheumatischen Allgemeinerkrankung sind. Als fundamentales Grundprinzip gilt, um so vorsichtiger und milder dosieren, je akuter und intensiver der entzündliche Reizzustand ist. Das Abweichen von diesem Prinzip rächt sich häufig in schweren, oft kaum beherrschbaren Exazerbationen. Andererseits bietet die physikalische Therapie auch in der Praxis viele fein abgestufte Möglichkeiten, die Gelenkentzündung zu dämpfen. Von der Regel, daß akute Entzündungen mit Kaltanwendungen, chronische hingegen mit mehr oder weniger intensiver Wärme be-

handelt werden, gibt es immer wieder mal eine nicht vorhersehbare Ausnahme. Es besteht aber kein Zweifel daran, daß akute Entzündungen durch intensive Wärme häufig verschlimmert werden und Kälte sich als das potenteste physikalische Antiphlogistikum bei akuten Arthritiden erwiesen hat. Keine Alternative für die Kältetherapie gibt es bei der akuten Schulterperiarthropathie und beim Gichtanfall.

Die entzündungshemmenden Maßnahmen der physikalischen Therapie sind bei entzündlichen Gelenkaffektionen natürlich keineswegs ausreichend. Unverzichtbar ist in jedem Fall die Bewegungstherapie, die vor allen Maßnahmen Priorität genießt. Selbst in akuten Schüben, in denen Schonung und Ruhigstellung in sachgemäßer kontrakturverhütender Lagerung angezeigt ist, darf die tägliche passive Durchbewegung aller Gelenke nicht fehlen; parallel zum Rückgang der hohen Entzündungsaktivität muß dann das endgültige krankengymnastische Programm aufgebaut werden. Es ist immer wieder verblüffend zu beobachten, wie rasch eine Monoarthritis eines Kniegelenkes, z. B. beim Reiter-Syndrom, zu einer Atrophie der Oberschenkelmuskulatur führt. Isometrisches Muskeltraining ist darum immer ein Bestandteil der krankengymnastischen Übungsbehandlung.

Bei der Indikationsstellung zur physikalischen Therapie muß auch das Lebensalter, der Allgemeinzustand und die Belastungsreserve seitens des Herzens und Kreislaufes berücksichtigt werden. Physikalische Therapie als mehr oder weniger belastende und eingreifende Reiz- und Reaktionstherapie erfordert einen Organismus, der noch physiologisch reagieren kann und nicht zu paradoxen Reaktionen neigt. Für Herz und Kreislauf am meisten belastend sind große hochdosierte Wärmeanwendungen, wie Moorbäder, Überwärmungsbäder und große heiße Packungen und Vollbäder.

*Dr. med. K. Chlud, Wien:*

#### **Möglichkeiten einer medikamentösen Therapie**

In der Praxis zeigt sich ein monoartikulärer Prozeß häufig unter dem Bild eines sogenannten Hydrops an einem großen Gelenk. So lange ungeklärt ist, ob es sich um einen Vorläufer eines polyartikulären Gesche-

hens handelt, kommt ein allgemein gültiges unspezifisches Therapie-schemata zum Einsatz. Als erste medikamentöse Maßnahme sind Antirheumatika in systemischer, meist oraler Anwendung oder als Suppositorien zum Einsatz zu bringen. Zur Zeit stehen mehr als 30 antirheumatisch wirkende Antiphlogistika, die sich von ca. 14 chemischen Grundstrukturen ableiten, zur Verfügung. In der Praxis sollte die Wahl des Antirheumatikums vornehmlich vom Nebenwirkungsspektrum und besonders von der individuellen Verträglichkeit abhängig gemacht werden. Dabei steht Indomethacin (Amuno®) nach wie vor bezüglich seiner klinischen Wirksamkeit an erster Stelle. Auch die zahlenmäßig umfangreiche Gruppe der Propionsäure-Derivate, wie Brufen®, Proxen®, Ketoprofen®, Fenbufen® u. a., ist durch eine besonders gute Verträglichkeit gekennzeichnet. Sollte mit antirheumatischen Wirkstoffen in genügend hoher Dosierung während einer Behandlungsperiode von vier bis sechs Wochen keine Besserung der Gelenksymptomatik zu erreichen sein, so erweist sich als weitere medikamentöse Maßnahme die zusätzliche Gabe von synthetischem ACTH als nützlich, sofern keine Kontraindikationen, wie Hochdruck, Ödemneigung und floride Ulzera im Magen-Darm-Bereich, vorhanden sind. Man behandelt dann mit zwei- bis dreimal wöchentlich einer Ampulle i. m. über zwei bis drei Wochen. Bleibt der Prozeß unbeeinflusst und sind noch mindestens vier bis sechs Wochen vergangen, so müssen neben einer Ausweitung der Diagnostik lokale Maßnahmen versucht werden. Die wichtigste Maßnahme ist die intraartikuläre Injektion von Corticosteroiden. Eine Kristallsuspension ist wässriger Lösung vorzuziehen, da diese zu schnell resorbiert wird und keinen Depoteffekt hat. Corticoide verabreicht man lokal in Intervallen von sieben bis zehn Tagen, insgesamt höchstens drei- bis viermal. Dem Vorteil einer starken Exsudationshemmung stehen Nebenwirkungen in Form einer vollen Hemmwirkung auf die Nebennierenrinde, Osteolyseprozesse und aseptische Knocheninfarkte gegenüber.

Eine weitere lokale Behandlungsmöglichkeit haben wir durch die lokale Verabreichung von Cyclophosphamid (Endoxan®) in einer Dosis von ca. 200 mg gelöst in 20 ml Aqua-

dest in Abständen von zwei bis drei Tagen, insgesamt drei- bis sechsmal intraatrikular. Dabei sind die systemischen Nebenwirkungen von Cyclophosphamid, wie Leukozytopenie und Haarausfall, nicht zu befürchten.

Erweist sich der monoartikuläre Prozeß gegenüber den bisherigen unspezifischen Maßnahmen als resistent, so kann in einer weiteren Therapiestufe auf die *Synoviorthese* zurückgegriffen werden. Hier handelt es sich um eine funktionelle Ausschaltung der Synovialmembran durch lokal eingebrachte chemische oder radioaktive Substanzen (Radionuklidide), die eine Fibrosierung der inneren Schichten der Gelenkkapsel zur Folge hat. Dieses so behandelte Gelenk bleibt dann im günstigsten Fall bis zu mehreren Jahren frei von akut entzündlichen Veränderungen. Diese Methode führt auf unblutigem Wege zu ähnlichen Resultaten wie die operative Synovektomie, wo durch subtotale Entfernung der krankhaften Synovialmembran die Neubildung eines anfänglich pathologisch unveränderten Kapselgewebes angeregt wird. In der Praxis haben sich die Radionuklidide Yttrium 90 für große, Henium 186 für mittlere und Erbium 169 für kleine Gelenke, Osmium-Tetroxyd am Kniegelenk und auch Varikocid vielfach bewährt. Eine gesicherte Beurteilung des Zeitpunktes ihrer optimalen Verabreichung und deren Wiederholung, sowie die Differentialindikation und das Ausmaß ihrer Schädigungspotenzen von Knorpel, Bändern und extraartikulären Strukturen steht allerdings noch aus.

Die *chirurgische Synovektomie* mit dem Nachteil der längeren Hospitalisierung, der Notwendigkeit zur postoperativen Rehabilitation und der Problematik bei Alterspatienten, sollte ohne Einhaltung des angegebenen Stufenschemas dann so früh wie möglich vorgenommen werden, wenn funktionsmechanische Störungen (lädierter Bandapparat, Meniskusläsion, freie Gelenkskörper)

und eine ausgedehnte Pannusbildung vorliegt. Diese Überlegung gilt besonders für das Handgelenk und seine benachbarten Sehnnenscheiden, da hier die gestörte Funktionsmechanik sinnvoll nur durch Operation behoben werden kann. Anzustreben ist die sogenannte Frühsynovektomie, wo der entzündliche Prozeß auf die Gelenkkapsel beschränkt ist. In der Praxis wird jedoch in mehr als zwei Drittel solcher „Frühsynovektomien“ ein Übergreifen auf subchondrale Knochen und periartikuläre Strukturen festgestellt, so daß bereits die wesentlich ungünstigeren Aussichten einer Spätsynovektomie vorliegen.

*Professor Dr. med. W. Mohing, Augsburg:*

#### **Möglichkeiten einer operativen Therapie**

Der Vorschlag, bei einer chronischen Gelenkentzündung operativ einzugreifen, ruft bei Arzt und Patient eine weite Skala divergierender Gefühle hervor. Sie reicht von entschiedener Ablehnung bis zur Euphorie. Die Ablehnung wird mit einer Reihe unterschiedlicher Erwägungen begründet, von denen man einige als antiquiert bezeichnen muß. Hierzu gehört die Furcht vor postoperativer Versteifung. Andere sind ernster zu nehmen, so etwa das Problem der Rezidive bei chronischer Polyarthrit. Zum anderen gibt es noch zu wenig auf langjährigen Beobachtungen beruhende Publikationen. Aus dem großen Komplex der mono- und oligoartikulären Arthritiden werden hier einige herausgegriffen, weil sie große praktische Bedeutung und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den Bewegungsapparat gewissermaßen Modellcharakter haben.

Die *chronische Polyarthrit* beginnt immer an der Gelenkinnenhaut oder dem die Sehnen umhüllenden Begleitgewebe. Die die Krankheit prägenden, am Erfolgsorgan ensetzenden Vorgänge sind die massive Pro-

liferation, die Aggression dieses knorpel-, bänder- und sehnenangreifenden Gewebes und die Produktion eines zusammengesetzten, lysosomale Enzyme enthaltenden Ergusses. Alle Entzündungen, das gilt auch für die chronische Polyarthrit, werden zunächst konservativ behandelt. Der Operateur tritt erst in Aktion, wenn diese konventionelle Behandlung, darunter versteht man bei chronischer Polyarthrit die konsequent, d. h. etwa sechs Monate lang durchgeführte Basistherapie, ohne Erfolg geblieben ist. Da letztlich aber das Ziel jeder Operation bei chronischen Entzündungen die Verhütung der schon kurz skizzierten Folgezustände ist, müssen alle Operationen früh genug ansetzen. Die Frühoperation bei allen chronischen Entzündungen ist die Entfernung der entzündeten Gelenkinnenhaut, die Synovialektomie. Die Frühsynovektomie kann bei Engpaßsyndrom mit unerträglichem Schmerzen, bei schnell einsetzendem Funktionsverlust und bei drohender Bandinstabilität besonders dringlich sein. Spätsynovektomien sind nicht unbedingt erfolglos, man darf aber die Möglichkeit nicht unterschätzen, daß die bereits vorhandene postarthritische Arthrose nach Ausschaltung des entzündlichen Prozesses weiter fortschreitet und ein zunächst gutes Ergebnis sich allmählich wieder verschlechtert.

*Aktivierte Arthrosen* — auch Reizarthrosen genannt — sind an Finger- und Kniegelenken besonders häufig, sie gehen in klinischer Hinsicht mit deutlichen Entzündungszeichen einher, obwohl die humoralen Zeichen der Entzündung fehlen. Die Punktion eines derartigen Gelenkes ergibt, im Gegensatz zum chronischen Polyarthrit-Gelenk, ein klares bernsteinfarbenes Punktat. Die Entzündung der aktivierten Arthrose geht von der Gelenkfläche aus. Die Synovialmembran ist sekundär verändert und histologisch oft kaum von der chronischen Polyarthrit zu unterscheiden, die Proliferation ist meist



## **RECORSAN-LIQUID.**

**Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie  
Crataegus-Adonistherapie des Altersherzens**

**Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe  
Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.**

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis,  
Visc. alb. 2,7 g. Apium grav. Auricul. 2,7 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. · 30 ml DM 6,08

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

allerdings nicht so massiv ausgeprägt wie bei der chronischen Polyarthrit. Sekundäre Begleitsynovialitis ist wahrscheinlich durch Knorpelerosion und Abrieb von Knorpelpartikel, welche entzündungsauslösende Fermente freisetzen, bedingt. Da die in diesen Fällen meist sehr stark ausgeprägte Arthrose nicht oder kaum beeinflusst werden kann, wird von der Synovektomie im allgemeinen kein wesentlicher Erfolg erwartet. Sie führt aber, verbunden mit der Abtragung arthrotischer Randzacken und Entfernung rupturierter Menisci, oft doch zu einer über Jahre anhaltenden Besserung.

*Polyarthrosen* gehen oft mit Deformierung und Schwellung der betroffenen Finger einher, verursachen aber nicht immer Beschwerden. Viele Frauen finden sich daher mit der kosmetischen Entstellung ab. Andere leiden allerdings unter erheblichen, nicht zu beeinflussenden Beschwerden. In diesen Fällen kann zur Entfernung der Randzacken und zur partiellen Synovektomie geraten werden. Bisherige Erfahrungen sind gut, der größte Teil der Operierten ist schmerzfrei, ein kosmetischer Effekt darf allerdings nicht erwartet werden.

Bei der *Gicht* ist der akute Anfall im allgemeinen durch entlastende Punktion des Gelenkes, die zugleich in Zweifelfällen durch Untersuchung des Punktes die Diagnose sichern kann, und entsprechende medikamentöse Behandlung zu beheben. Synovektomien können allerdings bei gehäuft nicht unter Kontrolle zu haltenden Synovialitiden notwendig sein. Nicht allzu selten sind indessen störende Gichttophi und erkrankte Bursen zu entfernen, am häufigsten ist es die Bursa olecrani.

Die *Chondrocalcinosis* ist ätiologisch mit der Gicht nicht verwandt, im akuten Fall jedoch der Gicht ähnlich, d. h., es handelt sich um eine sogenannte Pseudogicht, ihr pathologisch-anatomisches Substrat ist die Chondrokalzinose, d. h. die Ablagerung von Kalziumpyrophosphaten in den Gelenkweichteilen. Wegen der chronisch anfallsweise auftretenden Gelenkattacken kann gelegentlich eine Synovektomie notwendig sein.

#### Referent:

Dr. med. E. Weber, Bahnhofstraße 21, 8581 Creußen

## Perinatalstudie

**Münchener Perinatalstudie 1975 bis 1977 als permanente Einrichtung einer freiwilligen ärztlichen Qualitätssicherung auf ganz Bayern ausgedehnt!**

Die Münchener Perinatalstudie von 1975 bis 1977 war die Basis für den Beschluß des Bayerischen Ärztetages 1978 in St. Englmar, diese Erhebung und ihre wissenschaftliche Auswertung zur Frage der „Mütter- und Säuglingssterblichkeit in Bayern“ unter freiwilliger Beteiligung aller Geburtshelfer nunmehr ab Januar 1979 auf ganz Bayern auszuweiten. Schon jetzt haben sich 70 Prozent aller bayerischen Geburtshelfer zur Mitarbeit bereit erklärt, stellte Professor Dr. Sewering am 28. Mai im Ärztehaus Bayern bei einem Pressegespräch fest, an dem auch Dr. Conrad, Dr. Koschade, Dr. Scheppe, Privatdozent Dr. Selbmann und Professor Dr. Überla teilnahmen.

Die freiwillige ärztliche Selbstkontrolle perinatal-medizinischer Leistungen — hierunter versteht man Schwangerschaftsvorsorge, die Überwachung des Geburtsverlaufs und die Kontrolle jedes einzelnen Neugeborenen bis zum siebten Tag — baut auf der Eigenverantwortlichkeit der Ärzte auf. Grundlage ist ein praktikabler Dokumentationsbogen, mit dem jede zur Geburt führende Schwangerschaft erfaßt und anhand der gesammelten Daten der Leistungsstandard dokumentiert wird. Voraussetzung für diese freiwillige Beteiligung war selbstverständlich, daß die umfangreichen Daten einem strikten Datenschutz unterliegen.

Diese Gemeinschaftsarbeit der Frauenärzte und Kinderärzte Bayerns, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit Unterstützung durch das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Vereinigung, ist nach Zielsetzung, Art und Umfang für die Bundesrepublik Deutschland eine einmalige Leistung!

Bei den Krankenhäusern, den Trägerorganisationen und überwiegend auch bei den Krankenhausträgern fand diese Initiative großes Verständnis.

55 608 einzeln erfaßte Geburten in insgesamt 24 Kliniken beweisen, daß die Ärzteschaft Bayerns mit dieser Pionierarbeit auf dem richtigen Wege ist. 1977 wurden 96,4 Prozent aller Kinder der Region München erfaßt! Für den Beobachtungszeitraum von drei Jahren wird belegt, daß die Säuglingssterblichkeit von knapp über 1,7 Prozent im Jahre 1975 auf knapp unter 1,5 Prozent im Jahre 1977 gesenkt wurde.

Im Beobachtungszeitraum kamen die Schwangeren früher und häufiger zur Vorsorgeuntersuchung. 98 Prozent der Frauen gingen insgesamt zur Mutterschaftsuntersuchung, der Prozentsatz derer, die zehn und mehrmals zur Untersuchung kamen, betrug im Jahre 1977 knapp 50 Prozent. Die perinatologische Arbeitsgemeinschaft stellt dazu fest: das Idealziel im Interesse einer risikolosen Schwangerschaft und der Geburt gesunder Kinder wäre eine Beteiligung von mindestens 90 Prozent aller Schwangeren, damit alle gesetzlich gegebenen Möglichkeiten der Schwangerenvorsorge sowohl frühzeitig als auch vollständig den werdenden Müttern zugute kämen. Die Häufigkeit der Schwangerenuntersuchungen steht in direkter Relation zur kindlichen Sterblichkeit: Frauen, die nicht an der Schwangerenvorsorge teilnahmen, weisen eine um das zweieinhalbfache höhere Gefährdung des Kindes auf.

Erschütternd ist die Tatsache, daß alleinstehende, erst- und mehrgebärende Frauen aus niederen Sozialstufen, insbesondere Ausländerinnen



# Tannacomp®

beherrscht  
die Diarrhoe

rasch und zuverlässig  
bei guter Verträglichkeit

- antibakteriell
- adstringierend
- spasmolytisch

**Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 500 mg Tanninalbuminat und 50 mg Äthacridinlactat. **Indikationen:** Unspezifische Durchfallerkrankungen, wie z. B. Sommer- und Reisediarrhoen, Gastroenteritis, Enterokolitis, Diarrhoen bei Anus praeternaturalis. Zur Prophylaxe bei Infektionsgefahr auf Reisen oder Milieu- und Kostumstellung. Bei bakterieller oder Amöbenruhr, Cholera und Salmonelleninfektionen ist eine spezifische Therapie erforderlich. **Kontraindikationen:** In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Tannacomp - entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch - kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:** Der Daminhalt kann nach Einnahme des Präparates ein gelbliches Aussehen annehmen.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Die Dosis richtet sich nach dem Schweregrad der Diarrhoe. Erwachsene nehmen 1-2 Filmtabletten 4 mal täglich bis zum Sistieren der Durchfälle. Zur Prophylaxe ist 1 Filmtablette 2 mal täglich einzunehmen. Kinder ab 6 Jahren erhalten 1 Filmtablette 3-4 mal täglich. Die Wirkung von Tannacomp wird durch Diät unterstützt. Es empfiehlt sich eine kurzfristige Nahrungspause mit anschließendem langsamem Wiederaufbau der Kost. Wesentlich ist eine reichliche Flüssigkeitszufuhr, besonders in Form von Tee. Schlackenreiche und stark gewürzte Kost sollte vermieden werden. **Handelsformen:** OP mit 20 Filmtabletten DM 7,60; OP mit 50 Filmtabletten DM 17,-.



knoll

KNOLL AG, 6700 Ludwigshafen

nen, die schlechteste Beteiligung an der Schwangerschaftsüberwachung aufweisen. Demgegenüber ist die Beteiligung der verheirateten Frauen aus gehobenen Sozialstufen genau doppelt so hoch.

Aus der Untersuchung geht ein zunehmender Trend der Schwangeren hervor, immer häufiger zum niedergelassenen Frauenarzt oder zum Belegarzt zu gehen und weniger zuerst an die Klinikambulanz.

Erfreulich ist nach der Studie die zu beobachtende Zunahme der Engmaschigkeit der Überwachung, z. B. Ultraschalluntersuchungen zur Feststellung der Größe des Kindes (1977 insgesamt 77 Prozent), die Kontrolle der Herztöne des Kindes durch die sogenannte CTG-Überwachung (1977 fast 43 Prozent). Dadurch kam auch eine höhere Zahl von Risikoschwangerschaften frühzeitig zur Beobachtung, und es stieg die operative Entbindung — der Kaiserschnitt — auf 14 Prozent an. Der festgestellte, überproportional hohe Anteil von Risikoschwangerschaften an den Universitätskliniken beweist die richtige Auswahl und die Entscheidung der Geburtshelfer. Ebenso wurden die kinderärztlichen Untersuchungen innerhalb der ersten sieben Tage früher und auch häufiger durchgeführt. Daraus resultiert die belegbare Verbesserung des Gesundheitszustandes der Neugeborenen. Eine Feststellung, die in völliger Übereinstimmung mit den Beobachtungen der Kinderärzte steht.

Zusammenfassend ist zwar belegt, daß knapp 50 Prozent aller erfaßten Schwangerschaften sehr gut oder gut überwacht waren. Wie vorstehend erwähnt, war jedoch die schlechteste Überwachungsmöglichkeit mangels Beteiligung bei Frauen aus niederen Sozialstufen, bei unverheirateten, ausländischen Frauen und — was unbegreiflich ist — bei werdenden Müttern, die bereits mehrfach geboren hatten. Andererseits aber nahmen berufstätige Erstschwangerer häufiger an der Vorsorge teil als nicht berufstätige Frauen.

Die Gesamtergebnisse erscheinen in Kürze in einem Auswertungsband des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung, Köln, unter dem Titel: „Münchener Perinatalstudie (1975 bis 1977, Daten, Ergebnisse, Perspektiven)“

## Personalia



### Dr. Seuss 65 Jahre

Am 12. Juli kann Dr. Fritz Seuss, Dr.-Werner-Straße 4, 8031 Gröbenzell, Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, seinen 65. Geburtstag feiern.

Er ist seit 1939 im Bayerischen Roten Kreuz tätig, zuerst als Kolonnenarzt, dann 16 Jahre als Chefarzt von Oberbayern und Kreisvorsitzender von Fürstenfeldbruck, von 1975 bis 1977 als Landesarzt Bayerns.

In der ärztlichen Standespolitik wirkt Dr. Seuss bereits seit 1955. Zuerst als Prüfungsstellenleiter Oberbayern der Kassenärztlichen Vereinigung tätig, wurde er 1958 in den Prüfungsausschuß berufen, dessen Vorsitzender er wurde. Seit 1969 gehört er der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an, deren Vorsitzender er seit 1976 ist. Besonders profiliert hat sich Dr. Seuss auf dem Gebührenordnungswesen. Deshalb wurde er vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns auch 1977 in den Bewertungsausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsandt. Dem Bayerischen Ärztetag gehört Dr. Seuss seit 1970 als Delegierter an.

1965 wurde er zum Sozialrichter der Kammer für Kassenarztrecht am Sozialgericht München ernannt. Weiter

wurde er auf Vorschlag der Bayerischen Landesärztekammer 1974 zum Richter am Finanzgericht München berufen, welches Amt er bereits 1966 bis 1970 inne hatte.

Dr. Seuss hat sich um die Ärzte Bayerns, insbesondere die Kassenärzte, außerordentlich verdient gemacht. Wir hoffen, daß er mit seiner reichen Erfahrung und seiner Einsatzbereitschaft den ärztlichen Körperschaften noch lange Zeit zur Verfügung stehen wird.

Ad multos annos!

### Verdienstkreuz am Bande

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Dr. med. August Hacker, Erhardstraße 21, 8730 Bad Kissingen;

Professor Dr. med. Fritz Holle, Lindenstraße 7, 8000 München 90;

Dr. med. Rudolf Rein, Göberweg 3, 8132 Tutzing.

### Staatsmedaille für soziale Verdienste

Mit der Staatsmedaille für soziale Dienste wurden ausgezeichnet:

Dr. med. et phil. Erich Grassl, Boshetsrieder Straße 75/1, 8000 München 71;

Dr. med. Otto Schloßer, Salinstraße 10, 8200 Rosenheim.

### Auszeichnungen für Dr. Engel

Dr. R. Engel, Eppenreuther Straße 23, 8670 Hof, wurde vor einiger Zeit das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, die Verdienstmedaille des Bezirkes Oberfranken und die Goldene Bürgermedaille der Stadt Hof verliehen.

## Professor Laves 80 Jahre

Am 22. Mai 1979 vollendete Professor Dr. Wolfgang Laves, emeritierter ordentlicher Professor und langjähriger Direktor des Instituts für Gerichtliche Medizin und Versicherungsmedizin der Universität München, Leopoldstraße 135/II, 8000 München 40, sein 80. Lebensjahr.

Nach Staatsexamen und Promotion 1923 in Graz begann er seine Universitätslaufbahn am Institut für Gerichtliche Medizin der Universität in Graz. Die Habilitation erfolgte 1928 in Graz mit der Arbeit „Über das Methämoglobin und sein Verhalten nach dem Tode“. Er erweiterte seine Ausbildung durch ein Studium der Chemie, dem ein längerer Studienaufenthalt in Paris folgte. 1934 wurde er zum apl. Professor ernannt. 1938 wurde Professor Laves aus politischen Gründen aus dem Universitätsdienst in Graz entlassen und war in den anschließenden Jahren in der Industrie tätig. Bei Kriegsende gelangte er nach Niederbayern, wo er zunächst als praktischer Arzt tätig war. 1946 wurde der Jubilar mit der kommissarischen Leitung des Instituts für Gerichtsmedizin und Versicherungsmedizin an der Universität München betraut. 1947 wurde er zum a. o. Professor und Leiter dieses Instituts, verbunden mit der Ernennung zum persönlichen Ordinarius, berufen.

1951 bis 1952 war Professor Laves Dekan der Medizinischen Fakultät und Mitglied des Akademischen Senates.

1956 erschien das Werk „Der Straßenverkehrsunfall“, das weit über ärztliche Kreise hinaus großes Interesse gefunden hat, 1960 ein kleiner Röntgenatlas über die Verkalkung der Herzkranzschlagadern und zusammen mit Berg das Buch „Agonie“.

Professor Laves ist Mitbegründer der Zeitschrift „Blut“ und Mitherausgeber der „Deutschen Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin“.

Er ist Mitglied bzw. Ehrenmitglied zahlreicher in- und ausländischer wissenschaftlicher Gesellschaften und Fachvereinigungen. Die Universität Madrid hat ihm die Ehrendoktorwürde verliehen. Er ist Träger des Bayerischen Verdienstordens; vor kurzem erhielt er das Bundesverdienstkreuz.

Dr. Armin Wandel, Marienstraße 2, 8959 Schwangau-Waltenhofen, wurde auf der Landestagung 1979 des Landesverbandes Bayern der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG) zum Präsidialarzt des Landesverbandes gewählt.

## in memoriam

### Professor Derra †

Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Ernst Derra, emeritierter Professor für Chirurgie und Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Düsseldorf, verstarb Anfang Mai im Alter von 78 Jahren.

1943 wurde er zum apl. Professor ernannt, 1945 Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Marienhospitals Bonn-Venusberg. Bereits ein Jahr später ist er auf den ordentlichen Lehrstuhl für Chirurgie der (damaligen) Medizinischen Akademie Düsseldorf berufen worden.

Er war einer der Wegbereiter der deutschen Thorax- und Herzchirurgie in der Nachkriegszeit. Am 5. Mai 1949 führte er in Düsseldorf die erste Herzoperation in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg durch. Mehr als 11 000 Herzoperationen folgten, davon über 2000 am künstlich stillgelegten Herzen, entweder mit Hilfe von Herz-Lungen-Maschinen oder bei Unterkühlung.

Professor Derra hat mehr als 200 wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht. Der 79. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf verlieh dem zuletzt in Bayern lebenden Professor Derra die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft.

# Candida Lokalicid<sup>®</sup> Creme

preisgünstig

30 g Tube

12,50

**Hefe-spezifisches Antibiotikum**

**Antimikrobielle Nystatin-Creme mit spezifischer Wirkung gegen Hefen, sowie mit fungistatischem und bakterizidem Effekt.**

**Indikationen:**  
hochwirksam bei allen Arten von Hefeinfektionen (Candidiasis, Moniliasis) der Haut und der Schleimhaut, der Nägel und der behaarten Körperstellen. Außerdem bei Interdigitalmykosen, Balanitis, anorektalem Syndrom und Vulvitis.  
Durch den Zusatz von Chlorhexidin-hydrochlorid werden grampositive und gramnegative Keime abgetötet. Eine Einwirkung auf Bakteriensporen erfolgt nicht.

**Kontraindikationen:**  
Allergie gegenüber einem der Wirkstoffe.  
**Zusammensetzung:**  
100 g Creme enthalten: 10 Mill. I.E. Nystatin, 1,0 g Chlorhexidin-hydrochlorid, 0,5 g Dexpantenol.  
**Handelsformen:**  
O.P. 30 g Tube DM 12,50



DORSCH & CO. KG.  
8000 MÜNCHEN 70

## Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

Wir empfehlen Ihnen, sich in jedem Fall vor Ihrer Niederlassung mit der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Verbindung zu setzen und sich wegen der Möglichkeiten und Aussichten einer kassenärztlichen Tätigkeit beraten zu lassen. Dort erfahren Sie auch, wo und in welchem Umfang Förderungsmöglichkeiten bestehen.

### Oberfranken

#### Berg, Lkr. Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung des Mitte dieses Jahres aus Altersgründen des Stelleninhabers vakant werdenden Einzelarztsitzes für ein Einzugsgebiet von ca. 3500 Einwohnern.

#### Mainleus, Lkr. Kulmbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Wiederbesetzung der wegen Ablebens des Stelleninhabers vakanten dritten Kassenarztstelle für ein Einzugsgebiet von ca. 6600 Einwohnern.

#### Bischofsgrün, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Großhelrath, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsledel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

### Kronach-Neuses:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Röslau, Lkr. Wunsledel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Selb-Erkersreuth, Lkr. Wunsledel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Töpen, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Weidhausen, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Nalla, Lkr. Hof:

1 Augenarzt

#### Marktredwitz, Lkr. Wunsledel:

1 HNO-Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Bürgerreuther Straße 7a-9, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 2 30 32.

### Mittelfranken

#### Ansbach:

1 Chirurg mit Unfallbehandlung (D-Arzt-Tätigkeit)

Wiederbesetzung der Chirurgenstelle in der Regierungshauptstadt Ansbach mit ca. 39 000 Einwohnern, wo derzeit kein Chirurg in freier Praxis niedergelassen ist.

#### Ehingen oder eine der umliegenden Gemeinden im Bereich der Verwaltungsgemeinschaft Hesselberg, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

#### Vorra, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 4 96 21-24.

### Unterfranken

#### Gieselbach, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

# Von morgens bis morgens

sind auch die situativ überschießenden  
Blutdruckspitzen des **Hypertonikers** unter Kontrolle.  
Mit 1 x 1 Tablette täglich.



Ausgeprägt kardioselektiv

# TENORMIN<sup>®</sup> 100

Der Hypertonieblocker mit Langzeitwirkung

Täglich  
**1x1**  
Tablette

**Zusammensetzung:** 1 Filmtablette Tenormin 100 enthält 100 mg 2-(p[2]-Hydroxy-3-isopropylamino-propoxy)-phenyl)-acetamid (Atenolol).

**Indikation:** Hypertonie.

**Kontraindikationen:** AV-Block 2. und 3. Grades, nicht kompensierte Herzinsuffizienz und Bradykardie (Ruhepuls vor Behandlung unter 55 Schläge/Min.) Bei Schwangerschaft wird die übliche Vorsicht empfohlen.

**Nebenwirkungen:** Vereinzelt Kribbeln und Kältegefühl in den Extremitäten, Muskelermüdung, Bradykardie, Schlafstörungen, Durchfall bzw. Verstopfung, Übelkeit sowie Verstärkung einer bestehenden Herzinsuffizienz.

**Dosierung:** 1mal täglich 1 Tablette. Bei nicht ausreichendem blutdrucksenkendem Effekt empfiehlt sich die zusätzliche Gabe eines Saluretikums.

**Wechselwirkungen:** Bei Diabetikern kann unter Umständen eine Anpassung der Diabetesbehandlung notwendig sein. Vor einer Narkose sollte der

Anaesthesist über eine eventuelle Behandlung des Patienten mit Tenormin informiert werden.

**Hinweise:** Infolge der ausgeprägten Kardioselektivität ist der Einfluß auf Atemwegswiderstand und Blutzuckerspiegel gering. Trotzdem wird bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen Vorsicht empfohlen. Eventuelle Bronchospasmen können durch Bronchodilatoren rasch aufgehoben werden. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion wird Dosisanpassung empfohlen. Bei Bestehen einer koronaren Herzkrankheit soll Tenormin nicht plötzlich abgesetzt werden.

**Antidote:** Atropin, Orciprenalin.

**Handelformen und Preise:**

Packung mit 20 Tabletten DM 35,84, Packung mit 50 Tabletten DM 74,91,

Packung mit 100 Tabletten DM 138,31, Anstaltspackung.

Stand April 1979



ICI-Pharma Arzneimittelwerk Plankstadt

**Haigenbrücken, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Knetzgau, Lkr. Haßberge:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Grätendorf, Lkr. Main-Spessart:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Höchheim, Lkr. Rhön-Grabfeld:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Sulzfeld, Lkr. Rhön-Grabfeld:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadt Schweinfurt,  
Stadtteile Deutschhof/Hochfeld-  
Steinberg:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Aizenau, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Augenarzt

**Stadt Aschaffenburg:**

1 Augenarzt

**Erlenbach, Lkr. Miltenberg:**

1 Augenarzt

**Stadt Schweinfurt:**

2 Augenärzte

**Geroizhoten, Lkr. Schweinfurt:**

1 Frauenarzt

**Bad Kissingen, Lkr. Bad Kissingen:**

1 HNO-Arzt

**Obernburg, Lkr. Miltenberg:**

1 HNO-Arzt

**Stadt Schweinfurt:**

1 HNO-Arzt

**Haßfurt, Lkr. Haßberge:**

1 Hautarzt

**Bad Brückeneu, Lkr. Bad Kissingen:**

1 Kinderarzt

**Erlenbach, Lkr. Miltenberg:**

1 Kinderarzt

**Miltenberg, Lkr. Miltenberg:**

1 Kinderarzt

**Stadt Schweinfurt:**

1 Kinderarzt

**Miltenberg, Lkr. Miltenberg:**

1 Nervenarzt

**Haßfurt, Lkr. Haßberge:**

1 Urologe

Bewerbungen bitte an die Bezirks-  
stelle Unterfranken der KVB, Hof-  
straße 5, 8700 Würzburg, Telefon  
(09 31) 307-1.

**Oberpfalz****Waidthurn, Lkr. Neustadt/WN:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nachfolgebesetzung für ein Einzugs-  
gebiet von ca. 2500 Einwohnern.

**Amberg:**

1 Arzt mit der Zusatzbezeichnung  
Psychotherapie

**Rieden, Lkr. Amberg-Weizbach:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Wackersdorf, Lkr. Schwandorf:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stadt Weizbach-Rosenberg,  
Lkr. Amberg-Weizbach:**

1 Augenarzt

**Amberg:**

1 Hautarzt

**Stadt Schwandorf, Lkr. Schwandorf:**

1 Hautarzt

**Weiden:**

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-  
stelle Oberpfalz der KVB, Lands-  
huter Straße 49, 8400 Regensburg,  
Telefon (09 41) 7 50 71.

**Niederbayern****Haarbach, Lkr. Passau:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Haibach, Lkr. Straubing-Bogen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Lindberg, Lkr. Regen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Ohu, Lkr. Lendshut:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Rain, Lkr. Straubing-Bogen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Roßbach, Lkr. Rottal-Inn:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Stallwang, Lkr. Straubing-Bogen:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Regen-Stadt:**

1 Augenarzt

**Viechtach, Lkr. Regen:**

1 Augenarzt

**Deggendorf-Stadt:**

1 Hautarzt

**Dingolfing-Stadt:**

1 Hautarzt

**Regen-Stadt:**

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirks-  
stelle Niederbayern der KVB, Lilien-  
straße 5-7, 8440 Straubing, Telefon  
(0 94 21) 70 53.

## Fakultät

### München — Technische Universität

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Heinz Langhammer, Nuklearmedizinische Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Hansjürgen Wallner, Frauenarzt, Maximilianstraße 25, 8000 München 22.

### München — Universität

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Ekkehard Albert, Kinderpoliklinik; Privatdozent Dr. med. Günter Baumann, Zentralkrankenhaus Gauting; Privatdozent Dr. med. Peter Dörmer, Institut für Hämatologie der GSF; Privatdozent Dr. med. Erich Elsässer, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder; Privatdozent Dr. med. Hans-Jürgen Gurland, Medizinische Klinik I im Klinikum Großhadern; Professor Dr. med. habil. Klaus-Diethart Hüllemann (nach Umhabilitierung von der Universität Heidelberg); Privatdozent Dr. med. Wolfram Kaiser, Medizinische Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Hans-Jürgen Kümper, II. Frauenklinik; Privatdozent Dr. med. Dr. med. dent. Horst Kuhlmann, IV. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing und Forschergruppe Diabetes; Privatdozent Dr. med. Walter Land, Transplantationszentrum München an der Chirurgischen Klinik; Dr. med. Udo Löhrs, Pathologisches Institut; Professor Dr. med. Malte Karl Neidhardt (nach Umhabilitierung von der Universität Mainz); Privatdozent Dr. med. Caroline Renate Pickardt, Medizinische Klinik Innenstadt; Privatdozent Dr. rer. nat. Gerhard Renner, Pharmakologisches Institut; Privatdozent Dr. med. Fritz Spelsberg, Chirurgische Klinik; Privatdozent Dr. med. Lieselotte Thorn, Institut für Histologie und experimentelle Biologie.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. Detlev von Cramon-Taubadel, Neurologie; Dr. med. Lothar Walter

Diehl, Psychiatrie; Dr. med. Hans Dörfler, Innere Medizin, Dr. med. Erland Erdmann, Innere Medizin; Dr. med. Frank-Detlef Goebel, Innere Medizin; Dr. med. Michael Gokel, Allgemeine Pathologie und spezielle pathologische Anatomie; Dr. med. Frank Höpner, Kinderchirurgie; Dr. med. Wolfgang Kemmler, Innere Medizin; Dr. med. Peter Kieffhaber, Innere Medizin; Dr. med. Günter Lob, Chirurgie; Dr. med. Markward Marshall, Innere Medizin; Dr. phil. June Mason, Physiologie; Dr. med. Wolfgang Mengel, Kinderchirurgie; Dr. med. Michael Otte, Innere Medizin; Dr. med. Dr. med. dent. Bernt Rossiwall, Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde; Dr. med. Wolfgang Schnitzer, Physikalische Medizin einschließlich Balneologie und Klimatologie; Dr. med. Jürgen Schrader, Physiologie; Dr. med. Wolf-Joachim Stelter, Chirurgie; Dr. med. Roland Tauber, Chirurgie und Urologie; Dr. med. Eckhard Thiel, Innere Medizin; Dr. med. Ernst-Rainer Weissenbacher, Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Dr. phil. Renate Wittern, Geschichte der Medizin.

Zum Akademischen Rat z. A. wurden ernannt: Dr. med. Ahmad-Ali Behbehani, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten; Dr. Jörk Janzen, Institut für Rechtsmedizin.

Professor Dr. med. Klaus Betke, Direktor der Kinderklinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital der Universität München, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, wurde zum ordentlichen Mitglied der Bayerischen Akademie der Wissenschaften, mathematisch-naturwissenschaftliche Klasse, gewählt.

Professor Dr. med. Hans Blömer, Direktor der I. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Herz- und Kreislauforschung gewählt; erst kürzlich wurde er von der Academia de Ciencias Medicas, Cordoba/Argentinien, zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

## Der Codein-Typ

Jedes Analgetikum wirkt –  
aber nicht bei jedem  
Patienten gleich gut.



Der Codein-Typ ist aktiv, dynamisch, von leicht reizbarer Grundstimmung und neigt zum hyperkinetischen Syndrom. Erst der analgetische, schwach sedierende Codeineffekt führt bei ihm zur gewünschten Dämpfung der Schmerzrezeptoren.

Er braucht ein Analgetikum  
mit Codein.

## Contraneural

Analgetikum und  
Antipyretikum mit Codein

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält Acid. acetylsalicylic. 250 mg, Phenacetin. 250 mg, Codein. phosphoric. 9,6 mg; 1 Supp. für Erwachs. enthält Acid. acetylsalicylic. 400 mg, Phenacetin. 400 mg, Codain. phosphoric. 19,2 mg; 1 Supp. für Kinder enthält Acid. acetylsalicylic. 100 mg, Phenacetin. 100 mg, Codein. phosphoric. 4,8 mg; 1 Supp. für Säuglinge enthält Acid. acetylsalicylic. 50 mg, Phenacetin. 50 mg, Codein. phosphoric. 2,4 mg. **Anwendungsgebiete:** Schmerzen verschiedener Ätiologie wie Kopf- und Zahnschmerzen, Schmerzen bei Menstruationsbeschwerden und klimakterischen Beschwerden, Schmerzen nach Operationen, Muskel- und Nervenschmerzen sowie rheumatische Beschwerden; zur Fiebersenkung und Linderung der Beschwerden bei Grippe, Erkältungskrankheiten und lieberhaften Erkrankungen. **Nebenwirkungen:** Okkulte gastrointestinale Blutungen (Anämie), Asthmaanfalle, Obstipation, Nierenschäden (Langzeitverabreichung), hämolytische Anämie, Methämoglobinämie bei Neugeborenen. **Gegenanzeigen:** Anwendung beim Säugling bis zum dritten Monat, genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), hämorrhagische Diathese, Schäden des hämatopoetischen Systems, Magen- und Darmulcera, schwere Nierenfunktionsstörungen, Krankheitszustände, bei denen eine Dämpfung des Atemzentrums vermieden werden muß, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation, Salicylatallergie. **Hinweis:** Anwendung im ersten Trimenon und in den letzten vier Wochen der Gravidität vermeiden. **Warnhinweise:** Dieses Arzneimittel kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Erwachsene bis zu 4mal täglich 1 Tablette oder bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Erwachsene. Kinder bis etwa zum 6. Lebensjahr bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Kinder; Schulkind bis etwa zum 10. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1 Suppositorium für Kinder oder bis zu 3mal täglich 1/2 Tablette. Schulkinder bis etwa zum 14. Lebensjahr bis zu 3mal täglich 1/2 bis 1 Tablette. Säuglinge nach dem 3. Lebensmonat bis zu 2mal täglich 1 Suppositorium für Säuglinge. Die Tabletten sind möglichst nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einzunehmen. Bei magenempfindlichen oder zu Brechreiz neigenden Patienten empfiehlt sich die rektale Anwendung von Suppositorien. **Handeltormen und Preise:** Packung mit 20 Tabletten DM 4,10 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Erwachsene DM 3,24 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Kinder DM 2,74 m. MWST., Packung mit 10 Suppositorien für Kinder DM 4,37 m. MWST., Packung mit 5 Suppositorien für Säuglinge DM 2,30 m. MWST., Anstaltspackungen.



Dr. R. Pflieger  
Chemische Fabrik GmbH, Bamberg

## Rationalisierung

### I.

Henry Ford produzierte Autos in Einzelanfertigung. Das war teuer, die Arbeiter abhängig von der Auftragslage und damit saisonbedingt arbeitslos. Er nutzte bekanntlich technische Möglichkeiten, ließ alsbald am Fließband und während des ganzen Jahres produzieren, was zur sozialen Sicherheit der Arbeiter führte; er produzierte nie für Halbe, sondern entsprechend dem angemeldeten Bedarf an Autos, um unnötige Verteuerung zu vermeiden, und schließlich hatte er sich dadurch eine breitere Käuferschicht für seine konkurrenzlos preiswerten Produkte erschlossen: Rationalisierung par excellence. Und sozialer und ökonomischer Fortschritt zugleich.

Für diese klassische Form der Rationalisierungsmaßnahmen mit Folgewirkungen, die verdienen, als sozialer und ökonomischer Fortschritt bezeichnet zu werden, fehlen in der heutigen hochindustrialisierten Gesellschaft weitgehend die Möglichkeiten. Zwar gibt es technische Weiterentwicklungen, sie werden aber sofort im breiten Rahmen eingesetzt, Mengen produziert, die über dem Bedarf liegen, die Preise stagnieren oder steigen und werden allenfalls für die Ausschaltung unlieber Konkurrenz gesenkt. Selbst die sozialen Folgen verkehren sich zum Negativen: Arbeitsplätze werden durch Rationalisierung vernichtet.

Die Diskussion um die Rationalisierung wird in die emotionale Zerreißprobe getrieben. Einerseits wird jede banale technische und methodische Neuerung als Fortschritt gepriesen, ökonomischer Nutzen vorgebetet. Andererseits läßt sich der technische Fortschritt als aufgewärmter Kaffee identifizieren, die Mittel dafür sind vergeudet.

### II.

Rationalisierung hat edäquate technische Möglichkeiten zur Voraussetzung und einen konstanten Bedarf, an dem die technische Kapazität zu messen ist. — In der Medizin ist Rationalisierungsmaßnahmen damit

eine natürliche Grenze gesetzt. Die weit überwiegende Zahl ärztlicher Leistungen für den Patienten wird in der Zweier-Beziehung in Form von Beratung und Behandlung erbracht. Diese Leistungen sind zwar technisch unterstützbar, wenn die technischen Verfahren den speziellen Bedürfnissen angepaßt sind und ein hoher Sicherheitsgrad für die Funktionstüchtigkeit gewährleistet wird. Nicht alle technischen Angebote entsprechen jedoch den speziellen Bedürfnissen und der Forderung nach Funktionssicherheit. Jeder Arzt, der technische Hilfsmittel benützt, übernimmt zu seinen ärztlichen Aufgaben die Verpflichtung der Überwachung dieser Hilfsmittel, um Fehler seiner diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und somit Schaden für den Patienten zu vermeiden. Es gibt somit keinen Leistungsteil, der „technisierbar“ ist, der auf Fließband verlegt werden könnte unter organisatorischen Voraussetzungen, die den Leistungsanteil aus dem unmittelbaren Überwachungsbereich des verantwortlichen und handelnden Arztes entfernen. Ärztliche Behandlung, ob allgemein- oder fachärztlicher Art, ist weder gewerbs- noch fabrikmäßig organisierbar ohne tiefgreifenden Substanzverlust für die individuelle Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Der Bedarf der unterschiedlichen ärztlichen Leistungen wird vom Krankheitsspektrum bestimmt, er ist im voraus nur in groben Umrissen quantifizierbar, der Arzt unterliegt der Kontrolle der wirtschaftlichen Behandlungsweise auch im Einzelfall. Er darf im Einzelfall nicht „programmiert“ verfahren, der Leistungsbedarf seiner Praxis ist somit auch nicht vorprogrammierbar.

In den vergangenen zehn Jahren waren die labormedizinischen Leistungen in ganz besonderem Maß dem kommerziellen und ideologischen Rationalisierungsdruck ausgesetzt. Die gebotenen technischen Möglichkeiten erwiesen sich nach der Erprobung nicht selten als inadäquat, Neuerung jagte Neuerung, der Fortschritt für Diagnose und

Therapie blieb in weiten Bereichen hinter den ursprünglichen Erwertungen zurück. Die aufgewendeten Mittel waren erheblich. Ihre Relation zum Nutzen muß nachdenklich stimmen. — Die Verlagerung auf Fließband in besonderen Einrichtungen waren weniger damit begründet, daß außergewöhnliche Kapazitäten zur Bewältigung des Bedarfes erforderlich geworden wären. Vielmehr wurden Kapazitäten geschaffen, die eine Programmierung des Bedarfes auslöste. Der dem Arzt auferlegte Wirtschaftlichkeitsbegriff pervertierte zu einem kommerziell verstandenen Wirtschaftlichkeitsbegriff.

### III.

Vor dieser Dynamik entstand das Kostendämpfungsgesetz mit all den vielfältigen Regelungen, die Gesamtkosten, insbesondere des labormedizinischen Bereiches, drastisch zu beschränken und die Verteilung der Honorare nach dem einfachen Prinzip zu gestalten, vom Einzelhonorar abzuquotieren, was an Mengen der Leistungen zugewachsen war. Dieses Wachstum auf Kosten aller Ärzte ist auf Dauer keine wirtschaftspolitische Lösung.

Spätestens mit Einführung des Begriffes Rationalisierung in diesem Gesetz ist es unausweichlich, daß dieser Begriff für den ärztlichen Bereich eine geistige Verarbeitung erfährt. Es sind die Grenzen zu stecken für kommerzielle Übergriffe, Kriterien zu erarbeiten hinsichtlich Brauchbarkeit und Funktionstüchtigkeit der technischen Hilfsmittel, die Kapazitäten müssen dem tatsächlich auftretenden quantitativen und qualitativen Bedarf und dem Ort des Bedarfes angemessen sein, um den Arzt in die Lage zu versetzen, die verantwortliche Behandlung in überschaubarer Zusammenarbeit auszuüben, ohne in Abhängigkeit von „Fließband“, „Programmen“ und von „fabrikmäßigen Organisationen“ zu geraten. Rationalisierung im medizinischen Bereich hat spezifische Aspekte. Vorsicht ist geboten, um Rationalisierungsfehler zu vermeiden! Fortgeführte Fehlerrationalisierung könnte dazu führen, daß der Arzt unter unzumutbarem wirtschaftlichen Druck gerät und einen Teilbereich ärztlicher Berufstätigkeit aufgeben müßte.

*Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bad Brunnthal 3, 8000 München 80*



# Irritationen der Harnblase ein multikausales Geschehen

hormonal

bakteriell

funktionell

radiogen



# Carito<sup>®</sup>

## der problemlose Weg zur mictio normalis

Durch seine Komplexwirkung:

- spasmolytisch
- tonisierend
- antiphlogistisch
- antiödematös
- diuretisch
- antibakteriell

erweist sich Carito als wirksames Therapeutikum bei dysurischen Beschwerden jedweder Genese.

1/79

**Zusammensetzung:** Eine Kapsel enthält: Extr. Rad. Pareirae bravae spir. 3,286 mg, Extr. Sem. Cucurbitae spir. 9,662 mg, Extr. Fol. Demianae spir. 4,602 mg, Extr. Rad. Echinaceae purpur. spir. 49,318 mg, Extr. Bulbus Allii cepae spir. 46,030 mg, Extr. Gemmae Populi spir. 8,902 mg, Aescin 30,000 mg.

**Anwendungsgebiete:** Funktionelle, hormonale und radiogene Miktionsstörungen, Zystitis, Infekte der Harnblase, Prophylaxe und Therapie der Harnwegsinfekte nach urologischen und gynäkologischen Eingriffen.

**Unverträglichkeiten und Risiken:** Im ersten Trimenon der Schwangerschaft und bei schwerer Pankreatitis soll Carito nicht angewandt werden.

Allergische Reaktionen durch Carito sind bisher nicht bekannt geworden. Carito kann gleichzeitig mit Herz- und Kreislaufmitteln eingenommen werden, ohne

daß eine Wirkungsänderung der einzelnen Präparate zu erwarten ist.

**Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:** Während der Therapie mit Carito, besonders in höherer Dosierung, können gelegentlich Unverträglichkeitserscheinungen im Bereich des Magen-Darmtraktes auftreten. In diesen Fällen sollte die Dosis reduziert werden (z. B. 3mal täglich 1 Kapsel).

**Darreichungsform:**  
**Packungsgröße und Preis\*:**  
OP mit 60 Kapseln DM 19,25.  
\*Stand: April 1979



HOYER GmbH & Co.  
Pharmazeutische Präparate  
4040 Neuss 21

### Immer mehr ein Problem: unechte Asylanten

Als Einwanderungsland wird die Bundesrepublik Deutschland bei Flüchtlingen immer beliebter; nach wie vor hält der Zustrom der Asylbewerber an und ist in den ersten vier Monaten dieses Jahres gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres um 13 Prozent auf fast 10 000 Ausländer gestiegen. 1978 haben insgesamt 33 136 ausländische Flüchtlinge einen Antrag auf Anerkennung als Asylberechtigte gestellt, das sind sechsmal soviel wie 1972 oder doppelt soviel wie 1977. Von den Asylbewerbern muß Bayern nach einer Ländervereinbarung 13,8 Prozent aufnehmen. Im Freistaat selbst muß der Regierungsbezirk Oberbayern 30 Prozent, Mittelfranken und Schwaben jeweils 15 Prozent und die übrigen vier Regierungsbezirke je 10 Prozent aufnehmen.

Insgesamt hatte Bayern damit 1978 rund 5800 asylsuchende Ausländer aufzunehmen, von denen mehr als ein Viertel in den zehn bayerischen Sammelunterkünften untergebracht sind. Dieser ständig wachsende Asylantenstrom ist nach den Worten von Sozialminister Dr. Fritz Pirkel nach wie vor bedrückend, auch wenn sich die Zusammensetzung der Nationalitäten geändert hat. Bei den in Bayern – so Pirkel – untergebrachten Asylbewerbern ist der Anteil der Flüchtlinge aus Europa, der 1978 nur etwa 25 Prozent betragen hatte, nunmehr auf rund 40 Prozent angewachsen. Die Ursache liegt darin, daß der außerordentlich hohe Zustrom von Flüchtlingen aus Indien und Pakistan, die im letzten Jahr beinahe die Hälfte der in Bayern aufgenommenen Asylbewerber ausgemacht hatten, nahezu völlig zum Erliegen gekommen ist. Der Anteil aus diesen beiden Ländern liegt nur noch bei etwa sechs Prozent. Demgegenüber sind verstärkte Zugänge aus den Krisengebieten des Libanons und aus der Türkei sowie neuerdings aus dem Iran zu beobachten.

Um den vehementen Flüchtlingsstrom besser unter Kontrolle zu bringen, haben Sozialminister Pirkel wie auch der bayerische Innenminister Gerold Tandler wiederholt eine Verkürzung des Asyl-Anerkennungsverfahrens gefordert. Gegenwärtig dauert es sechs und mehr Jahre, bis über den Asylantrag entschieden ist. Für Pirkel ist eine solche Dauer „untragbar“: „In einem Jahr sollte alles entschieden sein“, meinte der Minister, nach dessen Ansicht zwei Instanzen für die Anerkennung genügen müßten, eine beim Bundesamt zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge in Zirndorf und eine beim Verwaltungsgericht. Der Grund für die angestrebte Beschleunigung liegt darin, daß das Asylrecht zunehmend mißbraucht wird.

Nach Artikel 16 des Grundgesetzes genießen politisch Verfolgte in der Bundesrepublik Deutschland Asylrecht. Seit etwa fünf Jahren aber versuchen von diesem Recht nicht nur politisch Verfolgte, sondern in zunehmendem Maße auch solche Personen Gebrauch zu machen, die unter Vorgabe einer Verfolgung lediglich aus wirtschaftlichen Gründen für die Dauer des Asylverfahrens einen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland anstreben. Indiz dafür ist u. a., daß die Zahl der von der ersten Verwaltungsinstanz abgelehnten Asylanträge im Jahr 1976 dreimal so groß war wie die Zahl der anerkannten Anträge.

Um dem Mißbrauch des Asylrechts zu begegnen, hatte Innenminister Tandler vorgeschlagen, bereits bei der Einreise an der Grenze die Betroffenen zu überprüfen und Scheinasylanten dort gleich zurückzuweisen. Ähnlich wie in Westberlin, über das 1977 60 Prozent aller ausländischen Flüchtlinge in die Bundesrepublik Deutschland kamen, sollten Asylsuchende sofort mit dem Flugzeug zurückgeschickt werden kön-

nen, wenn ein Mißbrauch des Asylrechts vorliegt. Zusätzlich forderte Tandler, die Sozialleistungen mehr als bisher auf Sachleistungen umzustellen. Davon erhofft er sich, zwei Fliegen mit einer Klappe zu schlagen: Den „organisierten Asylreiseunternehmen“ würde die Grundlage für ihre „kriminellen Praktiken“ entzogen, und den Anwälten, die sich auf Asylverfahren spezialisiert haben und für die Scheinasylanten zu einem „guten Geschäft“ geworden sind, würde der Geldhahn zugekehrt. Zusätzlich sollten Asyl-Anerkennungsverfahren und Abschiebungsverfahren in Zukunft parallel verlaufen und nicht wie bisher, daß Abschiebungsverfahren erst nach dem Anerkennungsverfahren gestartet werden können.

Um den eigenen Vorschlägen Nachdruck zu verleihen, hat Bayern zu Beginn dieses Jahres damit begonnen, seine Verpflichtung bei der Aufnahme von Ausländern nicht mehr in vollem Umfang zu erfüllen. Die Aufnahmequote von 13,8 Prozent wurde nur mehr mit drei bis vier Prozent erfüllt. Damit sollte der Bund veranlaßt werden, Scheinasylanten verstärkt bereits an der Grenze zurückzuverweisen. Nach dem Jahresbericht der Bayerischen Grenzpolizei haben die Dienststellen zwar versucht, den Touristenstrom, der in etwa 1978 um fünf Prozent zurückging, zu „filtern“. Insgesamt wurden 31 202 Ausländer zurückgewiesen, davon 1665 wegen bereits bestehender Ausweisungsverfügungen und 2276 wegen Verdachts der Einreise zur unerlaubten Arbeitsaufnahme. Allerdings – so die Grenzpolizei – kann mit den gegenwärtigen Befugnissen „nur unzureichend“ einem Mißbrauch entgegengewirkt werden. Voraussetzung für ein wirksameres Vorgehen wäre der Visa-Zwang für Staatsangehörige jener außereuropäischen Länder, die den größten Anteil der unechten Asylanten stellen. Neben der Vorprüfung der Asylanträge sollten die Grenzstellen auch mit Befugnissen zur Abwehr offensichtlich unbegründeter Anträge ausgestattet werden. Ein Vorschlag freilich, der beim Vorsitzenden des Bundestags-Innenausschusses, Axel Wernitz, auf verfassungsrechtliche Bedenken stieß. Die „Fundamente des Asylrechts dürften auch unter den unbestreitbar schwierigen aktuellen Verhältnissen eines Wirtschafts-Asylantentums“ nicht zerstört werden.

Michael Gscheidle



## Interessierende Rechtsfragen für den Arzt

von Rechtsanwalt Dr. jur. Jürgen W. B ö s c h e , Köln

### I. Teil: Strafgesetzbuch, die wichtigsten Bestimmungen

Die für den Arzt wichtigsten Bestimmungen des Strafgesetzbuches sind — ohne Rücksicht auf die Systematik des Gesetzbuches — nach Tatbestandsfallgruppen im folgenden wiedergegeben. Dabei ist zu beachten, daß nur ganz wenige Straftatbestände spezifisch auf die Berufstätigkeit des Arztes abgestellt sind (wie etwa die Ausstellung eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses oder die Verletzung des Berufsgeheimnisses). Die hier zusammengestellten Tatbestandsgruppen sind jedoch wegen der Eigenartigkeit der ärztlichen Berufsausübung entweder stark berufsgeneigt in ihrer Verwirklichung oder sie betreffen den Arzt in Ausübung seines Berufes stärker als die übrigen Teilnehmer am Rechtsverkehr.

#### I. Tötungsdellikte

##### § 212 (Totschlag)

(1) Wer einen Menschen tötet, ohne Mörder zu sein, wird als Totschläger mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist auf lebenslange Freiheitsstrafe zu erkennen.

*Anmerkung: 1. „Beihilfe zur Selbsttötung ist nicht strafbar; wer aber eine Rechtspflicht hat, Lebensgefahr von einem anderen nach Kräften abzuwenden, und diese Pflicht kennt, die Selbsttötung aber trotzdem nicht hindert, obwohl er es könnte, ist je nach seinem Willen und seiner Haltung in bezug auf die Todesfolge in der Regel der vorsätzlichen oder fahrlässigen Tötung schuldig. Die Rechtspflicht kann auf Gesetz, Gewohnheitsrecht oder Vertrag beruhen“ (E des BGH vom 12. 2. 52, vgl. auch Anm. 2 zu § 330 c).*

*2. Der untätig bleibende „Garant“ (derjenige, welcher grundsätzlich nach Gesetz, Gewohnheitsrecht oder Vertrag einer Rechtspflicht zum Handeln unterliegt) ist nicht des Totschlages schuldig, wenn er den freiwilligen ernsthaften Selbsttötungswillen des Schutzbefohlenen achten will und sich diesem Willen unterordnet. Auch eine strafbare unterlassene Hilfeleistung nach § 330c StGB dürfte in solchen Fällen nicht vorliegen, da es an der „Zumutbarkeit“ der zu leistenden Hilfe*

*mangelt (OLG Düsseldorf, Beschluß vom 6. 9. 1973 — 1 Ws 333/73).*

##### § 213 (Minder schwerer Fall des Totschlages)

War der Totschläger ohne eigene Schuld durch eine ihm oder einem Angehörigen zugefügte Mißhandlung oder schwere Beleidigung von dem Getöteten zum Zorne gereizt und hierdurch auf der Stelle zur Tat hingerissen worden oder liegt sonst ein minder schwerer Fall vor, so ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.

##### § 216 (Tötung auf Verlangen)

(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(2) Der Versuch ist strafbar.

*Anmerkung: 1. Strafbar nach §§ 212, 213 oder 216 ist auch die Euthanasie (Gnadentod) auf Verlangen oder ohne Verlangen des Patienten. Nicht zu fordern ist jedoch, daß der Arzt ein bereits verlöschendes qualvolles Leben künstlich verlängert; nicht zu beanstanden auch, daß der Arzt dem Sterbenden den Totenkampf erleichtert.*

*2. Während das BGB die Rechtsfähigkeit des Menschen erst mit der Vollendung der Geburt beginnen läßt, nimmt die Rechtsprechung einen „Menschen“ als Objekt eines Mordes, eines Totschlages oder einer Kindstötung bereits mit dem Beginn der Geburt an; d. h. mit dem Beginn der zur Ausstoßung führenden Wehen, auch solange sich das Kind noch im Mutterleib befindet. Lebensunfähigkeit oder Lebensunwert eines Kindes rechtfertigen die Tötung nicht, wohl aber die Erhaltung des Lebens oder der Gesundheit der Mutter.*

*3. Zu der Frage, ob die Mitwirkung von Ärzten während der Zeit des Nationalsozialismus bei der sogenannten „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ strafrechtlich in jedem Falle und unterschiedslos Mord, Totschlag oder Tötung auf Verlangen gewesen ist, gegebenenfalls straffrei sein kann, hat sich der Bundesgerichtshof im Urteil vom 6. 12. 60 (ÄM 1961 S. 1057 ff.) geäußert.*

## § 217 (Kindestötung)

(1) Eine Mutter, welche ihr nichteheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren bestraft.

(2) In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.

## § 222 (Fahrlässige Tötung)

Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

*Anmerkung: 1. Wann „Fahrlässigkeit“ vorliegt, ist im Gesetz nicht definiert. Die Rechtsprechung nimmt Fahrlässigkeit dann an, wenn der Täter die Sorgfalt, zu welcher er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Fähigkeiten und Kenntnissen verpflichtet und imstande war, außer acht gelassen und infolgedessen entweder den Erfolg, den er nach Anwendung pflichtgemäßer Sorgfalt hätte voraussehen können, nicht vorhergesehen hat (unbewußte) oder trotz Vorausehbarkeit darauf vertraut hat, daß er nicht eintreten werde (bewußte Fahrlässigkeit).*

2. Objekt fahrlässiger Tötung kann auch ein Kind in oder gleich nach der Geburt sein, dagegen ist die fahrlässige Unterbrechung der Schwangerschaft vor Beginn der Geburt nicht als solche, wohl aber u. U. als fahrlässige Körperverletzung der Schwangeren strafbar.

3. Fahrlässige Tötung durch Bandwurm-Chloroformkur (E des BGH vom 10. 7. 52, s. *ÄM* 2/53 S. 43), durch Thallium-Epilation (E des BGH vom 21. 3. 51, s. *ÄM* 6/53 S. 167), durch unterlassene Nachprüfung der Spritzenvorbereitung durch Schwester (BGH vom 1. 7. 54, *ÄM* 22/54 S. 795), durch unterlassenen Nachtbesuch eines Arztes im Bereitschaftsdienst (BGH vom 1. 3. 55, *ÄM* 20/55 S. 597 ff.).

4. Fahrlässig handelt der Arzt auch dann, wenn er es unterläßt, den Patienten in klinische Behandlung zu überweisen, trotzdem er selbst zu der Erkenntnis gekommen ist oder mindestens die Sorge hatte, daß für den Patienten Lebensgefahr besteht, welcher nur mit fachärztlicher klinischer Behandlung zu begegnen gewesen ist. Er durfte bei derartiger Sachlage nicht abwarten, bis er sich selbst volle Gewißheit davon verschafft hat, daß die betreffende Krankheit oder lebensgefährliche Verletzung tatsächlich vorliegt. Er hat die Pflicht, den sich ihm anvertrauenden Patienten in vollem Umfange über den Ernst der Gefahrenlage aufzuklären und mit allen Kräften auf ihn einzuwirken, daß er zu einer Klinik-Einweisung seine Einwilligung gibt (BGH vom 16. 5. 55, 3 StR 576/54).

5. Fahrlässig handelt auch ein Stationsarzt, der eine Bluttransfusion einem Pflichtassistenten zur selbständigen Erledigung überläßt, ohne sich zu vergewissern, ob der Pflichtassistent zu ihrer kunstgerechten Durchführung nach seinem Ausbildungsstand befähigt ist. Wird infolge eines Versehens der mit der Beschaffung der Blutkonserven befaßten Krankenschwester und durch Unterlassen der Kreuzungsprobe seitens des Pflichtassistenten Blut der falschen Gruppe übertragen, so ist der verantwortliche Stationsarzt neben der Schwester und dem Pflichtassistenten wegen des eingetretenen Todes des Patienten strafbar (BGH vom 11. 12. 57, 2 StR 425/57).

6. Bei der Anwendung von Heilmethoden oder Heilmitteln handelt der Arzt nicht schon dann fahrlässig, wenn er von der Schulmedizin abweicht. Der Arzt ist nicht verpflichtet, das als am wirksamsten geltende Mittel auch dann anzuwenden, wenn seine auf sachliche Gründe gestützte persönliche Überzeugung mit der überwiegenden Meinung nicht übereinstimmt. Erkennt er aber oder mußte er erkennen, daß seine Heilmethode in einem bestimmten Fall nicht ausreicht oder verfehlt ist, so muß er, wenn es ein verbreiteteres und erprobteres anderes Verfahren gibt, entweder dieses anwenden oder die Behandlung aufgeben oder mindestens einen Facharzt hinzuziehen (BGH vom 30. 9. 55, 2 StR 206/55; nochmals bestätigt BGH vom 21. 6. 60, 1 StR 186/60).

7. Bewirkt der Arzt während einer Behandlung eine Perforation des Uterus und eine Zerreißen des Dickdarms, an dessen Folgen die Patientin starb, so ist die Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung dann gegeben, wenn zwischen dem als vorwerfbar festgestellten Unterlassen des Arztes (nicht rechtzeitiges Erkennen der Verletzung, keine wirksamen Gegenmaßnahmen, wie z. B. sofortige Unterrichtung der Patientin, elsbaldige Verbringung ins Krankenhaus zwecks Operation) und dem eingetretenen Erfolg ein Ursachenzusammenhang besteht. Es kommt darauf an, ob die Patientin mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit gerettet worden wäre, wenn der angeklagte Arzt die von ihm bewirkte Perforation sofort erkannt und die gebotenen ärztlichen Gegenmaßnahmen unverzüglich hätte durchführen lassen. Dabei ist die Möglichkeit, ob die Patientin vielleicht schon beim Aufsuchen des Arztes infolge eines früheren Eingriffs durch Dritte an einer beginnenden Bauchfellentzündung litt oder ob bei ihr wenigstens die Ursache einer Peritonitis bereits gesetzt war, zu prüfen. Es ist die Feststellung erforderlich, daß gerade diese Patientin durch eine rechtzeitige Operation, verbunden mit anderen Maßnahmen, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gerettet worden wäre.

8. Die Verpflichtung zur Vornahme eines Hausbesuches wird auch bei einem Facharzt nicht dadurch aufgehoben, daß der Arzt den Bitten um Hausbesuch meistens nicht nachkommt und dies in der Gemeinde bekannt ist. Selbst wenn man unterstellt, daß die Verletzten das gewußt haben, bedeutet das nicht, daß der Arztvertrag mit einer entsprechenden Einschränkung abgeschlossen worden ist. Hierzu bedarf es eines ausdrücklichen Vorbehalts. Auch die Abfehnung einer vorsorglich vom Arzt gegebenen Empfehlung der Einweisung in ein Krankenhaus enthebt ihn nicht der Verpflichtung zur Ausführung des Hausbesuches (BGH vom 21. 4. 61; 2 StR 78/61).

9. Für die Frage, ob eine pflichtwidrig unterlassene Vorsichtsmaßnahme ursächlich für den tödlichen Ausgang einer ärztlichen Behandlung ist, kommt es darauf an, ob erweislich festgestellt wird, daß bei einer zum gleichen Zeitpunkt unter Beachtung der gebotenen Vorsichtsmaßnahmen durchgeführten Behandlung der Tod nicht oder jedenfalls erst später eingetreten wäre (BGH, Urteil vom 27. 4. 66, 2 StR 36/66).

10. Zu den Sorgfaltspflichten des Narkosearztes, insbesondere bei der Durchführung einer Bluttransfusion und der notwendigen Identitätskontrolle, vgl. Urteil des BGH vom 6. 6. 1967 (1 StR 131/67).

11. Wird ein Betrunkener bewußtlos mit dem Hinweis in ein Krankenhaus eingeliefert, er sei auf der Straße liegend aufgefunden worden, handelt der Aufnahmearzt pflichtwidrig, wenn er den Patienten nicht röntgen läßt und ihn nicht fortlaufend beobachtet (OLG Köln – Beschluß vom 16. 11. 1973, 1 Zs 386/73).

## II. Körperverletzungsdelikte

### § 223 (Körperverletzung)

(1) Wer einen anderen körperlich mißhandelt oder an der Gesundheit beschädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ist die Handlung gegen Verwandte aufsteigender Linie begangen, so ist auf Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder auf Geldstrafe zu erkennen.

Anmerkung: 1. Während die Rechtsprechung des Reichsgerichts in jedem ärztlichen Eingriff den Tatbestand einer Körperverletzung verwirklicht und lediglich dessen Rechtswidrigkeit als durch die Einwilligung (oder mutmaßliche Einwilligung) des Patienten beseitigt ansah, neigt die wissenschaftliche Betrachtung in letzter Zeit stärker zu der Auffassung, daß ein zu Heilzwecken vorgenommener Eingriff schon rein tatbestandsmäßig keine Körperverletzung darstellt, wenn er nach dem Stande der ärztlichen Wissenschaft angezeigt ist und kunstgerecht ausgeführt wird. Auch nach dem Krieg ist die Rechtsprechung der Auffassung der Wissenschaft nicht gefolgt, sondern hat die Rechtsprechung des Reichsgerichts gedanklich weiter ausgebaut. Somit ist im strafrechtlichen Sinne jeder ärztliche Eingriff objektiv eine Körperverletzung, bei der es darauf ankommt, ob sie durch eine rechtserhebliche Einwilligung gerechtfertigt ist. Dabei hat die Rechtsprechung der Nachkriegszeit zum Begriff der Einwilligung die Vortrage der genügenden Aufklärung des Patienten durch den Arzt entwickelt. Nur wenn nach den Umständen des Falles eine genügende Aufklärung des Patienten erfolgte, wird seine daraufhin ausgesprochene Einwilligung als rechtserheblich angesehen (vgl. BGH vom 10. 2. 59, ÄM 1959 S. 458).

2. Maßgebend für die Beurteilung der ärztlichen Tätigkeit sind nicht die eingetretenen Folgen, sondern die Sachlage, wie sie sich dem Arzt vor dem Eingriff darstellte. Auch ein mißlungener Eingriff ist also keine Körperverletzung, sofern der Eingriff an sich der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprach. Ist dies nicht der Fall, dann kann fahrlässige Körperverletzung oder fahrlässige Tötung vorliegen. Zur Einwilligung in den ärztlichen Eingriff und zur ärztlichen Aufklärungspflicht siehe III, § 226 a Anmerkungen 11 und 12.

### § 223 a (Gefährliche Körperverletzung)

(1) Ist die Körperverletzung mittels einer Waffe, insbesondere eines Messers oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs oder mittels eines hinterlistigen Überfalls oder von mehreren gemeinschaftlich oder mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung begangen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Anmerkung: Eine Körperverletzung mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung hat das Reichsgericht z. B. gesehen in der Verleitung eines Schwer-

kranken durch einen Heilbehandler, eine sachgemäße und wirksame Hilfe nicht in Anspruch zu nehmen.

### § 223 b (Mißhandlung von Schutzbefohlenen)

(1) Wer Personen unter 18 Jahren oder wegen Gebrechlichkeit oder Krankheit Wehrlose, die seiner Fürsorge oder Obhut unterstehen oder seinem Hausstand angehören oder die von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder durch ein Dienst- oder Arbeitsverhältnis von ihm abhängig sind, quält oder roh mißhandelt, oder wer durch böswillige Vernachlässigung seiner Pflicht, für sie zu sorgen, sie an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe.

### § 224 (Schwere Körperverletzung)

(1) Hat die Körperverletzung zur Folge, daß der Verletzte ein wichtiges Glied des Körpers, das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen, das Gehör, die Sprache oder die Zeugungsfähigkeit verliert oder in erheblicher Weise dauernd entstellt wird oder in Siechtum, Lähmung oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(2) In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe.

Anmerkung: 1. Zeugungsfähigkeit = Fähigkeit zur Fortpflanzung, umfaßt also auch die Empfängnisfähigkeit;

2. für die Voraussehbarkeit der eingetretenen Folge vgl. Anm. zu § 226.

3. Zur freiwilligen Sterilisation vgl. 226 a, 8.

### § 225 (Beabsichtigte schwere Körperverletzung)

(1) War eine der vorbezeichneten Folgen beabsichtigt und eingetreten, so ist auf Freiheitsstrafe von zwei bis zu zehn Jahren zu erkennen.

(2) In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren.

Anmerkung: Z. B. Vornahme einer nicht medizinisch indizierten Sterilisation. Sie wird auch nicht durch die Einwilligung des oder der Sterilisierten gerechtfertigt, wenn sie trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt (vgl. Anm. 2 zu § 226 a).

### § 226 (Körperverletzung mit Todesfolge)

(1) Ist durch die Körperverletzung der Tod des Verletzten verursacht worden, so ist auf Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren zu erkennen.

(2) In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren.

Anmerkung: Für eine Bestrafung gemäß § 226 ist nach § 18 erforderlich, daß dem Täter hinsichtlich der eingetretenen Todesfolge „wenigstens Fahrlässigkeit zur Last fällt“.

### § 228 (Führungsaufsicht)

In den Fällen der §§ 223 bis 226 und 227 kann das Gericht Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1 Nr. 2)

### § 230 (Fahrlässige Körperverletzung)

Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines anderen verursacht, wird mit Geldstrafe oder mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren bestraft.

Anmerkung: Vgl. die Anmerkung zu § 222.

### § 232 (Strafantrag)

(1) Die vorsätzliche Körperverletzung nach § 223 und die fahrlässige Körperverletzung nach § 230 werden nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, daß die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält. Stirbt der Verletzte, so geht bei vorsätzlicher Körperverletzung das Antragsrecht nach § 77 Abs. 2 auf die Angehörigen über.

(2) ...

### III. Rechtswirksame Einwilligung in eine „Körperverletzung“, hier auch Einwilligung in den ärztlichen Eingriff und zur Aufklärungspflicht

#### § 226 a (Einwilligung des Verletzten)

Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung des Verletzten vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.

Anmerkung: 1. Die Vorschrift kann auch auf ärztliche Eingriffe Anwendung finden, die nicht unmittelbar der Heilbehandlung dienen, z. B. Eingriffe zu experimentellen Zwecken oder zu kosmetischen Zwecken; ferner Haut- oder Blutentnahmen zum Zweck der Übertragung auf Kranke. Die Entfernung der männlichen Keimdrüsen durch einen Arzt ist rechtlich zulässig, sofern sie das einzige ärztliche Mittel ist, den Betroffenen von einem entarteten Geschlechtstrieb zu befreien, und sofern sie Erfolg verspricht. Voraussetzung ist, daß der Betroffene den Eingriff nach sorgfältiger ärztlicher Belehrung über Art und Folgen freiwillig wünscht. Untersuchungshaft würde die Freiwilligkeit nicht ausschließen (BGH vom 13. 12. 63, Az.: 4 StR 379/63). Zur Frage der Freiwilligkeit und Ernsthaftigkeit der Einwilligung zur operativen Kastration bei einem Triebverbrecher in Sicherungsverwahrung vgl. OLG Stuttgart vom 25. 1. 1968 in NJW 1968 S. 1200.

2. Die Einwilligung rechtfertigt den Eingriff nicht, wenn dieser trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt. Sittenwidrigkeit hat das Reichsgericht z. B. angenommen bei Gesundheitsschäden, die durch Verschreibung von Betäubungsmitteln verursacht worden sind, wenn die Anwendung der Betäubungsmittel nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft nicht begründet war und auch der verordnende Arzt selbst sie nicht aus medizinischen Gründen für notwendig gehalten hat.

3. Sittenverstoß vom BGH in E von 19. 1. 53 verneint bei Bestimmungsmensur mit Schlägern: „Als Verstoß gegen die guten Sitten kann in diesem strafrechtlichen Sinne nur das angesehen werden, was nach dem Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden zweifellos strafwürdiges Unrecht ist. Das ist bei der Bestimmungsmensur nicht der Fall. Auch unter ihren Gegnern befinden sich angesehene Persönlichkeiten, die sie aus den verschiedensten Gründen nicht mit krimineller Strafe bedroht sehen wollen. Es kann nicht die Rede davon sein, daß alle billig und gerecht Den-

kenden über die Sittenwidrigkeit der Bestimmungsmensur einig seien.“

4. Die Einwilligung schließt die Rechtswidrigkeit nur aus, wenn sich der Eingriff nach Art und Maß im Rahmen der Einwilligung hält; entschuldbarer Irrtum über das Vorliegen der Einwilligung und entschuldbare Annahme der vermutlichen Einwilligung bei Bewußtlosen machen straffrei; bei unentschuldigbarem Irrtum kann fahrlässige Körperverletzung gegeben sein. Entschließt sich ein Arzt zur Operation einer Kranken, um eine Gebärmuttergeschwulst bei ihr zu entfernen, ohne sich vorher trotz der erkennbaren Möglichkeit, daß die Geschwulst nur bei völliger Ausräumung des Gebärmutterkörpers beseitigt werden kann, des Einverständnisses der Kranken mit einem so weitgehenden Eingriff zu versichern, so begeht er fahrlässige Körperverletzung, wenn er diesen schweren Eingriff gleichwohl vornimmt (BGHSt. 11/111).

5. Die „Einwilligung“ bereitet dann Schwierigkeiten, wenn ihr Vorliegen bei Minderjährigen oder bei einer Person, welche sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, zu prüfen ist. Dazu hat das OLG Hamm (VersR 57/741) für den Fall einer Cardiazol-Schockbehandlung einer in ein Krankenhaus eingewiesenen geisteskranken Person entschieden, daß Rechtswidrigkeit vorliegt, wenn sie ohne die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters vorgenommen wird. Die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters könne daraus abgeleitet werden, daß ihm die mit der Cardiazol-Schockbehandlung für den Patienten verbundenen Gefahren in den Grundzügen bekannt gewesen sind und er diese Gefahren bei seiner Erklärung gegenüber dem behandelnden Arzt, man solle alle erfolgversprechenden Mittel anwenden, in Kauf genommen hat. Wird ein Kranker auf seinen Antrag in eine Nervenklinik aufgenommen, dort aber entgegen seinem Willen in einer geschlossenen Abteilung untergebracht und einer schmerzhaften Schockbehandlung unterzogen, so ist die in seiner Festhaltung liegende Freiheitsentziehung und die mit der Behandlungsart verbundene Körperverletzung, solange eine richterliche Nachprüfung der Einweisung nicht erfolgt ist, als widerrechtlich anzusehen. Der Inhaber einer Klinik handelt fahrlässig, wenn er es unterläßt, sich über die Rechtsgarantien bei Freiheitsentziehung zu unterrichten (LG Ulm, VersR 1957/743). Die „Einwilligung“ eines Minderjährigen ist keine Willenserklärung im bürgerlich-rechtlichen Sinne. Sie kann demgemäß nicht nur durch den gesetzlichen Vertreter abgegeben werden, sondern ein Minderjähriger kann seine Einwilligung rechtswirksam selbst erteilen, falls er die notwendige Urteils- und Einsichtsfähigkeit besitzt und die erforderliche Aufklärung hierüber erhält (OLG München, NJW 58/633). Demgegenüber schränkt der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung vom 10. 2. 59 (Az.: 5 StR 533/58; ÄM 1959/458 ff.) die rechtserhebliche Einwilligung eines Minderjährigen auf Fälle ein, in denen das Leben des Patienten bedroht ist und damit der sofortige ärztliche Eingriff notwendig wird. Soweit der ärztliche Eingriff nicht zur Behebung einer lebensbedrohenden Situation „erforderlich“, sondern nur „gegeben“ ist, soll der Arzt „stets“ persönlich mit dem Erziehungsberechtigten in Verbindung treten und dessen Einwilligung einholen. Gegen die Auffassung des Bundesgerichtshofs, insbesondere bei der Unterschei-

dung in notwendige und nur gegebene ärztliche Eingriffe, vgl. *ÄM a. a. O.*

6. Eine rechtserhebliche Einwilligung wird vom LG Ravensburg in seiner Entscheidung vom 5. 3. 58 (Az.: Ns 3/58; *ÄM 1959/416 ff.*) dann verneint, wenn zwar die wörtliche Einwilligung vorliegt, der Patient aber durch falsche Sachdarstellung zu der Einwilligung bewogen worden ist, so daß er sich im Irrtum über die wahre Bedeutung des an ihm vorzunehmenden Eingriffs befand. Demgemäß ist eine Blutentnahme dann eine strafbare Körperverletzung, wenn der Patient nur darum in die Blutentnahme einwilligte, weil nach dem ihm mitgeteilten Sachverhalt die Untersuchung seines Blutes für erforderlich erklärt wurde, in Wirklichkeit jedoch das Blut zur Einspritzung bei einem anderen Menschen verwendet werden sollte und so verwendet wurde.

7. Die Einwilligung zur Heilbehandlung kann in zweifelstfrei geringfügigen Fällen auch den Eingriff durch einen Nichtarzt rechtfertigen, obwohl sich der Patient vorstellt, daß er von einem Arzt behandelt werde (Beispiel: selbständige Behandlung durch einen Famulus im Krankenhaus). Die Rechtfertigung des Helleingriffs ist daran gebunden, daß der Nichtarzt die Geringfügigkeit der Krankheit oder Verletzung selbst beurteilen kann und daß er die notwendige Sachkunde für die Behandlung besitzt. Praktisch kommen nur so einfach liegende Fälle in Betracht, daß bereits das äußere Erscheinungsbild der Erkrankung oder Verletzung nicht nur ihre Ungefährlichkeit zeigt, sondern auch sicher erkennen läßt, daß für die Behandlung oder Versorgung der Wunde nicht die Kenntnisse eines ausgebildeten Arztes erforderlich sind (BGH vom 1. 2. 61 [Bd. 16 S. 309 ff.]).

8. Die freiwillige Sterilisierung ist zur Zeit durch keine Vorschrift mit Strafe bedroht. Bei der freiwilligen Sterilisierung ist § 226 a StGB nicht anwendbar. Damit ist nichts darüber gesagt, ob ein Eingriff, welcher die Sterilisierung herbeiführt, etwa gegen die guten Sitten verstößt. Es ist auch nicht darüber entschieden, inwieweit derartige Sterilisierungen der ärztlichen Standespflicht widersprechen (BGH vom 27. 10. 64 in *DÄ 1965 S. 520 ff.*). Der 73. Deutsche Ärztetag in Stuttgart 1970 hat bei der Neufassung der Berufsordnung für die deutschen Ärzte einen neuen § 4 zur Sterilisation mit folgendem Wortlaut beschlossen: „Sterilisationen sind zulässig, wenn sie aus medizinischen, genetischen oder schwerwiegenden sozialen Gründen indiziert sind.“ Für die Rechtmäßigkeit der Sterilisation gibt der BGH (Urt. v. 29. 6. 1976, Bd. 67, 48) eine wesentliche Erkenntnishilfe. Danach ist — die eingehende Aufklärung über Bedeutung und Folgen der Sterilisation vorausgesetzt — diese dann gerechtfertigt, wenn der Arzt im Bewußtsein seiner Verantwortung für den Eingriff alle Umstände bedenkt, die aus ärztlicher Sicht im Einzelfall für und gegen einen solchen Eingriff sprechen. Hierbei sind das Alter, die Lebensverhältnisse der Betroffenen und auch die künftige psychische Gesundheit des Patienten zu bedenken. Darüber hinaus ist abzuwägen, ob nicht ein weniger schwerwiegender Weg als derjenige der Sterilisation beschritten werden kann. Im konkreten Fall behandelte ein Arzt, der eine 34jährige Frau und Mutter von drei Kindern unfruchtbar gemacht hat, nicht rechtswidrig, wenn sie die Sterilisation wünschte, weil sie keine weiteren Kinder mehr haben will. Nach gegenwärtigem Recht führt die rechtswidrige Sterilisation nicht zur Strafbarkeit,

sondern zum zivilrechtlichen Schadenersatzanspruch und gegebenenfalls zur berufsgerichtlichen Ahndung.

9. Zur Rechtmäßigkeit des Eingriffs der Kastretion vergleiche die im Anhang wiedergegebenen Vorschriften des Gesetzes vom 15. 8. 1969.

10. Die Einwilligung in eine genitalkorrigierende Operation (Geschlechtsänderung) kann wegen der mit ihr verbundenen Schwere des Eingriffs in organisch gesunde Körperteile und wegen ihrer die Gesamtpersönlichkeit verändernden Auswirkung nur in ganz eindeutigen Ausnahmefällen, in denen sie zur Vermeidung schwerster seelischer und körperlicher Beeinträchtigungen unerlässlich erscheint, als nicht sittenwidrig bewertet werden (BGH — Beschluß vom 21. 9. 1971 — IV ZB 61/70).

11. Ein Arzt ist nicht verpflichtet, vor einem von ihm vorzunehmenden medizinischen Eingriff über die damit verbundenen Gefahren aufzuklären, wenn der Patient die erforderliche Aufklärung schon durch einen anderen Arzt erhalten hat. In einem solchen Fall ist der Eingriff auf Grund der Einwilligung des Kranken auch dann objektiv gerechtfertigt, wenn dem behandelnden Arzt der Umstand, daß die Aufklärung anderweit erfolgt war, nicht bekannt gewesen ist (BGH vom 26. 3. 63; *ÄM 1963 S. 2051 ff.*). Entschließt sich ein Arzt bei einem chirurgischen Eingriff am Zwölffingerdarm anstelle der Narkose zu einer Periduralanästhesie, dann hat er in der Regel den Patienten auch über diesen Eingriff und dieses Verfahren aufzuklären (BGH vom 12. 2. 74, VR 1974 S. 752).

Zur Frage der Verantwortlichkeit des Klinikdirektors und des ausführenden Operateurs für die ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten über die Folgen des beabsichtigten Eingriffs als Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung in den Eingriff vgl. OLG Hamburg, Urt. v. 19. 11. 1974 — *NJW 1975, 603*. Die Anforderungen an die ärztliche Aufklärung können im Einzelfall auch in der Person des Patienten relativiert sein; so bei einem intelligenten und aufgeschlossenen Patienten, der wegen einschlägigen Leidens bereits schon mehrere Fachärzte konsultiert hat. Es entspricht nicht der Billigkeit, wenn ein geistig reger und mit der allgemeinen Natur und Schwere des Eingriffs vertrauter Patient nachträglich die Folgen seines Entschlusses auf den Arzt ebladen will, obwohl ihm eingetretene Komplikationen ihrer allgemeinen Natur nach nicht unvermutet erscheinen konnten (BGH — Urt. v. 4. 11. 1975 — *MDR 1976, 304*).

12. Hat der Arzt einen Patienten, der sich im großen und ganzen über die Natur eines notwendigen Eingriffs im klaren ist, auf ein in seinem Falle bestehendes erhöhtes Operationsrisiko unter Erläuterung im einzelnen hingewiesen, so kann es zulässig sein, ein näheres Eingehen auf die möglichen Zwischenfälle, in denen sich dieses erhöhte Risiko verwirklichen kann, von entsprechenden Fragen des Patienten abhängig zu machen (BGH vom 28. 11. 1972 — *VI ZR 133/71*).

13. Stößt der Arzt während einer Operation unerwartet auf ein erhöhtes Operationsrisiko, so muß er den Eingriff abbrechen, wenn er für seinen Fortgang nunmehr mangels entsprechender Aufklärung keine wirksame Einwilligung des Patienten hat und der Abbruch zum Zweck der Einholung einer zusätzlichen Einwilligung aus medizinischer Sicht vertretbar ist (BGH Urt. v. 2. 11. 1976 — *VI ZR 134/75*).

#### IV. Schwangerschaftsabbruch, Werbung für den Schwangerschaftsabbruch sowie In-Verkehr-Bringen von Mitteln zum Abbruch der Schwangerschaft

##### Anmerkung:

Die nachstehenden Vorschriften über den Schwangerschaftsabbruch ergeben sich aus der Fassung des 15. Strafrechtsänderungsgesetzes vom 18. 5. 1976 (BGBl I S. 1213). Dieses Gesetz schließt die Lücke, welche durch Urteil des BVerfG vom 25. 2. 1975 dadurch entstanden war, daß die 1. Fassung von § 218 a – sogenannte „Fristenlösung“ – für nichtig erklärt worden ist.

##### § 218 (Abbruch der Schwangerschaft)

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn der Täter

1. gegen den Willen der Schwangeren handelt oder
2. leichtfertig die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren verursacht.

Das Gericht kann Führungsaufsicht anordnen (§ 68 Abs. 1 Nr. 2).

(3) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung (§ 218 b Abs. 1 Nr. 1, 2) von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen verstrichen sind. Das Gericht kann von einer Bestrafung der Schwangeren nach Satz 1 absehen, wenn sie sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.

##### § 218 a (Indikation zum Schwangerschaftsabbruch)

(1) Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt ist nicht nach § 218 strafbar, wenn

1. die Schwangere einwilligt und
2. der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(2) Die Voraussetzungen des Absatzes 1 Nr. 2 gelten auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis

1. dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann,
2. an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 begangen worden ist und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht, oder

3. der Abbruch der Schwangerschaft sonst angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die

a) so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, und

b) nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(3) In den Fällen des Absatzes 2 Nr. 1 dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen, in den Fällen des Absatzes 2 Nr. 2 und 3 nicht mehr als zwölf Wochen verstrichen sein.

##### § 218 b (Abbruch der Schwangerschaft ohne Beratung der Schwangeren)

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß die Schwangere

1. sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff wegen der Frage des Abbruchs ihrer Schwangerschaft an einen Berater (Absatz 2) gewandt hat und dort über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder beraten worden ist, insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern, und

2. von einem Arzt über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte beraten worden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar.

(2) Berater im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 ist

1. eine von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannte Beratungsstelle oder

2. ein Arzt, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt und

a) als Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nummer 1) mit der Beratung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 betraut ist,

b) von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts als Berater anerkannt ist oder

c) sich durch Beratung mit einem Mitglied einer anerkannten Beratungsstelle (Nummer 1), das mit der Beratung im Sinne des Absatzes 1 Nr. 1 betraut ist, oder mit einer Sozialbehörde oder auf andere geeignete Weise über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Hilfen unterrichtet hat.

(3) Absatz 1 Nr. 1 ist nicht anzuwenden, wenn der Schwangerschaftsabbruch angezeigt ist, um von der Schwangeren eine durch körperliche Krankheit oder Körperschaden begründete Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit abzuwenden.

##### § 219 (Abbruch der Schwangerschaft ohne ärztliche Feststellung)

(1) Wer eine Schwangerschaft abbricht, ohne daß ihm die schriftliche Feststellung eines Arztes, der nicht selbst den Schwangerschaftsabbruch vornimmt, darüber vorgelegen hat, ob die Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2, 3 gegeben sind, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist. Die Schwangere ist nicht nach Satz 1 strafbar.



(2) Ein Arzt darf Feststellungen nach Absatz 1 nicht treffen, wenn ihm die zuständige Stelle dies untersagt hat, weil er wegen einer rechtswidrigen Tat nach Absatz 1 oder den §§ 218, 218b, 219 a, 219b oder 219c oder wegen einer anderen rechtswidrigen Tat, die er im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch begangen hat, rechtskräftig verurteilt worden ist. Die zuständige Stelle kann einem Arzt vorläufig untersagen, Feststellungen nach Absatz 1 zu treffen, wenn gegen ihn wegen des Verdachts einer der in Satz 1 bezeichneten rechtswidrigen Taten das Hauptverfahren eröffnet worden ist.

#### § 219 a (Unrichtige ärztliche Feststellung)

(1) Wer als Arzt wider besseres Wissen eine unrichtige Feststellung über die Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2, 3 zur Vorlage nach § 219 Abs. 1 trifft, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in § 218 mit Strafe bedroht ist.

(2) Die Schwangere ist nicht nach Absatz 1 strafbar.

#### § 219 b (Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft)

(1) Wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften (§ 11 Abs. 3) seines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise

1. eigene oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung eines Schwangerschaftsabbruchs oder

2. Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zum Abbruch der Schwangerschaft geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekanntgibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Absatz 1 Nr. 1 gilt nicht, wenn Ärzte oder anerkannte Beratungsstellen (§ 218 b Abs. 2 Nr. 1) darüber unterrichtet werden, welche Ärzte, Krankenhäuser oder Einrichtungen bereit sind, einen Schwangerschaftsabbruch unter den Voraussetzungen des § 218 a vorzunehmen.

(3) Absatz 1 Nr. 2 gilt nicht, wenn die Tat gegenüber Ärzten oder Personen, die zum Handel mit den in Absatz 1 Nr. 2 erwähnten Mitteln oder Gegenständen befugt sind, oder durch eine Veröffentlichung in ärztlichen oder pharmazeutischen Fachblättern begangen wird.

#### § 219 c (In-Verkehr-Bringen von Mitteln zum Abbruch der Schwangerschaft)

(1) Wer in der Absicht, rechtswidrige Taten nach § 218 zu fördern, Mittel oder Gegenstände, die zum Schwangerschaftsabbruch geeignet sind, in den Verkehr bringt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Die Teilnahme der Frau, die den Abbruch ihrer Schwangerschaft vorbereitet, ist nicht nach Absatz 1 strafbar.

(3) Mittel oder Gegenstände, auf die sich die Tat bezieht, können eingezogen werden.

#### § 219 d (Begriffsbestimmung)

Handlungen, deren Wirkung vor Abschluß der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter eintritt, gelten nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne dieses Gesetzes.

(1) Wer eine wegen jugendlichen Alters, Gebrechlichkeit oder Krankheit hilflose Person aussetzt, oder wer eine solche Person, wenn sie unter seiner Obhut steht oder wenn er für ihre Unterbringung, Fortschaffung oder Aufnahme zu sorgen hat, in hilfloser Lage verläßt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) ...

(3) Ist durch die Handlung eine schwere Körperverletzung (§ 224) der ausgesetzten oder verlassenen Person verursacht worden, so tritt Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren und, wenn durch die Handlung der Tod verursacht worden ist, Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren ein.

### V. Aussetzung

#### § 221

### VI. Freiheitsberaubung und Nötigung

#### § 239 (Freiheitsberaubung)

(1) Wer widerrechtlich einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise des Gebrauchs der persönlichen Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Wenn die Freiheitsentziehung über eine Woche gedauert hat oder wenn eine schwere Körperverletzung (§ 224) des der Freiheit beraubten durch die Freiheitsentziehung oder die ihm während derselben widerfahrene Behandlung verursacht worden ist, so ist auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen. In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe.

(3) Ist der Tod des der Freiheit beraubten durch die Freiheitsentziehung oder die ihm während derselben widerfahrene Behandlung verursacht worden, so ist auf Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren zu erkennen. In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren.

*Anmerkung: Die Vorschrift erfährt eine wesentliche Ergänzung durch Art. 104 des Grundgesetzes:*

(1) Die Freiheit der Person kann nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden. Festgehaltene Personen dürfen weder seelisch noch körperlich mißhandelt werden.

(2) Über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden. Bei jeder nicht auf richterlicher Anordnung beruhenden Freiheitsentziehung ist unverzüglich eine richterliche Entscheidung herbeizuführen. Die Polizei darf aus eigener Machtvollkommenheit niemanden länger als bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen in eigenem Gewahrsam halten. Das Nähere ist gesetzlich zu regeln.

...

*Unter diesen Gesichtspunkten bedarf vor allem die vorbeugende Unterbringung in Heil-, Pflege- und sonstigen Anstalten dringend einer klaren gesetzlichen Regelung; solange ist den verantwortlichen Ärzten zu raten, in Zweifelsfällen stets eine richterliche Anordnung gemäß Art. 104 Abs. 2 GG herbeiführen zu lassen. Zuständig hierfür sind nach einer Entscheidung des BGH vom 4. 2. 52 mangels einer anderen gesetz-*

lichen Regelung die ordentlichen Gerichte (Amtsgerichte) im Verfahren der freiwilligen Gerichtsbarkeit. Im Gegensatz hierzu nehmen aber auch vielfach die Verwaltungsgerichte die Zuständigkeit für sich in Anspruch. Das Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehung vom 29. 6. 56 (BGBl I/599) regelt lediglich das Verfahren bei Freiheitsentziehungen, die auf Grund **Bundesrechts** angeordnet werden. Mit dieser in § 1 bestimmten Einschränkung hat der Gesetzgeber klargestellt, daß die Verfahrensregeln für Einweisungen auf Grund der in den einzelnen Ländern bestehenden Vorschriften weiterhin Landesrecht bleiben sollen. Die Unterbringung psychisch Kranker, Rauschgift- und Alkoholsüchtiger ist jedoch materiellrechtlich ausschließlich in landesrechtlichen Bestimmungen geregelt. Aus diesem Grunde kommt das Bundesgesetz vom 29. 6. 1956 auf die Unterbringung dieses Personenkreises nicht zur Anwendung. Die in § 1 des Gesetzes vorausgesetzte **Freiheitsentziehung** auf Grund Bundesrechts kann sich nur aus der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, dem Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, § 20 der Fürsorgepflichtverordnung und § 7 der Ausländerpolizeiverordnung ergeben. Die ursprünglich vorgesehene Einbeziehung auch der Geisteskranken, Rauschgift- und Alkoholsüchtigen in § 4 eines Entwurfs des Gesetzes ist nach den Beratungen im Bundesrat gestrichen worden. Die bundeseinheitliche Regelung für Geisteskranke wird in einem Gesetz über psychisch Kranke getroffen werden, welches nicht nur Verfahrensvorschriften, sondern auch materiellrechtliche Regelungen enthalten wird. Das Unterbringungsverfahren wird nach den Vorschriften des Gesetzes über die freiwillige Gerichtsbarkeit von den Amtsgerichten durchgeführt.

#### § 240 (Nötigung)

(1) Wer einen anderen rechtswidrig mit Gewalt oder durch Drohung mit einem empfindlichen Übel zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung nötigt, wird wegen Nötigung mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe, in besonders schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Rechtswidrig ist die Tat, wenn die Anwendung der Gewalt oder die Androhung des Übels zu dem angestrebten Zweck als verwerflich anzusehen ist.

(3) Der Versuch ist strafbar.

*Anmerkung: Gewalt ist auch die Anwendung der Hypnose oder eines betäubenden oder berausenden Mittels, um einen anderen gegen seinen Willen bewußtlos oder widerstandsunfähig zu machen.*

*Bestrafung aus § 240 kann auch in Frage kommen bei Heileingriffen ohne oder gegen den Willen des Patienten, sofern dessen Einwilligung gefahrlos eingeholt werden konnte; z. B. wenn der Arzt sich bei einer zwecks Entfernung eines Geschwürs im Uterus genehmigten Narkose nachträglich entschließt, die Gebärmutter ganz zu entfernen, was die Patientin zuvor ausdrücklich verboten hatte. Doch wird es dabei auf die Umstände des einzelnen Falles ankommen. Stellt der Arzt während der Operation fest, daß er zur Erhaltung des Lebens oder der Gesundheit weiter gehen muß, so ist er nicht strafbar, wenn er der Überzeugung sein kann, daß der Patient dies bei vernünftiger Überlegung gebilligt hätte.*

(aus „Deutscher Ärztekalendar 1979“, Urban & Schwarzenberg)

(Fortsetzung folgt)

### Rentenreform 1984

Die Bundesrepublik Deutschland hat einen neuen Bundespräsidenten, Karl Carstens – ein hoch respektabler Mann, der sich über Jahrzehnte in wichtigen Staatsämtern bewährt hat: als Staatssekretär im Außenministerium und im Verteidigungsministerium und im Kanzleramt, dann als Fraktionsvorsitzender der CDU/CSU im Bundestag und zuletzt als Präsident des Bundestages. Gewiß, Carstens ist kein umtriebiger Mann; rheinische Fröhllichkeit strahlt er nicht aus. Das Norddeutsche hat ihn geprägt. Konservativ ist sein Zuschnitt. Das hat genügt, gegen ihn eine Kampagne zu entfesseln, was einen Verfall der politischen Sitten signalisiert.

Carstens Wahl aber bedeutet sicherlich nicht, so wie dies gelegentlich geschrieben worden ist, daß sich in Bonn ein Mechtwechsel anbahnt. Der ist nicht in Sicht. Schmidt regiert unangefochten, aber nicht, weil die Koalitionsparteien geschlossen operierten. SPD und F.D.P. sind innerlich zerstritten und haben Führungsprobleme. Sie können sich diese leisten, da die Union aber auch wirklich alles nur Mögliche tut, um in der Opposition zu bleiben. Wenn nicht alles täuscht, treibt die Union dem Bruch entgegen. Das kann niemand wünschen, dem die Stabilität des Landes am Herzen liegt, zu der eben auch das funktionierende Wechselspiel von Regierung und Opposition gehört.

In der politischen Hektik dieser Wochen kommen die Sachprobleme zu kurz. Wer über die Führungsprobleme der Parteien nachsinnt und spekuliert, den kann ein Thema wie die bis 1984 fällige Rentenreform kaum noch bewegen. Dabei hat auch diese Frage eine politische Dimension. Die Politiker mögen es vielleicht ahnen, die Bürger wissen aber noch nicht, was auf sie zukommen kann. Das Verfassungsgericht hat 1975 den Gesetzgeber aufgefordert, bis 1984 für die Gleichstellung von Mann und Frau in der Hinterbliebenenversorgung zu sorgen; es hat nicht schlechthin die Gleichstellung von Mann und Frau im Rentenrecht verlangt. Es geht also darum, daß Witwen und Witwer unter den gleichen Bedingungen eine Hinterbliebenenrente erhalten. Heute bekommt die Witwe stets eine Hinterbliebenenrente, die aus der Rente des verstorbenen Mannes abgeleitet wird. Der Witwer hat nur dann Anspruch auf eine Rente, wenn er von der verstorbenen Frau überwiegend unterhalten worden ist.

Es wäre finanziell unmöglich, künftig auch allen Witwern eine von der Rente der Frau abgeleitete Rente zu finanzieren. Das ist das Problem.

Nun hat eine von Minister Ehrenberg vor zwei Jahren berufene Kommission die damit verbundenen Schwierigkeiten aufbereitet. Lesbar für den Laien ist dieses Gutachten freilich nicht. Selbst der Fachmann hat seine Mühe, zumal die Argumentation der Kommission nicht ohne Widersprüche ist. Einig war sich die Kommission, der Sachverständige und Politiker angehörten, darüber, daß künftig die Ehepartner wechselseitig an den Rentenansparungen des Partners teilhaben sollen. Daher wird von Teilhaberrente gesprochen. Im Ergebnis würde damit auch die Frau, die keine eigenen Ansprüche angesammelt hat, einen eigenständigen Rentenanspruch erwerben.

Die Kommission, deren Vorschläge die Reformpläne der Parteien sicherlich beeinflussen werden, will am geltenden Rentenrecht nichts ändern, solange beide Ehepartner leben. Jeder Ehepartner soll also beim Erreichen der Altersgrenze oder im Falle der Invalidität eine seiner eigenen Beitragsleistung entsprechende Rente bekommen. Die Neuregelung soll damit erst beim Tod des Ehepartners wirksam werden. Der hinterbliebene Ehepartner erhält aber nur dann eine Rentenleistung, wenn er die Altersgrenze erreicht oder berufs- und erwerbsunfähig wird. Bei Witwen und Witwern werden die Renten nach gleichen Grundsätzen berechnet. Dafür hat die Kommission drei Modelle entwickelt. Die Mehrheit der Kommission hat sich nicht auf ein Modell festlegen wollen.

**Modell 1:** Der hinterbliebene Ehepartner bekommt eine Rente in Höhe von 75 Prozent der während der Ehe von beiden Ehepartnern erworbenen Anwartschaften, zuzüglich 100 Prozent der eigenen, vor der Ehe angesammelten Ansprüche.

**Modell 2:** Der überlebende Ehegatte erhält als Rente 75 Prozent der von beiden Ehepartnern vor und während der Ehe erworbenen Anwartschaften.

**Modell 3:** Der überlebende Ehepartner bekommt 70 Prozent der von beiden Ehepartnern vor und in der Ehe erworbenen Anwartschaften, mindestens jedoch 100 Prozent der auf eigener Beitragsleistung beruhenden Ansprüche.

Bei allen Modellen gibt es, wenn man so will, Gewinner und Verlierer. Geringere Leistungen haben vor allem jene Frauen zu erwarten, die als Witwen über Erwerbseinkommen oder über eigene Rentenansprüche verfügen, die nach heutigem Recht durch die unbedingte Witwenrente in Höhe von 60 Prozent der Mannesrente ergänzt werden. Nach dem Modell 1 würden alle Witwen, die keine Beiträge geleistet haben und deren Mann mehr als 20 Prozent seiner Anwartschaften vor der Ehe angesammelt hat, schlechter gestellt. Legt man die heutigen Verhältnisse zugrunde, so bliebe den Hausfrauen unter den Witwen ein Versorgungsanspruch von nur 49 Prozent. Auch der Mann schnitte immer dann schlechter ab als heute, wenn die Frau nicht wenigstens ein Drittel der Anwartschaften des Mannes während der Ehe angesammelt hätte.

Im Modell 2 können die Folgen für den Witwer noch gravierender sein, wenn seine Frau nie erwerbstätig war; er fiel dann im Rentenfall auf 75 Prozent seiner auf eigener Beitragsleistung beruhenden Ansprüche zurück. Der Ledige hätte solche Renten Kürzungen nicht zu erwarten. Das Modell 1 und – mit Einschränkung – auch das Modell 2 sind nicht als ehfreundlich einzustufen. Dagegen gibt das Modell 3 eine Art Besitzstandsgarantie. Jeder Ehepartner erhält wenigstens die auf eigener Beitragsleistung beruhenden Ansprüche als Rente eingelöst.

Um die Härten der Modellvorschläge zu mildern, hat die Kommission einige ergänzende Vorstellungen entwickelt. So soll wie bisher eine aus der Rente des Mannes abgeleitete Rente an die Witwen gezahlt werden, die Kinder erziehen. Eine solche Rente sollen auch die Frauen im vorgerückten Alter bekommen (45 Jahre), wenn ihnen z. B. wegen früherer Kindererziehung der Eintritt in das Berufsleben nicht mehr zuzumuten ist. Frauen, die Kinder aufziehen, sollen je Kind drei Beitragsjahre gutgeschrieben bekommen.

Was aus diesen Plänen wird, läßt sich schwer sagen. Die meisten Chancen hat sicherlich das Modell 3. Aber alle Modelle führen zu mehr oder minder hohen Belastungen der Rentenversicherung und des Bundeshaushalts. Über die Finanzierung aber schweigt sich die Kommission aus. Dennoch empfiehlt sie, diese Neuregelung auch auf das Beamtentum und die berufsständischen Versorgungswerke zu übertragen. Ein Rezept dafür gibt die Kommission freilich nicht. Bis 1984 wird noch viel Wasser durch den Rhein an Bonn vorbeifließen.

bonn-mof

## **Satzung zur Änderung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung**

Vom 5. April 1979

Aufgrund des Art. 9 Abs. II des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. Dezember 1933 (BayBS I S. 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Juni 1978 (GVBl. S. 335), erläßt die Bayerische Versicherungskammer mit Zustimmung des Landesausschusses sowie mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 19. März 1979 (Az.: I A 9-938-40/2) und mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr vom 20. Februar 1979 (Nr. 514g-IV/5b-8912) folgende Satzung:

### **§ 1**

Die Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung vom 9. Juni 1971 (GVBl. S. 210), zuletzt geändert am 6. April 1978 (GVBl. S. 158), wird wie folgt geändert:

1. § 6 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 9 wird aufgehoben.
- b) Die bisherige Nummer 10 wird Nummer 9.

2. § 10 erhält folgende Fassung:

### **„§ 10**

#### ***Aufbringung und Verwendung der Mittel***

(1) Die Mittel des Versorgungswerkes werden durch die Beiträge der Mitglieder, durch Erträge aus Kapitalanlagen und durch sonstige Er-

träge aufgebracht. Die Mittel dürfen nur zur Bestreitung der satzungsmäßigen Leistungen und der notwendigen Verwaltungskosten verwendet werden.

(2) Für das Versorgungswerk ist ein versicherungstechnischer Geschäftsplan zu erstellen, der den Ausgleich zwischen Einnahmen und Ausgaben langfristig sicherzustellen hat und der der Genehmigung durch die Versicherungsaufsichtsbehörde bedarf.

(3) Soweit die Einnahmen eines Jahres nicht zu den satzungsmäßigen Leistungen und zur Bestreitung der Verwaltungskosten verwendet werden, sind sie den nach allgemeinen Bilanzgrundsätzen sowie den nach dem versicherungstechnischen Geschäftsplan zu bildenden Rückstellungen und sonstigen Reserven zuzuwenden.

(4) Für die Anlage der Mittel gelten die gesetzlichen Vorschriften, die danach erlassenen Anordnungen der Versicherungsaufsichtsbehörde und der versicherungstechnische Geschäftsplan mit den hierin abgegebenen geschäftsplanmäßigen Erklärungen.

(5) Die versicherungstechnische Lage der Anstalt ist spätestens alle 5 Jahre nach Maßgabe des versicherungstechnischen Geschäftsplanes zu überprüfen. Der Landesausschuß berät über die versicherungsmathe-

mathischen Ergebnisse und faßt die erforderlichen Beschlüsse."

3. In § 36 Abs. 1 werden die Worte „en Kindes Statt angenommene Kind" durch die Worte „gemäß den Bestimmungen des Adoptionsrechts angenommene Kind" ersetzt.

4. In § 39 Abs. 1 Nr. 2 werden die Worte „an Kindes Statt angenommenen Kinder" durch die Worte „gemäß den Bestimmungen des Adoptionsrechts angenommenen Kinder" ersetzt.

5. § 42 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „en Kindes Statt angenommenen Kinder" durch die Worte „gemäß den Bestimmungen des Adoptionsrechts angenommenen Kinder" ersetzt.

b) Im Absatz 2 werden die Worte „wenn der Vertrag zur Annahme an Kindes Statt erst nach Eintritt der Voraussetzungen für den Bezug des Altersruhegeldes geschlossen wurde" durch die Worte „wenn der Antrag auf Annahme als Kind erst nach Eintritt der Voraussetzungen für den Bezug des Altersruhegeldes notariell beurkundet wurde" ersetzt.

6. § 50 erhält folgende Fassung:

### **„§ 50**

#### ***Widerspruchsverfahren***

(1) Gegen Verwaltungsakte des Versorgungswerkes ist der Widerspruch nach den Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung in Verbindung mit den Vorschriften des Bayerischen Verwaltungsverfahrensgesetzes gegeben.

(2) Den Widerspruchsbescheid erläßt die Bayerische Versicherungskammer."

7. Die §§ 51 und 52 werden aufgehoben.

### **§ 2**

§ 1 Nrn. 1, 6 und 7 dieser Satzung treten am 1. September 1979 in Kraft. Im übrigen tritt diese Satzung mit Wirkung vom 1. Januar 1979 in Kraft.

München, den 5. April 1979

Bayerische Versicherungskammer  
K n i e s, Präsident

(aus „Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt" Nr. 9/1979)

**Klinische Fortbildung in Bayern**

— Programm Seite 650 ff. —

### Entwicklung der Magen Chirurgie seit etwa einem Jahrhundert

von Gabriel Mayer

Angeregt zu dieser Zusammenstellung wurde ich durch zwei Fälle von selektiver Vagotomie, die im letzten Vierteljahr bei uns lagen. Ein Fall hatte ein Duodenalulkusrezidiv mit starken Schmerzen, etwa ein halbes Jahr nach der ersten Operation. Beim zweiten Fall lag die Erstoperation etwa eineinviertel Jahre zurück. Beide Fälle wurden mit einer mittelschweren Blutung eingeliefert und es wurde sowohl gastroskopisch als auch röntgenologisch (Dr. Kunze) ein blutendes Rezidivulkus in einem deformierten Bulbus festgestellt. Beide Fälle konnten konservativ behandelt werden. Die Blutung kam zum Stehen und das Ulkus ist, gastroskopisch kontrolliert, abgeheilt.

Diese zwei Fälle haben mich angeregt, über die Methoden der Ulkusbehandlung nachzudenken. Aus zwei Fällen kann man keine Kritik an der Methode ableiten, aber wenn sie zufällig innerhalb einiger Wochen auftreten, wird man skeptisch.

Die selektive Vagotomie hatte vor Jahren ihre Geburtswehen, und wir haben es Herrn Professor Holle zu verdanken, daß er in unermüdlicher Arbeit die Methode ausgefeilt hat. Trotz anfänglich harter Angriffe verzagte er nicht, und die selektive Vagotomie ist jetzt Allgemeingut eines jeden Magen Chirurgen.

Es könnte zunächst aussehen, als wäre diese Methode technisch leichter als eine Resektion eines tiefsitzenden Duodenalulkus, nur in der Hand des Geübten aber bringt sie die hervorragenden Erfolge mit geringer Mortalität.

Es sind jetzt beinahe 100 Jahre vergangen, daß Professor Billroth in Wien die erste Resektion beim Karzinom wagte (1881). In den folgenden 100 Jahren ist es in der Magen Chirurgie immer wieder Auf und Ab gegangen. Zunächst hat man die Operation wegen der hohen Mortali-

tät nur beim Karzinom gewagt. Dann ging man langsam über, sie auch beim Ulkus zu propagieren und Professor Rydiger wagte die erste Ulkusresektion. Damals ging ein Sturm dagegen durch die medizinische Literatur und es wurde der Spruch getan: „Hoffentlich war dies die letzte Resektion bei einem Geschwür.“ Daß dem nicht so war, haben die nächsten Jahrzehnte bewiesen. Billroth erfand sowohl den sogenannten Billroth I als auch den Billroth II. Beide Methoden wurden von den verschiedensten Chirurgen geringgradig umgewandelt.

Die häufigste Form des Billroth II ist die nach Hofmeister-Wilms-Finsterer mit hinterer GE. Der Streit, ob Bi. I oder Bi. II die bessere Methode sei, wurde in den Jahren vor dem Zweiten Weltkrieg von den Schulen von Professor v. Haberer, Köln, und Finsterer, Wien, fast so scharf ausgetragen wie die Auseinandersetzungen zwischen Professor Magnus und Professor Böhler zur Wirbelbruchbehandlung.

Die amerikanischen und englischen Schulen kamen wieder mehr von der Resektion des Ulkus ab und entschieden sich für die früher schon geübte GE als vordere oder hintere GE wegen der damals zu hohen Mortalität bei der Resektion.

Ich darf dazu einen Fall kurz aufzeigen. 1953 operierte ich einen 55jährigen Patienten, der eine alte Tb hatte und in sehr schlechtem AZ und KZ war. Er hatte röntgenologisch eine fast totale gutartige Pylorusstenose. Ich machte damals in Evipan-Äther-Narkose eine hintere GE als den kleinsten Eingriff bei dem schwer reduzierten Patienten. Der postoperative Verlauf war zunächst glatt. Am neunten Tag bekam er eine leichte Nachblutung mit Teerstühlen. Die Röntgenuntersuchung zeigte eine gutfunktionierende GE, dazu ein hochsitzendes kleines Nischenulkus an der kleinen Kurvatur, das ich bei der Erstoperation nicht gesehen hatte.

Die Blutung stand auf konservative Behandlung. Zwei Jahre später operierte ich den Patienten an einem Narbenbruch. Ein Nischenulkus konnte damals nicht festgestellt werden. Acht Jahre später operierte ich den Patienten nochmals an einem Leistenbruch und auch damals war kein Ulkus mehr zu sehen und dem Patienten ging es vom Magen her gut.

Ein zweiter Fall in ähnlicher Richtung war ein sehr schweres tiefsitzendes Duodenalulkus, das praktisch nicht resezierbar war. Es wurde ebenfalls eine GE, in diesem Falle aber eine vordere GE mit Braunschwer Anastomose ausgeführt, weil der Patient erst 40 Jahre alt war und ein peptisches Ulkus befürchtet wurde. Es trat auch prompt zwei Jahre später an typischer Stelle auf. Der Patient wurde wieder operiert. Bei der zweiten Operation war das Duodenalulkus ausgeheilt und die Duodenalstumpfvorsorgung einfach, die Resektion der GE und die Nachresektion des Magens waren technisch nicht schwierig. Heute würde man im letzteren Falle sicher eine selektive Vagotomie machen, die aber damals noch nicht bekannt war. Man kann also sagen, daß man die GE in ausgewählten Fällen nicht absolut verdammen soll.

In den fünfziger Jahren war ich längere Zeit als Mitarbeiter des Magen-Darm-Spezialisten Dr. Kuchenbauer tätig. In dieser Zeit sah ich eine große Anzahl von GE-Patienten, die zum Teil beschwerdefrei waren und zum Teil peptische Ulzera hatten. Ich konnte damals 54 Fälle nachresezieren, oft technisch ein schwieriger Eingriff, langdauernd und damals noch ohne Intubationsnarkose. Leider waren mir seinerzeit die Arbeiten von Professor Nissen über die Umwandlungsoperationen und Korrekturoperationen am Magen noch nicht bekannt. Auch der berühmte Internist, Professor Bergmann, erzählte in der Vorlesung immer von seinem Schicksal als Magenoperierter. Er bekam auch zuerst eine GE, wurde dann später von Professor Haberer nachreseziert und erst dann wurde er beschwerdefrei.

Auch die Technik der Magenoperationen im allgemeinen hat im Laufe der Jahre gewaltige Änderungen erfahren. Ich darf nur erinnern an das Operieren mit oder ohne Magenklappen, an die Nahttechnik, ob einreihig, zweireihig oder dreireihig, an die Verwendung des Nahtmaterials, an die Verwendung von Nähapparaten und in neuester Zeit an die Anastomosen-Nähapparate. Das Problem des Nahtmaterials ist in den

letzten Jahren, glaube ich, als gelöst zu betrachten, da die resorbierbaren Kunststoffäden ideale Verhältnisse bringen.

Die Duodenal-Ulkus-Resektion mit der oft schwierigen Stumpfvorsorgung hat ganze Büchererien hervorgebracht. Ich darf dabei an die Resektion zur Ausschaltung nach Professor Finsterer erinnern, an die Muskularisschlauchbildung nach Professor Scheicher, die dieser in den ersten Nachkriegsjahren 1947/48 angegeben hatte und damit gute Erfolge erzielte. Dann an die geniale Methode nach Professor Nissen mit Vorderwanddeckung und belassenem Ulkus oder der Anastomose des Duodenalstumpfes mit einer ausgeschalteten Dünndarmschlinge. Professor Zenker verschloß damals den Duodenalstumpf über ein Gummirohr, das er nach außen ableitete und hatte damit gute Erfolge. Auch die Methode nach McNealy sei der Vollständigkeit halber mit angegeben.

Auch die Größe des Magenstumpfes war lange Zeit in Diskussion, bis man sich auf die etwa zwei Drittel Resektion geeinigt hatte. Ich darf auch an die Schlauchresektion beim hohen Nischenulkus an der kleinen Kurvatur erinnern und an die Totalexstirpation des Magens, natürlich beim Karzinom und auch beim Ellis-Zollinger-Syndrom. In der Karzinombehandlung veröffentlichten die Amerikaner heroische Eingriffe, Totalresektion des Magens mit Entfernung des großen und kleinen Netzes grundsätzlich, eventuell mit Entfernung der Milz, Teilen der Bauchspeicheldrüse und Entfernung von Leberlappen. Dazu die Entfernung des Kolon-Transversum, wenn es in Mitleidenschaft gezogen war. Daß solche Eingriffe mit einer beträchtlichen Mortalität belastet sind, ist selbstverständlich, und das Leben der überlebenden Patienten war nicht gut. Man ist, Gott sei Dank, von diesen Eingriffen wieder abgegangen, da trotz der Größe des Eingriffes die Operation keine sichere Entfernung aller Krebszellen brachte.

Ob die totale Gastrektomie, abdominal oder transthorakal, als Zweihöhleneingriff ausgeführt werden sollte, wurde viel diskutiert. Ich glaube, die Frage ist in Richtung rein abdominalen Operation entschieden. Es ist auch jetzt wohl Allgemeingut, eine Dünndarmschlinge zwischenschalten oder die von Professor Har-

tenbach angegebene Methode des umgekehrten Billroth I anzuwenden.

Einen großen Fortschritt in der Magen Chirurgie brachte die moderne Narkosetechnik, die die Mortalität deutlich senken konnte. Früher war ein schnelles Operieren notwendig. Ich denke noch ungern zurück an die Lokalanästhesie mit Splanchnikus-Infiltration, wobei die Patienten in den oft dreistündigen Eingriffen manches zu erdulden hatten. Als einzige Substitutionstherapie gab es anfänglich den rektalen Tropfeinlauf, der sogar manchmal mit Traubenzucker, Kochsalz und Bohnenkaffee angereichert wurde. Später dann die Kochsalz- und Traubenzuckerinfusion und jetzt die Substitutionstherapie gezielt mit Kontrollen der Elektrolyte.

Eine häufig schwere Komplikation war die Bronchopneumonie, die in der vorantibiotischen Zeit große Probleme darstellte. Eigenblutinjektionen, Olobinthin, ja Terpentineinspritzungen wurden gemacht, um die Pneumonie zu lösen. Die Frankfurter Schule verabreichte postoperativ sofort heiße Tropfklistiere, um die Pneumonien zu verhindern. Zur Abkühlung des Darmes wurden heiße, feuchte Tücher verwendet (Professor Lebsche).

Die prophylaktische Gabe von Antibiotika grundsätzlich vor und nach der Operation hat sich zur gezielten Anwendung hin geändert.

So hat Vieles dazu beigetragen, die Mortalität bei Magenoperationen zu senken und sie zu Standardmethoden zu machen, die auf der ganzen Welt in ähnlicher Form gute Resultate erzielen. Die moderne Chemie und Physik hat es ermöglicht, die Erfolge zu verbessern, die prä- und

postoperative Behandlung zu standardisieren und nicht zuletzt ist die Wachstation oder Intensivstation ein weiterer wesentlicher Fortschritt. Man war aber mit den Erfolgen, vor allem mit den Spätergebnissen, nie absolut zufrieden. Aus diesem Grunde wurde die selektive Vagotomie erdacht. Über die Beschwerden des operierten Magens soll hier nicht gesprochen werden, da dies zu weit führen würde. Es soll nur hingewiesen werden auf die Arbeiten von Professor Nissen über die Korrekturoperationen des Magens und die Umwandlung des Billroth II in Billroth I.

Ich darf noch einen Fall einführen mit rezidivierenden peptischen Ulzera nach Bi. II. Etwa ein Jahr nach der Resektion Rezidivulkus, erneute Resektion nach Bi. II. Zwei Jahre später dasselbe Bild, wieder Nachresektion nach Bi. II, so daß tast kein Magenstumpf mehr vorhanden war und trotzdem kaum ein Jahr später erneut Rezidivulkus. Ich habe bei dem Patienten damals als vierte Operation eine Thorektomie gemacht und beide Nervi vagi oberhalb des Zwerchfels reseziert. Erst dann wurde der Patient beschwerdefrei.

Auch der Typ des Geschwürs hat sich in den Jahrzehnten laufend verändert. In den dreißiger Jahren waren es mehr die Nischenulzera der kleinen Kurvatur, die zur Operation kamen. Dann, nach dem Zweiten Weltkrieg, in der Wohlstandsperiode, das schwere tiefsitzende Duodenalulkus, und jetzt das Stress-Ulkus oder das Cortison-Ulkus oder das Geschwür nach Rheumamitteln. Eine Geschwürsform, die sich oft sehr rasch entwickelt und ohne Magenanamnese zu Perforationen und schweren Blutungen führt.

Auch die Behandlung der Magenperforation hat sich gewandelt. Zuerst nur die Übernähung, dann die Übernähung plus GE, dann die sofortige Resektion, wenn sie zeitlich möglich ist. Auch die Dauerabsaugung des Magens bei Perforation ohne Operation wurde angegeben, ist aber weitgehend wieder verlassen worden.

Die Behandlung der schweren Magenblutung ist bei den heutigen technischen Mitteln nicht mehr so schwierig als vor Jahrzehnten. Sie ist aber immer noch, auch bei der sofortigen Resektion, mit hoher Mortalität belastet, so daß man tunlichst versuchen sollte, die Blutung zunächst konservativ zu beherrschen,



um die Resektion einige Tage hinausschieben zu können. Die Mortalität ist dann um Wesentliches geringer.

Vielleicht noch ein Wort zur Magenkarzinombehandlung. Die Spätergebnisse sind leider nicht ermutigend. Der Einsatz von Röntgentherapie, von speziellen zytostatischen Präparaten oder Cortison hat die Ergebnisse nicht wesentlich verbessert. Man muß sich sogar fragen, ob es überhaupt möglich ist, einen magenkarzinomoperierten Patienten nachzubehandeln, ob es sinnvoll ist, oder ob es ihm nicht sogar schadet, so wie die Röntgenbestrahlung.

Ich erlaubte mir, aus einem kleinen Haus kommend, zu Fragen der Magen Chirurgie Stellung zu nehmen und kann doch immerhin über die Erfahrung aus etwa 1800 Mageneingriffen berichten, die ich selbst, mein früherer Chef, Dr. Kurz, und der weitere Chirurg unseres Hauses, Dr. Hilpoltsteiner, ausgeführt haben.

Wenn nun innerhalb von kurzer Zeit zwei Fälle, das ist keine Zahl, das ist mir klar, von selektiver Vagotomie mit Rezidiven auftreten, so hat mich dies ange regert, mir Gedanken über die Magen chirurgie zu machen. Vielleicht ist auch diese Methode nicht der Weisheit letzter Schluß. Und vielleicht wird man in Jahrzehnten sich wundern, überhaupt beim Geschwürsleiden oder auch beim Karzinom verstümmelnde Operationen ausgeführt zu haben.

Schließen darf ich meine Ausführungen mit den Worten unseres genialen Altmeisters der Chirurgie, Professor Frey, der in seinem Büchlein „Der Rückblick“ schreibt:

„Je tiefer wir in die unerhört komplizierten Mechanismen, die das Leben ausmachen, Einblick gewinnen, um so weniger wundern wir uns, daß es Funktionsstörungen im Organismus und damit Krankheiten gibt. Im Gegenteil: mit tiefem Staunen erfüllt uns die kaum faßbare Tatsache, daß dieses unendlich vielgestaltige Geschehen in unserem Organismus in großartiger Harmonie doch meist den reibungslosen Verlauf nimmt, den wir Gesundheit nennen.“

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Gabriel Mayer, Privatklinik „Josefinum“, Schönfeldstraße 16, 8000 München 22

## Äskulap und Pegasus

Unser Confrère Dr. med. Walter Fick\*), 8901 Kutzenhausen Nr. 117, wurde am 1. Juli 1917 in Buchau am Federsee geboren. Der See hat einen unauslöschlichen Eindruck bei ihm hinterlassen, von dem er schreibt: „Er wird immer in meiner Erinnerung bleiben, denn ich bin nie mehr einem so stillen und fast schwermütigen See begegnet, der so verwunschen lag, wie die versunkene Glocke auf seinem Grunde, von der die Legende geht. Glückliche Kindheit! Kein Leben ist verloren, in dem man wenigstens als Kind das Glück erfühlte und die Geborgenheit, und das Warten auf alles, was noch kommt.“ Er besuchte die Lateinschule in Waldsee, dem schwäbischen Interlaken, und das Gymnasium in Ehingen inmitten einer liebenswerten Kommilitonenschar. Damals entstand sein erstes Gedicht „Ried im Herbst“, das wir im nachfolgenden seinem Buch „Lesezeichen“ entnehmen. Es ist nach tagelangen Wanderungen im Buchauer Ried entstanden. Dann studierte er Theologie und Philosophie in Tübingen und Freiburg sowie Medizin in Freiburg und Prag. In Freiburg, der lieblichen Schwarzwaldstadt, hatte er die schicksalhafte Begegnung mit Martin Heidegger. Daraus folgten über Jahrzehnte sich hinziehende philosophische Arbeiten über Grenzen und Möglichkeiten der Metaphysik, die heute vor dem Abschluß stehen. Nach der Ausbildung zum Internisten kamen acht Jahre ärztlicher Tätigkeit in Medan, der Hauptstadt Nordsumatras: Tropenkrankheiten, mit denen man sich erst bekannt machen mußte und gleichzeitig Sprachenlernen: Indonesisch und Chinesisch. Damals entstand der bislang noch unveröffentlichte Roman „Dr. Jardon“, Erlebnisse eines Arztes in Ostasien, aus dem wir ebenfalls einen Abschnitt bringen; außerdem Übersetzungen aus dem Chinesischen. Insbesondere faszinierte ihn Hung Shengs „Palast der Ewigen Jugend“, eine der großen Dichtungen der Weltliteratur. Anschließend folgten 18 Jahre Interni-

stenpraxis in Augsburg. In den letzten Jahren verfaßte er zahlreiche Lust- und Schauspiele, von denen er hofft, daß er eines auch auf dem Theater erleben darf. Jetzt – auf dem Land – ist er der Natur wieder sehr nahe und beschäftigt sich mit seinen Dichtungen, chinesischen Übersetzungen und philosophischen Arbeiten.

Dr. med. Robert Peschke, Emskirchen

Im nachfolgenden bringen wir Auszüge aus seinen Werken:

### Ried im Herbst

Rostrote Farben  
singen ein Lied,  
silberne Telche  
liegen im Ried.

Birken kämmen  
ihr langes Heer  
in ihrem Spiegel  
helle und kler.

Schwärme von Vögeln  
kreischen und zieh'n  
weit nach Süden  
über uns hin.

Tief kost der Mitteg  
des ruhende Land  
wie schimmernde Seide  
die schmeichelnde Hend.

Säume von Wolken,  
der Himmel blaut  
wie glitzerndes Gold  
über'm Heidekreut.

### Menuett

In dem elten Seale  
in barock'nem Kleid  
steigt aus gold'ner Schale  
die vergang'ne Zeit.

Aus dem Tenz der Töne  
werden Melodien,  
Perlen, die um schöne  
samt'ne Nacken glüh'n.

In den hohen Bogen  
steigt ein Kichern sacht,  
Lechen kommt gefloggen  
aus der lauen Nacht.

Zauberklang der Geigen  
jauchzt und schluchzt und rinnt,  
bis der trunk'ne Relgen  
unser Herz umspinnt.

### Für ein Album

Blättern in elten Alben  
in einer verträumten Stund',  
Verlorenes wiederzufinden,  
das einstens mit uns im Bund'.

\*) Buchveröffentlichung: „Lesezeichen“. Ein Querschnitt durch Dichtung und Prosa. 1977 im Selbstverlag des Verfassers, OM 8,-. Buchbesprechung siehe: „Äskulap und Pegasus“, Bayerisches Ärzteblatt 3/1978, Seite 312.

Ein Streuß aus verwildernden Rosen,  
ein Gang in freundlicher Nacht,  
von Hoffnung voll noch die Herzen,  
ein Apfelbaum steht dort in Precht.

Und vieles für immer vergangen,  
und Zukunft, die noch nicht gescheh'n,  
und leise verdämmende Bilder,  
die nun durchs Leben geh'n.

Blättern in uralten Alben  
in einer Stunde aus Traum,  
und Bilder taillen im Reigen  
aus einem Blütenbaum.

#### „Dr. Jardon“

Denn zu Hause las ich noch ein wenig, in den Rotangessel gelehnt, der gegenüber dem Schreibschrank mit den bunten Spechsteinfiguren stand.

Aber die Bücher wogen schwer in meiner Hand, sie handelten von Krankheiten und dem, was man dagegen tun konnte, sondern überhaupt jeweils etwas Wesentliches zu unternehmen war.

Meine Gedanken schweitten ab. Die Buchzeilen verschwammen und meine Augen lösten sich langsam von ihnen und ruhten sich aus auf den eingelegten Bildern des Schrankes.

Ein See war dort zu sehen, auf dem, in Perimutt eingelegt, Lotosblüten schwammen, in bunten Farben schillernd. Und ein Kahn fuhr auf dem See, in dem eine zierliche Frau in schönen Kleidern und ein Mann saßen, der auf einer Flöte blies und hinter dem Papierrollen lagen.

Ein Dichter also wohl mit seiner Liebsten. Es war ein romantisches Bild, das irgendwie ans Herz rührte mit seiner Verkündigung von Glück und Frieden. Und am Rande waren goldgeschriebene chinesische Zeichen. „So ewig wie mein Lied wird meine Liebe sein“, hieß das, und ich dachte, daß das ein schönes Versprechen war und eine gute Verheißung. Und wenn man genau hinsah, bemerkte man, daß das Mädchen lächelte, und das war ja auch zu verstehen.

Was war die Zeit gegen diese Stunde, die ewig war und nie vergehen würde, obwohl die Menschen dachten, daß sie kurz war und schnell vergangen. Aber die zwei im Boot, der Dichter und das Mädchen wußten es besser. Sie wußten oder ahnten es doch, daß die Liebe etwas ist, das sich nach der Tiefe zu erfüllt und nicht im Längsschnitt des Geschehens und daß in die Tiefen der Ewigkeit sinken kann, was, nach menschlichen Maßen gerechnet, nur eine Stunde dauert. Ja, sie war der Herrschaft der Zeit entrissen, da sie die Verleugnung aller Zeit war und diese aus ihrem Schoß erst geboren wurde zu einem trügerischen Dasein, das wie mit einem Schleier die wirkliche Welt verhüllte. Aber zuweilen konnte es geschehen, daß sie in den Herzen der Menschen sichtbar wurde, in dem großen Leid eines Abschieds oder in einer der seltenen Begegnungen mit dem Glück, und sie nahm dann, was aus ihr geboren

wurde und geschah, für immer mit sich, um es in einem Reich zu bewahren, das über den Sternen lag.

Mein Chautteur tutete vor dem Haus. Ich schreckte aus meinen Gedanken auf. Es war Zeit, in die Praxis zu fahren. Dort würden sie schon auf mich warten und darauf vertrauen, daß ich ihnen helfen würde.

Und an diesem Tage war es, daß unter den Wertenden einer war, den ich nie mehr vergessen werde mein Leben lang, ebenso wie sein Schicksal, das mit ihm geschah.

Es ist eine Geschichte, die tiefer rührt als vielleicht alles, was ich noch erzählen könnte von denen, die mir begegneten, nicht in den hohen Stunden des Lebens, sondern in der Not, Arbeit und Mühsal des Daseinskampfes.

Es ist die Geschichte eines einfachen Mannes, dessen Tapferkeit seitens abstach gegen die Grausamkeit seines Schicksals, und dessen Lächeln in der tiefsten Not seines Elends selbst dieses beschämte. Er hieß Fong Kim und ich habe in späteren Stunden oft über ihn nachgedacht, ohne doch zu einem Ende zu kommen. Ich habe mir sein Bild eingepägt und suche sein Wesen zu erfassen, um zu errahnen, woher das Lächeln kam, das er bis zuletzt trug und die Furchtlosigkeit und das Gefühl des Einsseins von Schmerz und Abschied und Glück, und um ihm gleich zu werden.

Es standen keine Betäubungen hinter ihm, die aus dem Fanatismus religiöser Dogmen oder dem politischen Ideale kamen, und vielleicht nur so war die Ruhe verständlich, die um ihn lag und die die Fratze des Todes in ein Lied verwandelte, das immer noch in mir nachklingt.

Und dies war seine Geschichte:

Er war ein großer, hagerer Mann Mitte der Vierzig, ein Rikschafahrer, wobei ihm diese noch nicht einmal selbst gehörte. Er hatte täglich Miete dafür zu bezahlen. Aber er war freundlich und liebhaft in der Unterhaltung und meinte, er hätte so großes Vertrauen zu mir, er wäre sicher, ich könnte ihn heilen.

Bei der Untersuchung fand sich eine über handbreit vergrößerte, harte und höckerige Leber, es war tatsächlich ein Leberkrebs, eine Krankheit, die hier weit häufiger war als in Europa.

Später kam noch ein Aszites hinzu. Er nahm immer mehr ab, aber der Bauch wurde immer dicker und stach seltsam und auf eine fast komische Weise gegen den übrigen Körper ab, der dünn und abgemagert war.

Er hatte eine Frau und fünf Kinder. Der Frau sagte ich, daß es sich um Krebs handle und keine Hoffnung mehr sei. Als er am nächsten Tag zu mir kam, wußte er, daß er sterben müsse. Ich wollte seiner Frau böse sein deswegen, aber Giok Swan meinte, ich müsse es ihrer Eintat zugute halten, daß sie es entgegen mei-

ner Bitte ihrem Mann wieder erzählt habe. Und ich besänftigte mich. Vielleicht hatte die Frau recht, vielleicht war dies eine natürliche Reaktion, viel natürlicher als unser Versteckspiel, wie es im zivilisierten Europa üblich war. Vielleicht hatte jeder ein Anrecht darauf, um seinen Tod zu wissen. Freilich brauchte man auch die Kraft dieser einfachen Menschen dazu – und auch nicht alle einfachen Menschen hatten diese Kraft! –, dieses Wissen zu ertragen.

Als er an diesem Tage zu mir kam, war er so wie immer und ich merkte ihm keine Veränderung an. Er lächelte und meinte, die Wasserspritze sei gut gewesen, er fühle sich leichter und sein Bauch habe an Umfang etwas abgenommen.

„Wielange kann ich noch leben?“, fragte er, „geht es noch drei Monate? Solange brauche ich, um das Geld zu meinem Sarg zu verdienen.“ Ich versicherte ihm, daß es solange noch gehen würde. Es ging aber nicht mehr solange. Er arbeitete und fuhr seine Rikschas bis ein paar Tage vor seinem Tode, während sein Bauch immer dicker und sein Leib immer dünner wurde. Es muß ihn unendliche Energie gekostet haben.

Vier Tage vor seinem Tode sah ich ihn zum letzten Mal.

„Ich gehe zu keinem anderen Arzt“, sagte er, „wenn Sie mir nicht helfen können, kann mir ein anderer auch nicht helfen.“

Im übrigen schien er guten Mutes, da er das Geld für den Sarg bald beisammen hatte, und man merkte es ihm nicht an, daß er seinem Tode entgegenging und darum wußte.

Als er starb, riefen sie mich nicht. Sie wollten mir keine unnötige Mühe machen. Ich hatte ihn umsonst behandelt.

Acht Tage nach seinem Tode kam seine Frau zu mir in die Sprechstunde mit einem Korb Eier und den zwei kleinsten Kindern.

Bevor ihr Mann starb, hatte er ihr noch aufgetragen – es war schon dem Ende zu und er etmete schon mühsam –, nach seinem Tode solle sie mir noch Eier bringen und sich bei mir bedanken, und die Kinder auch.

Und sie stellte die Eier auf den Tisch und die Kinder mußten mir die Hand geben und sich bedanken, und ich dachte, daß Sovieles zum Unterliegen verurteilt war, was im Namen der Liebe und des Guten geschah, da die harten Gesetze des Todes, der Grausamkeit und des Elends die Welt beherrschten. Und dazwischen die Opfer der Liebe, machtlos und ans Herz rührend und noch im Tode versuchend, die kalte Macht zu beschämen, die sie ins Knie zwang und erwürgte und die doch keine Scham kannte.

Eine seltsame Welt, aus der man nie ganz klug wurde, und in der zu leben ein schillerndes Abenteuer war ...

(aus „Berufserlebnisse“)



# Dexa-Rhinospray®

## zur energischen Behandlung hartnäckiger Schnupfenformen

**Zusammensetzung:** 1 Einzeldosis enthält: Tremazolol-hydrochlorid = 2-(5,6,7,8-Tetrahydro-1-naphthylamino)-2-imidazolol-hydrochlorid 0,12 mg, Neomycinsulfat 0,10 mg, Dexemethason-21-isonicotinat 0,02 mg. **Anwendungsgebiete:** Heuschnupfen und andere allergisch bedingte Rhinitiden, chronische Schnupfenformen, besonders mit Beteiligung der Nasennebenhöhlen, Barotrauma (= Schmerz im Bereich des Mittelohres und der Nasennebenhöhlen bei Luftdruckveränderungen). Akute und chronische Gehörgangsentzündungen. **Gegenanzeigen:** Oes Präparat soll nicht angewandt werden bei Lungentuberkulose und Mykosen im Anwendungsbereich jeweils ohne keusale Zusatzbehandlung, Neomycin-Allergie, Rhinitis sicca, es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich gestattet hat. Mögliche systemische Wirkung und Nebenwirkungen beachten. **Besondere Hinweise:** Dexa-Rhinospray ist nur für Erwachsene und Schulkinder bestimmt. Der Sprühkopf kann bei Bedarf (z. B. Verstopfung) abgezogen und mit heißem Wasser gereinigt werden. Achtung! Dexa-Rhinospray nicht in die Augen sprühen. Behälter steht unter Druck, vor Sonnenbestrahlung und Erwärmung über 50°C schützen.

## Klinische Fortbildung in Bayern

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

**Auskunft, Anmeldung und ausführliches Programm (soweit nicht andere angegeben):**

**Bayerische Landesärztekammer, Frau Wenger, Mühlbeuretreße 18, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288**

### I. Notfall- und Katastrophenmedizin 1979

#### Fortbildungsseminar für niedergelassene Ärzte

In Zusammenarbeit mit der Sanitätsakademie der Bundeswehr

Ort: Sanitätsakademie der Bundeswehr, Infanteriestraße 17, 8000 München 40

Zeit: Jeweils Mittwochnachmittag 15.00 bis 18.00 Uhr

#### 25. Juli 1979

Der orthopädische Notfall  
Die akute Bandscheibe usw.

#### 12. September 1979

Chirurgie I  
Der Polytraumatisierte – Bauchverletzungen – Schuß-, Stich- und Schlagverletzungen

#### 3. Oktober 1979

Chirurgie II  
u. a. der akute Verschuß – Gefäßverletzungen usw.

#### 24. Oktober 1979

Der neurologische Notfall  
u. a. Querschnittssyndrome – Krampfanfälle usw.

#### 21. November 1979

Rundtischgespräch  
Notfall- und Katastrophenmedizin  
Letzter Anmeldetermin: jeweils 10 Tage vorher  
Begrenzte Teilnehmerzahl

### II. Augenheilkunde

Kopfklinikum Würzburg, Universitäts-Augenklinik  
Direktor: Professor Dr. Dr. W. Leydhecker

Fortbildungsveranstaltung für Allgemeinärzte, Internisten und Kinderärzte am 17. November 1979

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 13.00 Uhr

**Themen:** Ihr Patient fragt Sie wegen Brillenproblemen – Eltern fragen Sie wegen Augenproblemen der Kinder – Erste Hilfe bei Verletzungen, Glaukomanfall oder Verätzung – Untersuchungsmethoden des Auges ohne besondere Hilfsmittel für den Allgemeinarzt – Medikamentenschäden des Auges – Fragen von Glaukom-Kranken an den Hausarzt – Allgemeine Gesundheitsüberwachung durch den Hausarzt bei Glaukom-Kranken  
Letzter Anmeldetermin: 1. November 1979

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat Professor Dr. Dr. W. Leydhecker, Universitäts-Augenklinik, Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, Telefon (09 31) 2 01 - 24 02

### III. Chirurgie

Akademisches Lehrkrankenhaus Starnberg, Chirurgische Klinik  
Leitung: Chefarzt Dr. W. Grill

#### Klinisches Wochenende vom 19. bis 21. Oktober 1979

Beginn: 8.00 Uhr – Ende: ca. 18.00 Uhr

**Themen:** Operative Probleme in der täglichen Praxis – Abdominal-Chirurgie – Traumatologie – Das stumpfe Bauchtrauma – Die Behandlung des infizierten Knochenbruchs

Letzter Anmeldetermin: 10. Oktober 1979  
Begrenzte Teilnehmerzahl

### IV. Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg  
Direktor: Professor Dr. F. P. Gall

#### Fortbildungskurs für Chirurgie vom 22. bis 26. Oktober 1979

Beginn: 8.00 – Ende: 16.45 Uhr

### Notfallmedizin – München

25. Juli 1979

12. September 1979

3. Oktober 1979

24. Oktober 1979

21. November 1979

### Juli bis Dezember 1979

14./15. September  
Sonographie, München

6. Oktober  
Innere Medizin, Würzburg

8. – 12. Oktober  
Innere Medizin, II. Med. Klinik der TU München, Klinikum r. d. Isar

15. – 19. Oktober  
Innere Medizin, I. Med. Klinik der TU München, Klinikum r. d. Isar

15. – 19. Oktober  
Innere Medizin, Med. Klinik II der Universität, Klinikum Großhadern, München

19. – 21. Oktober  
Chirurgie, Starnberg

22. – 25. Oktober  
Pädiatrie, München

22. – 26. Oktober  
Chirurgie, Erlangen-Nürnberg

22. – 26. Oktober  
Chirurgie, Würzburg

22. – 26. Oktober  
Innere Medizin, Med. Klinik Innenstadt der Universität München

26./27. Oktober  
Phonokardiographie, Teil I, München

27. Oktober  
Ergometrie, Höhenried

29. Oktober – 2. November  
Chirurgie, München

9./10. November  
Pädiatrie, Erlangen-Nürnberg

9. – 11. November  
Prakt. EKG, Teil I, München

17. November  
Augenheilkunde, Würzburg

23. – 25. November  
Prakt. EKG, Teil II, München

7./8. Dezember  
Kardiologie, München

Teilnahme an einem ausgewählten Operationsprogramm, klinische Visiten, Referate aus den Spezialgebieten der Klinik und Beteiligung an den Arbeitsbesprechungen

**Themen der Referate:** Eingriffe in der Allgemein-, Abdominal-, Thorax-, Gefäß-, Unfall-, Kinder- und Handchirurgie sowie in der Urologie

Letzter Anmeldetermin: 12. Oktober 1979  
Begrenzte Teilnehmerzahl

## V. Chirurgie

Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. E. Kern

**Fortbildungskurs für Chirurgie vom 22. bis 26. Oktober 1979**

Täglich von 8.00 Uhr bis ca. 16.00 Uhr

**Themen:** Ulkuskomplikationen (Divertikulose und Divertikulitis) – Abdominellverletzungen – Kontinente Spinkterplastik – Venöse Thrombektomie – Pleuraempyem – Hüftpfannenbrüche – Der Schmerz am Handgelenk

Kolloquien, Demonstrationen im Operationsaal und in der Ambulenz werden durchgeführt. Teilnahme am Operationsprogramm, an den Visiten und an den täglichen Besprechungen möglich.

Letzter Anmeldetermin: 12. Oktober 1979  
Begrenzte Teilnehmerzahl

## VI. Chirurgie

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität München, Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. G. Heberer

**Fortbildungskurs für Chirurgie vom 29. Oktober bis 2. November 1979**

Täglich 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr: Beteiligung am Operationsprogramm (Abdominal-, Thorax-, Unfall-, Gefäß-, Hand- und Plastische Chirurgie), Teilnahme an Visiten aller Stationen

Nachmittags Vorträge und Diskussionen  
**Themen:** Spezielle Indikationen und Operationsverfahren in der Bauch-, Thorax-, Gefäß-, Hand-, Unfall- und Plastischen Chirurgie

Letzter Anmeldetermin: 19. Oktober 1979  
Begrenzte Teilnehmerzahl

## VII. Ergometrie

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern

Chefärzt: Dr. H. Holmann

**Ergometrielewochenende  
am 27./28. Oktober 1979**

Das Programm umfaßt praktische Übungen sowie Referate über die theoretischen Grundlagen der ergometrischen Belastungsprüfungen und ihre heutige Bedeutung in Klinik und Praxis

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 60,-

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Chefärzt Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried, Telefon (0 81 58) 24-369 oder 24-370

## VIII. Innere Medizin

Medizinische Universitäts-Poliklinik, Würzburg

Direktor: Professor Dr. H. Frenke

**3. Kardiologisches Seminar am 6. Oktober 1979**

Beginn: 9.00 Uhr – Ende 13.00 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg, Klinikstraße 8, Würzburg

**Theme:** Koronare Herzkrankheit – Grenzen und Möglichkeiten der konservativen Therapie

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. P. Polzien, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 3 14 33

## IX. Innere Medizin

II. Medizinische Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. H. Ley

**Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 8. bis 12. Oktober 1979**

Zeit und Themen werden noch bekanntgegeben

Letzter Anmeldetermin: 28. September 1979

Begrenzte Teilnehmerzahl

## X. Innere Medizin

I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. H. Blömer

in Zusammenarbeit mit dem Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München

Direktor: Professor Dr. H. Anecker

**19. Fortbildungskurs für Innere Medizin vom 15. bis 19. Oktober 1979**

Beginn jeweils 8.15 Uhr – Ende 17.00 Uhr

15. Oktober 1979

Aktuelle therapeutische Gesichtspunkte (Therapie der Herzinsuffizienz – Langzeittherapie nach Herzinfarkt – Antibiotikatherapie – EKG-Kurs: Rhythmusstörungen – Fibrinolytische Therapie – Praktische Gesichtspunkte in Diagnose und Therapie von Mikrozirkulationsstörungen)

16. Oktober 1979

Röntgendemonstration: CT in der Inneren Medizin – Nichtinvasive Untersuchungsverfahren in der Kardiologie – Die Bedeutung der klinischen Untersuchung

in der Diagnostik von Herzkrankheiten – Nuklearmedizinische Untersuchungsmethoden in der Diagnostik von Herzkrankheiten – Ergometerbelastung – Pathologisch-anatomische Demonstration – Arterielle Embolie, Venenthrombose und Lungenembolie – Demonstration: Echokardiographie, Thellumszintigraphie, EKG-getriggerte Herzinnenreumdarstellung mit Technetium

17. Oktober 1979

Röntgendemonstration: Lungen- und Bronchielerkrankungen einschließlich Biopsie – Lungen- und Bronchialerkrankungen – Pulmonale Hypertonie – Cor pulmonale chronicum – Diagnostische Möglichkeiten bei den nichttumoralen Lungenerkrankungen – EKG-Kurs: Schrittmacher-EKG – Diagnostische Möglichkeiten bei den malignen Neubildungen im Brustkorb – Felldemonstration

18. Oktober 1979

Röntgendemonstration: Therapeutische Vasookklusion – Prognose von Patienten mit Herzklappenprothesen, Bioprothesen – Bredykerde Rhythmusstörungen – EKG-Kurs: Infarkt-EKG, Myokarditis, Perikarditis – Pharmakinetische Gesichtspunkte bei der Therapie von Herzkrankheiten – Hämatologischer Kurs – Demonstration: Schrittmacherfunktionsprüfung

19. Oktober 1979

Röntgendemonstration: Röntgenuntersuchung in der Gastroenterologie – Hämatologie – Morbus Hodgkin-Diagnose und -Therapien – Non Hodgkin-Lymphome-Diagnose und -Therapie – Krebstherapie – eine interdisziplinäre Aufgabe – Hämatologischer Kurs – EKG-Kurs: Tachykardie Rhythmusstörungen – Praktische Übungen – Allgemeine Diskussion und Schlußbesprechung

Letzter Anmeldetermin: 5. Oktober 1979

## XI. Innere Medizin

Medizinische Klinik II der Universität München, Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. Paumgartner

**Klinische Fortbildungswoche für Innere Medizin vom 15. bis 19. Oktober 1979**

Beginn: täglich 8.30 Uhr – Ende: 17.00 Uhr (am 19. Oktober 1979 um 13.00 Uhr)

Ort: Kleiner Hörsaal auf Station F 8, Zimmer Nr. 202

Röntgendemonstrationen – Klinikkonferenzen – Klinische Visiten

**Themen:** Gastroenterologie und Hepatologie – Endokrinologie und Stoffwechsel – Intensivmedizin

Letzter Anmeldetermin: 5. Oktober 1979  
Begrenzte Teilnehmerzahl

## XII. Innere Medizin

Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München, Ziemssenstraße 1  
Direktor: Professor Dr. E. Buchborn

### Fortbildungsveranstaltung für Innere Medizin vom 22. bis 26. Oktober 1979

Beginn: 8.15 Uhr — Ende: ca. 16.00 Uhr  
Aktuelle diagnostische und therapeutische Themen aus Teilgebieten der Inneren Medizin (Gastroenterologie, Kardiologie einschließlich Intensivmedizin, Nephrologie, Endokrinologie, neurologische und rheumatologische Erkrankungen aus den Grenzgebieten der Inneren Medizin)  
Letzter Anmeldetermin: 12. Oktober 1979  
Begrenzte Teilnehmerzahl

## XIII. Kardiologie

Deutsches Herzzentrum München, Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen  
Direktor: Professor Dr. W. Rudolph  
Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindesalter  
Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier unter Mitwirkung der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie  
Direktor: Professor Dr. F. Sebening und des Instituts für Radiologie  
Vorstand: Privatdozent Dr. U. Klein  
Lothstraße 2 und 11, München 2

### 7. Klinisch-kardiologisches Wochenendseminar am 7./8. Dezember 1979

Programm A (nur für niedergelassene Ärzte):  
Erwachsenen Kardiologie (Professor Dr. Rudolph) — Beginn täglich 8.30 Uhr — Ende 17.00 Uhr (Lothstraße 11)  
Vormittags Praktika: EKG-Kurs — Funktionsdiagnostik-spezielle kardiologische Diagnostik — Kardiochirurgische Therapie — Kardiologische Visite — Klinisch kardiologischer Untersuchungskurs — Kardiologisch-röntgenologischer Kurs  
Nachmittags Referate: Diagnostische Verfahren in der Kardiologie

### Programm B:

Kinderkardiologie (Professor Dr. Bühlmeier) — Beginn täglich 10.00 Uhr — Ende: 18.00 Uhr (Lothstraße 2)  
Vormittags Referate: Themen werden noch bekanntgegeben  
Nachmittags Praktika  
Bei Anmeldung bitte Programm A oder B angeben  
Letzter Anmeldetermin: 28. November 1979  
Begrenzte Teilnehmerzahl

## XIV. Pädiatrie

Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg  
Direktor: Professor Dr. K. Stehr

### Fortbildungsveranstaltung für Kinderheilkunde am 9./10. November 1979

Zeit und Themen werden noch bekanntgegeben  
Letzter Anmeldetermin: 31. Oktober 1979  
Begrenzte Teilnehmerzahl

## XV. Pädiatrie

Kinderklinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Kinderkrankenhaus München-Schwabing  
Komm. Direktor: Professor Dr. H. M. Weinmann  
2. Kinderabteilung:  
Chefarzt Dr. P. Schweier  
Kinderchirurgische Abteilung:  
Chefarzt Professor Dr. H. Singer

### 12. Pädiatrische Fortbildung vom 22. bis 25. Oktober 1979

Täglich jeweils 8.30 bis 17.00 Uhr bzw. 9.00 bis 18.00 Uhr  
Klinische Demonstration und Fragestunde aller Abteilungen, Röntgen- und Klinische Visite vorgesehen.

Themen: Probleme der Osteomyelitis-Diagnostik — Wertigkeit moderner Virusdiagnostik für die Klinik — Probleme der Kontinenz — Wandel in der Knochenbruchbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Nachsorge — Die kindliche Hüfte — Chronische Gedeihstörungen — Interdisziplinäre Podiumsdiskussionen: Chirurg / Pädiater / Psychologe / Psychiater sowie Röntgenologe / Orthopäde / Pädiater / Chirurg — Fragestunde über diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei verhaltensgestörten Kindern, psychomotorischen Erkrankungen und Entwicklungsretardierungen  
Letzter Anmeldetermin: 12. Oktober 1979  
Begrenzte Teilnehmerzahl

## XVI. Phonokardiographie

Stiftsklinik Augustinum, München  
Direktor: Professor Dr. D. Michel

### Fortbildungskurs für Phonokardiographie Teil I am 26./27. Oktober 1979

Beginn: Freitag, 9.15 Uhr — Ende: Samstag, 12.00 Uhr  
Stiftsbogen 74, 8000 München 70  
Kursgebühr: DM 40,—  
Letzter Anmeldetermin: 10 Tage vor Kursbeginn

## XVII. Praktische Elektrokardiographie

I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar  
Leitung: Professor Dr. C. S. So, Chefarzt am Kreiskrankenhaus Plattling

### Fortbildungsseminar I vom 9. bis 11. November 1979 (Einführungsseminar)

### Fortbildungsseminar II vom 23. bis 25. November 1979 (Seminar für Fortgeschrittene)

Beginn: Freitag, 16.00 Uhr — Ende: Sonntag, 12.00 Uhr  
Hörsaal B, Ismaninger Straße 22  
Letzter Anmeldetermin: Teil I: 31. Oktober 1979 — Teil II: 12. November 1979  
Begrenzte Teilnehmerzahl

## XVIII. Sonographie

Stiftsklinik Augustinum  
Direktor: Professor Dr. D. Michel

### Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie am 14./15. September 1979

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann  
Stiftsbogen 74, 8000 München 70  
Kursgebühr: DM 40,—  
— Keine Anmeldung mehr möglich —

## Fortbildungstagungen der Bundesärztekammer

23. Juli bis 4. August 1979 in Davos:

**Thema: Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation**

19. August bis 1. September 1979 in Gredos:

**Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis**

27. August bis 8. September 1979 in Meran:

**Thema: Pharmakotherapeutische Aspekte der Sexualhormone, ihrer Stimulatoren und Inhibitoren**

21. bis 23. September 1979 in Augsburg:

**VIII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe**

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41,  
Telefon (02 21) 40 04 - 234 und 40 04 - 235

**28. Internationaler Seminar-Kongreß für ärztliche Fortbildung vom 26. August bis 8. September 1979 in Pörschach**

Veranstalter: Berufsverband Deutscher Internisten e. V. in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Kärnten

Wissenschaftliche Programmgestaltung und Organisation: Professor Dr. J. Stockhausen, Köln

**Themen:**

Aktuelle Berufspolitik – Dermatologie – Gastroenterologie – Geriatrie – Gynäkologie – Hämatologie – Hepatologie – Impfwesen – Kardiologie – Labordiagnostik – Onkologie – Ophthalmologie – Phlebologie – Psychotherapie – Rheumatologie – Röntgendiagnostik – Tropenmedizin – Zerebrale Durchblutungsstörungen

**Weitere Veranstaltungen:**

Forum: Angst als Leitsymptom psychischer Störungen

Forum: Eisenmangel – Schilddrüse – Hypophyse

Kurse mit Übungen für Anfänger und Fortgeschrittene für „Autogenes Training“ – „Labor-Medizin“ – „Gastroskopie“ (Phantom-Kurs mit begrenzter Teil-

nehmerzahl) – „Sonographie“ (Theorie und Praxis der internen Ultraschall-diagnostik mit Demonstrationen und Übungen am Gerät mit begrenzter Teilnehmerzahl)

Medizinisch-wissenschaftliches Filmprogramm

Kongreßgebühr: DM 220

Einwöchige Teilnahme: DM 125

Zusätzliche Kursgebühr für Seminar „Gastroskopie“ DM 250 – für Seminar „Sonographie“ DM 75

**Auskunft und Anmeldung:**

Kongreßbüro des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V., Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden, Telefon (061 21) 306028

**Augenärztliche Fortbildung**

der Augenklinik und -Poliklinik der Technischen Universität München – Klinikum rechts der Isar – und der Augenabteilung des Städtischen Krankenhauses München-Herlaching

Ort: Konferenzraum Nord (Urologische Klinik) des Klinikums rechts der Isar der TUM, Ismaninger Straße 22, München 80

Zeit: jeweils 16.00 bis 18.00 Uhr

**Donnerstag, 5. Juli 1979**

Besondere Glaukomformen und ihre Therapie – Diagnostik und Therapie der Sekundärglaukome – Klinische Demonstrationen

**Donnerstag, 12. Juli 1979**

Orthoptik: Anatomische und physiologische Grundlagen der binokularen Zusammenarbeit – Klinische Demonstrationen

**Donnerstag, 19. Juli 1979**

Neue technische Möglichkeiten in der augenärztlichen Praxis (zweistündig – im Hs. Nord, w. o.)

Praktische Demonstrationen und Übungen (18 Uhr in der Praxis Professor Dr. Heilmann, Beethovenplatz 2-3, München 2)

**Donnerstag, 26. Juli 1979**

Neue Verfahren der Perimetrie und ihr praktischer Einsatz – Klinische Indikation für die verschiedenen Untersuchungsformen des Gesichtsfeldes; Vergleichbarkeit der Ergebnisse (im Hs. Nord, w. o.)

Praktische Demonstrationen und Übungen (18 Uhr in der Praxis Professor Dr. Heilmann, Beethovenplatz 2-3, München 2)

# Korrigiert die Herzmetabolik

## Strodival® perlingual

Die richtige perlinguale Applikation von g-Strophanthin gewährleistet eine vollwirksame, zuverlässig steuerbare und praktisch nebenwirkungsfreie Therapie Ihrer Linksherz-Patienten. Besonders beim akuten stenokardischen Anfall sollte STRODIVAL® perlingual wegen seiner Sofortwirkung Anwendung finden.

## Strodival® mr magensaftresistent

Für Ihre schleimhautempfindlichen Patienten steht jetzt STRODIVAL® in Form der neuen magensaftresistenten Schluckkapsel zur Dauertherapie von Linksmycardschäden zur Verfügung. Durch die enterale Resorption tritt die volle Herz Wirkung hierbei erst ca. 30 bis 40 Minuten nach der Anwendung ein. Für den akuten Anfall ist STRODIVAL® mr daher nicht geeignet.

**Zusammensetzung:** Eine Zerbei-Kapsel Strodival® perlingual sowie eine Schluck-Kapsel Strodival® mr enthalten je 3,0 mg g-Strophanthin in oleophil Phase.  
**Indikationen:** Bei allen Formen von Linksmycardschäden. **Kontraindikationen:** Hyperkalzämie, Kaliummangelzustände, Atrio-ventriculäre Reizleitungsstörungen; Vorsicht bei gleichzeitiger iv Kaliumtherapie. **Besondere Hinweise:** Rechtsherzinsuffizienzen (bei vorliegenden Ödemen, Tachykardien und Tachyarrhythmien) brauchen gezielte Zusatzmaßnahmen auf. In diesen Fällen sollte die magensaftresistente Form Strodival® mr angewandt werden. **Dosierung und An-**

**wendungsweise:** Individuell, bis zum bestmöglichen Erfolg, denn Strodival® kumuliert nicht. **Strodival® perlingual** in der Dauerbehandlung: Durchschnittliche Tagesdosis 2-4mal täglich 1-2 Kapseln. **Strodival® perlingual** in der Sofortbehandlung: Beim Angine-pectoris-Anfall sofort 2-3 Kapseln zerbeißen, wenn notwendig kann diese Anwendung nach 10 Minuten mit gleicher oder geringerer Dosis wiederholt werden. **Strodival® perlingual**-Kapseln zerbeißen oder unter die Zunge legen bis der Kapselinhalt freigesetzt ist. Den Kapselinhalt einige Minuten auf die Mundschleimhaut einwirken lassen. Die Kapselhülle schlucken oder ausspucken. **Strodival® mr** sollte ebenfalls stets nach Bedarf und Erfolg bis zum Verschwinden der Herzsymptome dosiert werden. Im allgemeinen beträgt die Dosis 2 bis 4mal täglich

1-2 Kapseln. Strodival® mr sollte möglichst auf leeren Magen unzerbeissen geschluckt werden. Morgens nüchtern und tagsüber 1/2 bis 1 Stunde vor den Mahlzeiten. **Handelsformen und Preise:** Strodival® perlingual: OP mit 30 Kapseln DM 566 inkl. MwSt., OP mit 100 Kapseln DM 1486 inkl. MwSt., OP mit 500 Kapseln DM 5230 inkl. MwSt. Strodival® mr: OP mit 30 Kapseln DM 599 inkl. MwSt., OP mit 100 Kapseln DM 1585 inkl. MwSt., OP mit 500 Kapseln DM 5699 inkl. MwSt. Verschreibungspflichtig.

**A. HERBERT KG  
Wiesbaden**

### **7. Internationaler und interdisziplinärer Herbst-Seminar-Kongreß „Hilfe für das behinderte Kind“**

vom 23. bis 30. August 1979 in Brixen

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie gemeinsam mit der „Aktion Sonnenschein – Hilfe für das mehrfach behinderte Kind“

Leitung: Professor Dr. Th. Hellbrügge, München, Professor Pechstein, Mainz, Professor Dr. Hertung, Berlin

Der Kongreß ist für Ärzte, Psychologen, Pädagogen sowie alle einschlägigen Assistenzberufe vorgesehen. Es werden u. a. Sonderseminare bzw. Workshops durchgeführt.

Auskunft und Anmeldungen:

Aktion Sonnenschein, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2

### **Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin**

vom 2. bis 15. September 1979 in Velden/Wörther See

Themen: Kardiologie – Ganztägige wissenschaftliche bioenergetische Exkursion – Gastroenterologie – Urologie – Neue Wege der Heilkunst (Kollegengespräche in der Ganzheitsmedizin) – Des praxisnahe Seminar (Sie fragen, wir antworten) – Der übererregte Patient (Diagnose und individuelle Therapie) – Dermatologie – Pädiatrie – Naturgemäße Heilverfahren – Fortschritte in der Medizin – Synopsis der Naturheilverfahren

Auskunft:

Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 2 66 08

### **Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort**

am 8./9. September 1979 in Jettingen-Scheppach

Lehrgangsort: BRK-Tagungs- und Ausbildungsstätte „Haus Jettingen“, Hauptstraße 240, 8878 Jettingen-Scheppach

Auskunft:

Referat Sanitäts- und Gesundheitswesen im BRK-Präsidium, Holbeinstraße 11, 8000 München 86, Telefon (0 89) 92 41-1

### **Sportärztliche Ausbildungstagung**

am 8./9. September 1979 in München-Grünwald

Leitung: Dr. P. Lenhert, Dr. H. Pabst, München

Theme: Sportverletzungen

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (0 89) 64 96 26

### **19. Bayerische Internistentagung**

vom 18. bis 18. November 1979 in München

Themen: Aktuelle Geriatrie – Problematik alter und neuer Therapieformen – Stoffwechselerkrankungen: Diätbehandlung und medikamentöse Therapie

Auskunft:

Professor Dr. E. Wetzels, 2. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V., Medizinische Abteilung I, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim, Telefon (0 80 31) 39 52 96

### **Fortbildungskurs für Röntgenhelfer(innen)**

vom 24. September bis 5. Oktober 1979 in Erlangen

Leitung: Dr. W. Rödl, Erlangen

Teilnehmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-272

### **Fortbildungskurs für Laborhelfer(innen)**

vom 5. bis 16. November 1979 in Nürnberg

Leitung: Dr. Gerhard Weidemann, Nürnberg

Teilnehmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-272

### **Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes**

vom 16. bis 22. September 1979 in Erlangen

Leitung: Dr. J. Heck, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Dr. J. Heck, Sportzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg, Gebbertstraße 123, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-21 72

### **Jahrestagung der Sektion für Klinische Geriatrie der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie**

verbunden mit dem 4. Fortbildungskongreß in der Gerontologie

vom 20. bis 22. September 1979 in Erlangen

Thema: Altern und Herz-Kreislaufkrankungen

Neben dem Hauptthema stehen aktuelle Probleme der klinischen Geriatrie auf dem Programm; lerner ein Fortbildungskurs für Altenpflege und Betreuungsberufe

Auskunft:

Professor Dr. E. Leng, Kongreßsekretariat, Rathsberger Straße 57, 8520 Erlangen

### **Fortbildungsveranstaltung in Niederbayern**

am 29. September 1979 in Landshut

Leitung: Dr. H. H. Wernicke, Landshut

Thema: Aktuelle Fragen und Probleme der Sportmedizin

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. H. Wernicke, Ludmillestraße 33, 8300 Landshut, Telefon (08 71) 2 28 36

## **Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit**

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

**22. September 1979**

**24. November 1979**

im Ärztehaus Bayern, Mühlbeurstraße 18, 8000 München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbeurstraße 18, 8000 München 80, zu richten bis 14. September 1979 und 16. November 1979.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

---

Im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns jeweils die freien Kassenarztsitze (in diesem Heft Seite 618f.).

## Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern 1978

Nr. der ICD 1968 <sup>1)</sup>	Todesursachen	Sterbefälle			
		männlich	weiblich	zusammen	
		Zahl			auf 100000 d. Bevölk.
000-136	Intektiöse und parasitäre Krenkheiten . . . . .	532	371	903	8,4
	darunter				
010-019	Tuberkulose insgesamt . . . . .	365	155	520	4,8
140-199	Bösartige Neubildungen . . . . .	12 608	12 740	25 348	234,5
	darunter				
151	des Magens . . . . .	2 253	2 132	4 385	40,6
160-163	der Atmungsorgane . . . . .	3 200	572	3 772	34,9
174	der Brustdrüse . . . . .	28	1 956	1 984	18,4
180-182	der Gebärmutter . . . . .	—	974	974	—
185	der Prostata . . . . .	1 305	—	1 305	—
200-209	Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe . . . . .	814	748	1 562	14,4
210-239	Gutartige Neubildungen und Neubildungen unbekanntes Charakters . . . . .	777	930	1 707	15,8
240-279	Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten . . . . .	1 762	3 063	4 825	44,6
	darunter				
250	Diabetes mellitus . . . . .	1 421	2 630	4 051	37,5
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe . . . . .	86	125	211	2,0
290-389	Seelische Störungen, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane . . . . .	1 323	1 163	2 486	23,0
	darunter				
290	senile und präsenile Demenz . . . . .	23	31	54	0,5
390-458	Krankheiten des Kreislaufsystems . . . . .	24 823	30 119	54 942	508,2
	darunter				
410	akuter Herzmuskelinfarkt . . . . .	7 242	4 222	11 464	106,0
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten . . . . .	4 478	5 605	10 081	93,3
425, 428	chronische nicht-rheumatische Herzmuskelkrankheiten . . . . .	2 535	4 358	6 893	63,8
429	mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten . . . . .	106	110	216	2,0
430-438, 400.2	Hirngefäßkrankheiten . . . . .	6 513	10 489	17 002	157,3
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane . . . . .	5 283	4 082	9 365	86,6
	darunter				
470-474	Grippe . . . . .	196	286	482	4,5
480-486	Pneumonie . . . . .	1 630	2 090	3 720	34,4
466, 490, 491	Bronchitis . . . . .	1 803	756	2 559	23,7
520-577	Krankheiten der Verdauungsorgane . . . . .	3 929	2 799	6 728	62,2
	darunter				
531, 532	Magen- und Zwölftingerdarmgeschwür . . . . .	329	236	565	5,2
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs . . . . .	145	205	350	3,2
571	Leberzirrhose . . . . .	2 023	757	2 780	25,7
570, 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und der Gallengänge . . . . .	557	733	1 290	11,9
577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse . . . . .	198	115	313	2,9
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane . . . . .	1 277	1 190	2 467	22,8
	darunter				
580-584	Nephritis und Nephrose . . . . .	169	183	352	3,3
600	Prostatahypertrophie . . . . .	256	—	256	—
630-678	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett . . . . .	—	28	28	26,4 <sup>2)</sup>
680-738	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes . . . . .	110	315	425	3,9
740-759	Angeborene Mißbildungen . . . . .	244	212	456	4,2
760-779	Bestimmte Ursachen der perinatalen Sterblichkeit . . . . .	441	341	782	7,2
780-796	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen . . . . .	1 456	2 127	3 583	33,1
	darunter				
794	Altersschwäche ohne Angabe von Psychose . . . . .	218	516	734	6,8
800-949	Unfälle und Vergiftungen . . . . .	3 692	2 546	6 238	57,7
	darunter				
810-823	Kraftfahrzeug-Unfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs . . . . .	2 336	927	3 263	30,2
850-877	Vergiftungen . . . . .	42	26	68	0,6
880-887	Unfälle durch Sturz . . . . .	679	1 221	1 900	17,6
950-959	Selbstmord und Selbstbeschädigung . . . . .	1 582	859	2 441	22,6
960-999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen . . . . .	145	133	278	2,6
	Sterbefälle insgesamt	60 884	63 891	124 775	1 154,2

<sup>1)</sup> ICD: Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. — <sup>2)</sup> Auf 100 000 Lebendgeborene.

Mittlung des Bayerischen Statistischen Landesamts aus den Ergebnissen der Todesursachenstatistik. Diese stützt sich auf die Angaben über die Todesursache, die der Leichenschauarzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln das sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

# Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im April 1979 \*)

(Zusammengesellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Salmonellose wurden im April wieder häufiger als im Vormonat gemeldet. Die Erkrankungsziffer stieg von 22 auf 32 je 100 000 der Bevölkerung, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Dagegen ging die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) nochmals etwas zurück, nämlich

von 26 im März auf 22 im April, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

Nur geringfügig sank im April die Meldeziffer von Scherlacherkrankungen auf 51 je 100 000 Einwohner. Etwas höher als im März lag dagegen die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung.

Hinsichtlich der Meningokokken-Meningitis stieg die Ziffer auf drei Fälle, bei den übrigen Formen der übertragbaren Hirnhautentzündung auf sieben Fälle, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung bezogen.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. April 1979 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scherlech		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen		übrige Formen			
	E <sup>1)</sup> ST <sup>2)</sup>		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	-	-	165	-	-	-	4	-	9	-	-	-	-	-	-	9	-	129	-	-	-	-	-	
Niederbayern	-	-	13	-	-	-	8	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	11	-	3	-	-	-	
Oberpfalz	-	-	23	-	-	-	2	1	19	-	1	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	
Oberfranken	-	-	46	-	-	-	1	-	9	1	-	-	1	-	-	-	-	10	-	2	-	-	-	
Mittelfranken	-	-	77	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	3	-	27	-	-	-	-	-	
Unterfranken	-	-	40	-	-	-	2	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	2	-	-	-	
Schwaben	-	-	62	-	-	-	5	-	3	-	-	-	-	-	-	2	-	36	-	7	-	-	-	
Bayern	-	-	426	-	-	-	22	1	54	2	1	-	1	-	-	14	-	267	-	14	-	-	-	
München	-	-	88	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	4	-	53	-	-	-	-	-	
Nürnberg	-	-	25	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	
Augsburg	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
Würzburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	2	-	-	-	
Fürth	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	
Erlangen	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Mikrosporidien		Amöbenruhr		Brucellose (übrige Formen)		Kindbettfieber nach standesamtl. meldepfl. Geburt		Malaria-Erkrankung		Toxoplasmosis						Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>	
			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		E ST	
Oberbayern	56	1	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	5
Niederbayern	17	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberpfalz	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	10
Oberfranken	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Mittelfranken	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Unterfranken	22	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schwaben	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	4
Bayern	186	2	-	-	-	-	1	-	5	1	1	-	1	1	4	-	6	-	-	-	-	-	-	23
München	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Regensburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Erlangen	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) „E“ = Erkrankungen (einschließlich 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.



## Preise

### Verleihung

**Sebastian Knapp-Preis** — Der mit DM 10 000 dotierte Sebastian Knapp-Preis wurde zwei Ärzten zu gleichen Teilen zuerkannt, und zwar Professor Dr. W. Schmidt-Kessen, Freiburg, und Dr. Hans-Jürgen Raimann, München.

### Ausschreibungen

**Hufeland-Preis 1980** — Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ schreibt für die beste Arbeit über vorbeugende Gesundheitspflege diesen von der Colonia Lebensversicherung AG — Deutsche Ärztersicherung —, Köln, gestifteten und mit DM 20 000 dotierten Preis aus. — Einsendeschluß: 31. März 1980. Der vollständige Text der Ausschreibung kann bei der Stiftung „Hufeland-Preis“, Maria-Ablaß-Platz 15, 5000 Köln 1, angefordert werden.

**Johann Lukas Schönlein-Preis 1979** — Das Kuratorium der Johann Lukas Schönlein-Stiftung schreibt diesen von der Firma Immuno GmbH, Heidelberg, gestifteten und mit DM 10 000 dotierten Wissenschaftspreis zur Erforschung der Blutarthritis aus. — Einsendeschluß: 30. September 1979. Auskunft erteilt Direktor H. P. Stolte, Immuno GmbH, Sievogtstraße 3–5, 6900 Heidelberg, Telefon (0 62 21) 3 76 61-5.

**Albert-Knoll-Preis** — Die Knoll AG, Ludwigshafen, schreibt auch dieses Jahr den mit DM 10 000 dotierten Albert-Knoll-Preis der Saarländisch-Pfälzischen Internistengesellschaft aus. Er wird für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin verliehen und dient der Auszeichnung und Förderung von Ärzten und Arztgruppen im deutschen Sprachraum. — Einsendeschluß: 1. Oktober 1979. Weitere Auskünfte erteilt Chefarzt Dr. P. Bockal, Evangelisches Krankenhaus, 6660 Zweibrücken/Pfalz.

**Preis der Stadt Bad Kissingen 1980** — Der Stadtrat Bad Kissingen schreibt alle zwei Jahre diesen mit DM 5000 dotierten Preis aus. Er wird für wissenschaftliche Arbeiten verliehen, die die Einsicht in die Wirkungsprinzipien balneotherapeutischer Verfahren mit modernen Untersuchungsmethoden vertiefen. — Einsendeschluß: 1. Januar 1980. Weitere Auskünfte erteilt die Stadt Bad Kissingen, Rathaus, Postfach 22 60, 8730 Bad Kissingen.

## Schnell informiert

### Organspenderausweis der Bundesärztekammer

Für den von der Bundesärztekammer entwickelten Organspenderausweis zeigt sich in der Öffentlichkeit großes Interesse. Es empfiehlt sich deshalb, diesen Ausweis auch in der Praxis zur Ausgabe bereitzuhalten. Der Ausweis kann mit einem von der Bundesärztekammer entwickelten Merkblatt bei der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, abgerufen werden.

BLAK

### Verordnung von Arzneimitteln

Es besteht Veranlassung, auf die Vorschrift des § 24 Absatz 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978 (Sondernummer Dezember 1977 des „Bayerischen Ärzteblattes“) hinzuweisen, wonach es dem Arzt nicht gestattet ist, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken zur Einlösung verordneter Arzneimittel zu verweisen. Ebenfalls unzulässig ist es, wenn der verordnende Arzt die Medikamente für seine Patienten bei einer bestimmten Apotheke anläßt.

BLAK

### Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen

Die Privatklinik-Einkaufs- und Betriebsgenossenschaft e. G. (P. E. G.) konnte in ihrer Hauptversammlung auf ein erfolgreiches Jahr 1978 zurückblicken. Der Vorstandsvorsitzende Dr. Michael Schreiber führte vor Mitgliedern sowie in- und ausländischen Gästen u. a. aus, daß die P.E.G. in den letzten neun Jahren zu einer wichtigen Institution für kleinere und mittlere Kliniken sowie Sanatorien in Deutschland geworden ist. Durch den Zusammenschluß und den konzentrierten Einkauf konnten erhebliche Preisvorteile erzielt werden, was sich auf die Pflegesätze günstig auswirkt.

Vorstandsmitglied W. Roscha machte auf die schwierige Wettbewerbssituation aufmerksam und empfahl den Mitgliedern, nicht immer nur die billigsten Angebote zu nutzen.

Die Grüße der Bayerischen Staatsregierung überbrachte Staatssekretär Dr. Rosenbauer vom Sozialministerium.

Glomeruläre  
Nephropathien,  
chronisch  
renale  
Hypertonie,  
Entzündungen  
und Spasmen  
der Harnwege.

**SOLIDAGO®** › Dr. Klein ‹

die Kapillarpermeabilität normalisieren, die Kapillarresistenz erhöhen.

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Extr. fl. aus Herb. Solidag. virg. 50 g (stand. auf 1 mg Quercitrin pro ml), -Potentill. anserin. 17 g, -Equiset. arv. 12 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, Fruct. Petrosal. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.  
**Dosierung:** 3 x täglich 20–30 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

**Handelsformen und Preise incl. MWSt.:** Flasche: 20 ml DM 6,50; 50 ml DM 12,99; 100 ml DM 22,—



Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung,  
7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald

## Ausstellung von Rezepten

Von Apothekerseite wird immer wieder Klage geführt wegen Unleserlichkeit und Unklarheiten in der Verordnungsweise durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte. Die Ärzte werden deshalb wiederholt aufgefordert, ihre Verordnungen deutlich leserlich auf Rezepten einzutragen sowie darauf zu achten, daß Stärke, Packungsgröße, Dosierung und dergleichen angegeben werden.

Bei Verordnungen durch Krankenhausärzte genügt es nicht, den Stempel des Krankenhauses und der Abteilung anzubringen, es muß auch ersichtlich sein, daß die Verordnung durch einen Arzt erfolgt ist. Im Interesse der Patienten und zum eigenen Schutz vor möglichen rechtlichen und sonstigen Folgen wird gebeten, diese Anforderungen zu beachten.

BLAK

## Arbeitseusschuß Gerätesicherheit gegründet

Die Sicherheit medizinisch-technischer Geräte stand wiederholt im Interesse der Öffentlichkeit.

Im Normenausschuß Rettungsdienst und Krankenhaus konstituierte sich am 20. April 1979 ein Arbeitseusschuß, der sich mit der Erarbeitung von Sicherheitsnormen für medizinisch-technische Geräte befassen wird, die in Krankenhäusern und Arztpraxen verwendet werden.

*Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 30. April 1979 (Nr. I E 2 - 5004 - 65/1179)*

### Neue Auflage der Gegenstandskataloge für

— den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (GK 3)

— den schriftlichen Teil des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (GK 4)

*Vollzug der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) in der Fassung der Bekanntmachung vom 3. April 1979 (BGBl. I S. 425)*

Der vom Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen, Mainz, herausgegebene „Gegenstandskatalog für den schriftlichen Teil des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (GK 4)“, überarbeitete 2. Auflage 1979, ist beim Verlag „Druckhaus Schmidt & Bödige“, Rheinallee 191, 6500 Mainz, erschienen. Er kann im Buchhandel bezogen werden.

Die Neufassung des Gegenstandskatalogs (GK 4) wird ab Oktober 1979 Grundlage für den schriftlichen Teil des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung sein.

Der Gegenstandskatalog für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (GK 3), überarbeitete 2. Auflage 1979, wird in Kürze erscheinen.

## Inhaltsverzeichnis + Einbanddecke

(DM 11,98 incl. MWSt., Verpackung, Porto) für das „Bayerische Ärzteblatt“ können angefordert werden bei:

Bayerisches Ärzteblatt — Schriftleitung  
Mühlbauerstraße 16 — 8000 München 80  
Telefon (0 89) 41 47-274

## Buchbesprechungen

### Anamnese und Befund

*Die systematische ärztliche Untersuchung — mit einem Schlüssel zum Gegenstandskatalog und 675 Fragen zur Selbstkontrolle*

Verf.: Prof. Dr. Dr. J. Dehmer, 3., neubearbeitete und erweiterte Aufl., 466 S., 238 Einzeldarstellungen, 27 Schemata, flex. Taschenbuch, DM 22,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das vorliegende Werk unterscheidet sich in mancher Hinsicht von den am Markt befindlichen Büchern gleicher Thematik. Es enthält:

1. Neben den „üblichen“ Untersuchungstechniken solche aus der Ophthalmologie, HNO, Neurologie, Chirurgie (Neutrel-O-Methode) und ein gutes Kapitel über die Untersuchung von Kindern
2. Klare Schemazeichnungen und eine Vielzahl informativer Fotografien
3. Hinweise zur Dokumentierung von Befunden
4. Kontrollfragen und Lösungsvorschläge

Einige ellzu theoretische Abhandlungen — vor allem im Anamneseteil — und Auslassungen im praktischen Teil (z. B. Abzählung der Wirbelkörperdornfortsätze, Erklärung der respiratorischen Arrhythmie u. a.) werden durch die didaktisch hochwertige Aufmachung und Informationsbreite kompensiert. Zielgruppe: Studenten am Beginn der klinischen Ausbildung.

Dr. rer. nat., Dr. med. A. Zober, Erlangen

### Ophthalmoskope

Verf.: Prof. Dr. K. Heilmann, 2., überarb. u. erw. Aufl., 100 S., 60 teils farb. Abb. im Anhang, kart., DM 19,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Nach ungewöhnlich kurzer Deuer liegt jetzt die zweite Auflage dieses Taschenbuches zur Ophthalmoskopie vor. Ausführlich werden die verschiedenen Verfahren des Augenspiegels besprochen. Die Technik der verschiedenen Augenspiegel wird klar abgehandelt. Allerdings sind nur die Ophthalmoskope einer Firma berücksichtigt. Der zweite Teil des Buches zeigt die gängigsten Veränderungen des Augenhintergrundes mit einem farbigen Bildanhang der wichtigen Augenhintergrundveränderungen. Die Darstellungsweise ist sehr anschaulich und übersichtlich gewählt. Das Buch eignet sich auch in der äußeren Aufmachung für den täglichen Gebrauch aller am Augenspiegeln interessierten Ärzte und Studenten.

Privatdozent Dr. med. W. D. Schäfer, Würzburg

### Nachuntersuchungen an sterilisierten Frauen

*„Der Fall Dr. Dohrn“ — Zwölf Jahre danach*

Verf.: Prof. Dr. Dr. R. Wille, 177 S., kart., DM 45,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Ausgangsbasis der breit angelegten Monographie sind eingehende Nachuntersuchungen von rund 2000 Frauen. Nach Darlegung der (geringen) Nachteile und (überwiegenden) Vorteile der operativen Kontrazeption werden sechs Gegenthesen zur Sterilisation zeit- und geistesgeschichtlich, gesellschaftspolitisch, strat-, stendes- und versicherungsrechtlich, literaturkritisch und freimütig erörtert.

(Fortsetzung Seite 664)

### Mehr Markt im Gesundheitswesen

Sehr aufschlußreiche Bemerkungen zur Diskussion um Ärzteschwemme und Kostendämpfung im Gesundheitswesen hat Professor Dr. Karl H. Oppenländer, Direktor des ifo-Instituts für Wirtschaftsforschung in München, kürzlich im Schnelldienst seines Hauses gemacht.

Als Gründe für die sogenannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen vor allem von 1970 bis 1975 um 96 Prozent sieht Oppenländer:

- den Wunsch des Patienten nach neuerdings eingehender Information und Aufklärung durch den Arzt als Folge der allgemeinen Verbesserung des gesundheitlichen Informationsniveaus,
- die Beobachtung, daß der Patient bei der Mitteilung ernsthafter Krankheit häufig noch einen zweiten Arzt konsultiert,
- den gesellschafts- und sozialpolitischen Anspruch, eine „hinreichende Versorgung mit Gesundheitsleistungen für jedermann“ sicherzustellen,
- die eklatante Erhöhung der stationären Behandlungskosten als Folge des Krankenhausfinanzierungs- und des Leistungsverbesserungsgesetzes.

Zudem hat die Reformpolitik der ersten Hälfte der siebziger Jahre wesentlich zur Nachfragerweiterung und zusätzlichen Beanspruchung des Gesundheitswesens beigetragen, so durch:

- die Öffnung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für alle Angestellten 1971,
- die Aufnahme der Landwirte 1972 und
- der Studenten 1975 in die GKV,
- die Verbesserung der Leistungen durch Anspruch auf Haushaltshilfe bei Berufstätigkeit 1974,
- die Regelung über die Früherkennung von Krankheiten 1971,
- das Gesetz über die Angleichung

der Leistungen zur Rehabilitation 1974 und

— der erhöhte Zuschuß für Zahnersatz 1975.

So sind die Dienstleistungen für die Gesundheit zum kollektiven Gut geworden. Den Preis dafür kennt der einzelne in der Regel nicht. Andererseits ist er zu einer Zwangsversicherung verurteilt. So beteiligt er sich an einem Konsum, bei dem die nachfragehemmende Wirkung des Preises ausgeschaltet oder doch gemindert ist.

Über den Preis für die Leistung des Arztes verhandeln seine mit der Organisation der Krankenkassen als Vertreter ihrer Mitglieder. Dabei wird die Entwicklung des Aufwands für das Gesundheitswesen an der Entwicklung der Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit orientiert, ein Bezugspunkt, den Oppenländer als vom ökonomischen Standpunkt aus schwer verständlich bezeichnet.

Nach der individuellen Verhaltensweise wird die Erhöhung der Ausgaben pro Kopf für Gesundheitsleistungen in der Regel die Veränderungen des Pro-Kopf-Einkommens übersteigen. Die politische Festlegung des finanziellen Gesamtrahmens könnte allenfalls zufällig mit dem Bedarf aller Versicherten übereinstimmen.

Für jeden selbständigen Unternehmer würde ein solches Vorgehen eine Beeinträchtigung seiner Leistungsbereitschaft, seines Engagements und seiner Initiative bedeuten. So bezeichnet es Oppenheimer als Eingriffe in die Selbstverantwortung des Arztes, seine Einkommensentwicklung an nicht relevante Einkommensmaßstäbe zu binden und die Behandlungsmethoden nach ihrer Wirtschaftlichkeit durch paritätisch besetzte Organe begutachten zu lassen. „Eine Besinnung auf mehr Marktkonformität im Gesundheitswesen wäre angebracht“, schließt Professor Karl H. Oppenheimer seinen Beitrag.

Horst Beloch

### Desinformator

*Weil, so schließt er messerscharf, nicht sein kann, was nicht sein darf, drohte Nordrhein-Westfalens Arbeits- und Sozialminister und vorher Grundlagenforscher als Direktor des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts (WSI) des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB), den Ärzten Einkommenseinbußen an, nachdem die Krankheitskosten wieder gestiegen seien.*

*Keine Frage nach der Ursache jener Entwicklung. Keine Frage nach einer Leistungsmehrung, die die Patienten den Zahnärzten und Ärzten abforderten. Nur ein Basta als vordergründige Reaktion.*

*Der Minister fand auch kürzlich an den Fakten vorbei, als er in einem Interview mit der „Welt“ die Zahlung einer 16prozentigen Dividende durch das Rheinisch-Westfälische Elektrizitätswerk (RWE) kritisierte, denn RWE solle mehr für den Umweltschutz tun.*

*Für 100 DM Einsatz erzielt man bei RWE 16 Prozent Ertrag, muß der Unkundige annehmen. Tatsächlich kostete am Tag der Farthmann-Desinformation die RWE-Aktie 163,70 DM, bei 8 DM Dividende ein Ertrag von 4,89 Prozent, ohne An- und Verkaufsspesen berechnet.*

*Ein Politiker ist ein Mensch, der genug Vorurteile besitzt, um damit die Bedürfnisse seiner Mitmenschen zu befriedigen.*

Prosper

### Kurz über Geld

BENZIN-GUTSCHEINE zur Verbilligung für Italien, Jugoslawien, Polen, Rumänien und die DDR. Benzin-Höchstpreis in der DDR, 1,65 für Super, 1,40 für Normalbenzin.

ALS AUSFALLZEIT in der gesetzlichen Rentenversicherung wird nur noch ein Studiengang und höchstens ein Fünfjahreszeitraum angerechnet.

PREIS-EXPLOSION bei Briefmarken bis um 50 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

SCHADENERSATZ muß eine Bank bei falscher oder unvollständiger Auskunft leisten, bestätigte der Bundesgerichtshof: II ZR 177/77.

### Therapeutisches Reiten

Medizin, Pädagogik, Sport

Verf.: Prof. Dr. W. Heipertz, 224 S., 47 Schwarzweißfotos, 70 Zeichn., kart., DM 19,80. Franckh'sche Verlagshandlung, Stuttgart.

Das therapeutische Reiten nimmt heute einen festen Platz im Spektrum der physikalischen Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten ein. Das vorliegende handliche Buch mit 54 anschaulichen Fotos und 70 sehr instruktiven Zeichnungen vermittelt dem Leser einen gründlichen und umfassen- den Überblick über diesen Therapiezwang und läßt ihn gleichzeitig die praktische Erfahrung spüren, die hinter den sehr eindrucksvollen Ausführungen steht. Der erste Teil (Hippo- und Reittherapie) informiert über die Behandlung behinderter oder verhaltensgestörter Patienten auf dem Pferderücken – unter Berücksichtigung der Indikationsstellung. Der zweite Teil ist dem Behindertensport gewidmet. Daran schließt sich eine „spezielle Reitlehre für des therapeutische Reiten“ an.

Das Buch wendet sich also gleichermaßen an Ärzte, Erzieher, Krankengymnasten, Reitlehrer bzw. Pferdesportler und natürlich auch an die Behinderten selbst. Möge ihm ein großer interessierter Leserkreis beschieden sein!

Dem therapeutischen Reiten wäre damit sicher ein guter Dienst erwiesen.

Dr. med. S. Fehring, München

### Eigenbluttherapie

Eine Fibel für die Praxis

Verf.: Dr. V. Hövalar, 43 S., 6 Abb., kart., DM 12,-. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg.

Die Eigenbluttherapie im therapeutischen System ist eine aktive Regulation durch synergische Impulse und kann als spezifische Therapie angesehen werden. Schäden wurden in 30 Jahren nicht beobachtet.

Empfohlen wird vom Autor die Eigenbluttherapie mittels Hämoaktivators bei folgenden Indikationen: in der Geriatrie, bei Allergikern, bei Infektionskrankheiten, in der Dermatologie, ebenso bei Herz-Kreislaufstörungen und Stoffwechselkrankheiten.

Da man mit einer relativ einfach anzuwendenden Methode gute Erfolge erzielen kann, lohnt sich immer der Versuch.

Dr. med. G. Jäger, Bad Brückenau

### Zur Frage der Keratoprothetik

Forschungsberichte des Landes Nordrhein-Westfalen, Heft 2729/Fachgruppe Medizin

Verf.: Prof. Dr. S. Niedermeier, 38 S., 15 Abb., kart., DM 12,-. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden.

Schwere Kalkverätzungen, bei denen die Hornhaut und die sie versorgende Bindehaut massiv geschädigt wird, führen zur Erblindung des Auges. Leider eignet sich dieses veränderte Gewebe nicht für Hornhautübertragungen. Die vorliegende Arbeit berichtet über Erfahrungen bei prothetischem Hornheutersatz. Mit einer Acryl-Dura-Hornheutprothese wurden bei elf Patienten gute Ergebnisse erzielt. Diese Prothese war vorher im Tierversuch eingehend untersucht worden. Verglichen mit dem Verfahren von Strampelli wird ein besseres kosmetisches Aussehen und auch ein besserer Einblick auf die Netzhaut erreicht. Dieses Heft eignet sich für chirurgisch tätige Augenärzte und alle anderen an alloplastischen Fragen interessierten Kollegen.

Privatdozent Dr. med. W. D. Schäfer, Würzburg

### Photochemotherapie

Information für Arzt und Patient

Verf.: Prof. Dr. G. Weber, 122 S., 68 Abb., davon 12 vierfarb., 7 Tab., tlex. Taschenb., DM 16,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Das Büchlein, das für Patienten und Therapeuten geschrieben ist, ist das Erfahrungsgut einer außergewöhnlich intensiven und langen Beschäftigung mit dieser Therapieform.

Der Verfasser beginnt mit der historischen Entwicklung, stellt ausführlich die Geräte vor und gibt Hilfestellung für die Praxis. Die Patienten werden aufgeklärt, Indikation und Kontraindikation klar dargestellt und es wird immer wieder betont, daß diese Behandlung eine disziplinierte Zusammenarbeit von Therapeuten und Patienten erfordert. – In dem speziellen Teil werden die Möglichkeiten dieser Therapie bei den einzelnen dermatologischen Erkrankungen dargestellt. Dabei wird gefordert, daß die Photochemotherapie eine Behandlungsmethode ist, die in dem dermatologischen Therapiespektrum vorläufig einen festen Platz eingenommen hat, wobei die Erfahrungen jeder Therapeut für sich sammeln muß. Schade ist, daß die anderen Möglichkeiten der Photochemotherapie kaum angerissen wurden.

Dr. med. G. Jäger, Bad Brückenau

### Die Odyssee

Herausgeber: E. Lessing, 248 S., davon 120 S. Text und 128 S. Bildtafeln, Leinen, DM 98,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dieser Band, der zwischen 1965 und 1972 in fünf Auflagen erschien und seit einigen Jahren vergriffen war, liegt nunmehr in einer preisgünstigen Sonderausgabe vor. Sie enthält den vollständigen Text und mit 108 Farbbildern nahezu alle Tafeln der Erstausgabe.

Im Bildteil hat E. Lessing in Farbaufnahmen von großer Schönheit und technischer Vollendung die Atmosphäre der odysseischen Welt eingefangen. Seine Bilder von Landschaften, Vesen, Bronzen, Marmorplastiken werden von Versen aus der Voss'schen Odyssee-Übersetzung begleitet, ergänzt durch verbindende Texte, die den äußeren Fortgang der Handlung beschreiben.

Im Textteil beleuchtet M. Gall zunächst die geographischen Hintergründe der Odyssee. Die anschließende Beschreibung H. Schliemanns über seine Funde in Ithaka führt den Gedanken weiter. Ein Essay von K. Kerényi deutet Homer in seiner schöpferischen Leistung und die mythische Gestalt des Wanderers und Heimkehrers Odysseus in ihrer Sinnbildhaftigkeit für die menschliche Existenz. Der Archäologe H. Sichter- mann erläutert die Darstellungen der Odyssee in den verschiedenen Perioden der antiken Kunst und macht interessante Zusammenhänge zwischen Motivwahl und Zeitmentalität deutlich. Das abschließende Bild- und Literaturregister von C. Kerényi bietet alle wissenschaftlichen Angaben zu den Darstellungen des Bildteiles.

### „Dankeschön“-Buch

„Aufmunterndes Lese-Vergnügen für die unermüdete Mutter“ – „Aufhaltendes Lese-Vergnügen für die unentbehrliche Sekretärin“

Jeder Band 96 S., DM 9,80. Schweizer Verlagshaus AG, Zürich.

Diese neuen, schön ausgestatteten Taschenbändchen verschaffen geistige, seelische und körperliche Erholung vom Alltag.

# Therapeutika

## Adrevil® forte

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 80 mg 5-[(2-Dibutyl-amino-äthyl)-amino]-3-phenyl-1,2,4-oxadiazol-hydrochlorid (Butelaminhydrochlorid).

Indikationen: Arterielle Durchblutungsstörungen der unteren Extremitäten. Periphere arterielläre Durchblutungsstörungen.

Kontraindikationen: Adrevil forte sollte bei Nieren- und Leberinsuffizienz und unmittelbar nach Herzinfarkt nicht verabreicht werden.

Eigenschaften, Wirkung, mögliche Nebenwirkungen und Hinweis: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Als Initialtherapie 3x1 Filmtablette täglich bis zum Eintritt der Besserung. Als Erhaltungsdosis und zur Progredienzprophylaxe 2x1 Filmtablette täglich. Adrevil forte ist wegen seiner guten Verträglichkeit besonders zur Langzeittherapie geeignet.

Handelsformen: Originelpackungen: 30 Filmtabletten DM 24,10, 60 Filmtabletten DM 42,10 und 100 Filmtabletten DM 63,55, Klinikpackung.

Hersteller: Zyma GmbH, München

## Dexa-Norgesic®-Ampullen

Dexa-Norgesic®-Ampullen, seit Jahren in der täglichen Praxis bewährtes Antirheumatikum mit muskelentspannendem Effekt zur i.m. Injektion ist ab sofort auch als Paret-Packung erhältlich.

Die Paratpackung mit drei Spritzensets wurde auf vielfachen Wunsch der niedergelassenen Kollegen entwickelt, die zur initialen Behandlung von rheumatischen Erkrankungen und von Lumbal-Ischielgien im Krankenbett ein komplettes Spritzenset zur schnellen und völlig unproblematischen Handhabung bevorzugen.

1 Ampullenpeer enthält:

Injektionslösung 1 (4 ml): Orphenedrincitrat (= Norflex®) 60 mg; Novaminsulfon 2000 mg; Lidocainhydrochlorid 30 mg. Injektionslösung 2 (1 ml): Dexamethason-21-monoNatriumphosphat 4 mg; Vitamin B 12-Cyanokomplex 1000 µg; Vitamin B 1-chlorid-hydrochlorid 50 mg.

Empfohlen wird, beim Rezeptieren ausdrücklich Dexa-Norgesic Paret-Packung aufzuschreiben, wenn diese Handelsform vom Arzt gewünscht wird.

Hersteller: Kettelhack Riker Pharma GmbH, 4280 Borken

## Euvescullin® Dregees

Zusammensetzung: 1 Dregee enthält: Bamethansulfat 25 mg, Endomid 40 mg (= N,N,N',N'-Tetraäthyl-norborn-5-en-2,3-biscarboxamid).

Anwendungsgebiete: Arterielle Durchblutungsstörungen funktioneller und organischer Genese, venöse Durchblutungsstörungen.

Gegenanzeigen: Thyreotoxikose, idiopathische hypertrophe subvalvuläre Aortenstenose, tachykerde Arrhythmien.

Nebenwirkungen: Euvascullin sowie jede seiner Komponenten haben sich auch bei Dauergebrauch als gut verträglich und frei von störenden Nebenwirkungen allgemeiner oder beson-

derer Art erwiesen. Der milde zentralstimulierende Effekt kann bei besonders labilen Patienten zu einer leichten Unruhe bzw. – zu spät abends eingenommen – zu Einschlafstörungen führen.

Dosierung und Anwendungsweise: Soweit nicht anders verordnet, wird 3x täglich 1 Dregee eingenommen.

Besonderer Hinweis: Vorsicht bei frischem Herzinfarkt!

Handelsform: OP mit 45 Dregees.

Hersteller: Taeschner & Co., Chemisch-Pharmazeutische Fabrik, 8079 Kipfenberg

## Keptan

Zusammensetzung: 100 g Keptan Liniment enthalten: Äthylenglykol-monosalicylsäureester 5,0 g, Nicotinsäurebenzylester 0,8 g, Heparin, Natriumsalz (Lunge) 5000 i. E.

100 g Keptan Salbe enthalten: Äthylenglykol-monosalicylsäureester 10,0 g, Nicotinsäurebenzylester 2,0 g, Heparin, Natriumsalz (Lunge) 5000 i. E.

Anwendungsgebiete: Zur unterstützenden Behandlung bei rheumatischen Erkrankungen der Gelenke und Muskeln sowie bei Neuralgien. Sport- und Unfallverletzungen wie Prellungen, Zerrungen und Verstauchungen.

Gegenanzeigen: Das Präparat darf wegen seines Gehaltes an Salicylsäureester während der Schwangerschaft und bei Nierenfunktionsstörungen langfristig und großflächig nicht angewendet werden.

Allgemeines, Wirkungsweise und besondere Hinweise: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierungsanleitung und Art der Anwendung: Keptan Liniment: Die Flasche ist vor Gebrauch kräftig zu schütteln. Soweit nicht anders verordnet, ist bei Erwachsenen bis zu 5 x täglich, bei Schulkindern bis zu 2 x täglich eine ausreichende Menge Liniment in die hohle Hand einlaufen zu lassen, auf die erkrankte Körperstelle aufzutragen und einzumassieren. Falls das Einmassieren wegen zu starker Schmerzen nicht möglich ist, empfiehlt sich die Anwendung von Keptan Salbe.

Handelsformen und Preise: Packung mit 100 g Liniment DM 10,95, Packung mit 100 g Salbe DM 13,35, Anstaltspackungen

Hersteller: Dr. R. Pfleger, Chemische Fabrik GmbH, 8600 Bamberg

## Rifloc Retard

Zusammensetzung: Jede Kapsel Rifloc Retard enthält 40 mg Isosorbiddinitrat.

Indikationen: Rifloc Retard ist durch die gleichmäßige Freisetzung mit therapeutisch wirksamen Blutspiegeln über mindestens acht Stunden besonders indiziert zur Langzeittherapie und Prophylaxe der Angine pectoris bei koronarer Herzkrankheit sowie zur Vorbeugung von Schmerzanfällen nach Herzinfarkt.

Kontraindikationen: Schock, schwere Hypotonie, hypotone Kollapszustände.

Eigenschaften, Nebenwirkungen und besondere Hinweise: Siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Morgens vor dem Frühstück und abends vor dem Schlafengehen jeweils 1 Kapsel unzerkernt mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Bei Bedarf kann die Dosis je nach Schweregrad erhöht werden.

Handelsformen: O. P. mit 30 Kapseln DM 16,90, O. P. mit 60 Kapseln DM 30,30.

Hersteller: Merrell Pharma, 6080 Groß-Gerau

## Kongreßkalender

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

### September 1979

- 1.—7. **Karlsruhe:** 31. Therapiekongreß und 31. Heilmittelausstellung. — Auskunft: Kongreßbüro, Dr. P. Hoffmann, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 1.
- 2.—15. **Velden/Wörther See:** Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.
- 2.—8. **San Francisco:** 14. Kongreß der Internationalen Kardiovaskulären Gesellschaft. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 2.—8. **San Francisco:** 28. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 2.—8. **Wiesbaden:** IX. Europäischer Kongreß für Rheumatologie. — Auskunft: IX. Europäischer Kongreß für Rheumatologie, Professor Dr. K. Miehle, Postfach 23 72, 6200 Wiesbaden.
- 3.—6. **München:** Herbsttagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft. — Auskunft: Privatdozent Dr. K. Seibel, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40.
- 4.—7. **München:** Europäischer Gerontologie-Kongreß. — Auskunft: German Convention Service, Kongreßverbindungsstelle Hemburg, Demmtorstraße 12, 2000 Hamburg 36.
- 5.—8. **Brüssel:** Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Erforschung von Zivilisationskrankheiten und Umwelt. — Auskunft: S.I.R.M.C.E., 5, rue du Sceptre, B-1040 Bruxelles.
- 6.—8. **Prag:** IV. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. — Auskunft: Tschechoslowakische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, 120 26 Praha 2, CSSR.
- 6.—8. **Strebberg:** 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Neuroradiologie. — Auskunft: Pr. A. Wakenheim, Service de Neuroradiologie, CHU Strasbourg 1, Place de l'Hôpital, BP 426/R5, F-67005 Strasbourg.
- 8.—9. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 9.—12. **Prag:** V. Europäischer Anatomischer Kongreß. — Auskunft: Professor Dr. E. Klika, Albertov 4, 120 26 Praha, CSSR.
- 9.—14. **Wien:** 10. Weltkongreß der Internationalen Diabetes-Federatiön. — Auskunft: Kongreßsekretariat 10. IDF, Bösendorferstraße 4, A-1010 Wien.
- 9.—15. **Norderney:** Fortbildungskongreß der Ärztekammer Nordrhein. — Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstraße 31, 4000 Düsseldorf 30.
- 9.—23. **St. Moritz:** 3. Internationaler sportärztlicher Fortbildungskongreß. — Auskunft: Dr. K. Weber, Klosterstraße 23, 4970 Bad Oeynhausen.
- 11.—14. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 12.—13. **Düsseldorf:** Fortbildungsveranstaltung „Siedlungsplanung und Gesundheit“ — Seminar für Ärzte, Gesundheitsingenieure und leitende Gesundheitsaufseher. — Auskunft: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Auf'm Hennekamp 70, 4000 Düsseldorf.
- 12.—14. **Heidelberg:** Heidelberger Symposion: Grundlagenforschung in der Sportmedizin — Belastungstoleranz des Bewegungsapparates. — Auskunft: Professor Dr. H. Krahl, Postfach 14 03 29, 6900 Heidelberg 1.
- 12.—16. **Devos:** Seminar-Tagung: Dermatologie und Allergie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Dr. S. Borelli, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40.
- 13.—15. **Heidelberg:** 15. Fortbildungskurs für Endoskopische Magendiagnostik der Europäischen Gesellschaft für Gastroskopie. — Auskunft: Privatdozent Dr. M. Poll, Krankenhaus Speyererhof, 6900 Heidelberg 1.
- 14.—15. **München:** Einführungs- und Fortbildungskurs für Sonographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80.
- 15.—16. **Limburg:** Fortbildungsveranstaltung des Sportärzterverbandes Hessen. — Auskunft: Dr. F. Burwinkel, Siesmayerstraße 7, 6368 Bad Vilbel.
- 15.—29. **Sant' Angelo:** Fortbildungsveranstaltung: Die Gesamtbetreuung des Rheumakranken (medikamentöse und funktionelle Behandlung, psychische und soziale Betreuung). — Auskunft: Professor Dr. H. Mathies, I. Medizinische Klinik des Rheuma-Zentrums, 8403 Bad Abbach.
- 16.—19. **Essen:** XXX. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. W. Grote, Hufelandstraße 55, 4300 Essen.
- 16.—22. **Erlangen:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. J. Heck, Gebbertstraße 123, 8520 Erlangen.
- 17.—19. **Karlsruhe:** 76. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Professor Dr. O. Vivell, Karl-Wilhelm-Straße 1, 7500 Karlsruhe.
- 17.—20. **Berlin:** Internationaler Kongreß für Datenverarbeitung in der Medizin. — Auskunft: AMK Berlin, Messedamm 22, 1000 Berlin 19.

- 17.–20. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 17.–22. **Klagenfurt:** 26. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. – Auskunft: Generalsekretariat der SIMG, Bahnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 17.–28. **Sonthofen:** Weiterbildungslehrgang für Sportmedizin für Sanitätsoffiziere. (Der Kurs ist für alle Ärzte offen.) – Auskunft: Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens, Bundesministerium der Verteidigung, Postfach 13 28, 5300 Bonn.
- 18.–22. **Münster:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. – Auskunft: Privatdozent Dr. D. Gerlach, Von-Esmarch-Straße 86, 4400 Münster.
- 19.–21. **Hannover:** Symposion der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion und Immunhämatologia. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Bluttransfusion und Immunhämatologia, Dr. H. Schmitt, Postfach 12 27, 3257 Springa 1.
- 19.–22. **Gargellen/Montafon:** XXI. Symposion der Gesellschaft für Histochemie. – Auskunft: Professor Dr. Ch. Pilgrim, Postfach 40 66, 7900 Ulm.
- 19.–22. **Wien:** Arbeitstagung über Karotischirurgie. – Auskunft: Verein zur Förderung der angiologischen Wissenschaft, Dozent Dr. H. Karobath, Nisselgasse 1, A-1140 Wien.
- 20.–22. **Erlangen:** Jahrestagung der Sektion Klinische Geriatrie der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, verbunden mit dem 4. Fortbildungskongreß in der Gerontologia. – Auskunft: Professor Dr. E. Lang, Rathsberger Straße 57, 8520 Erlangen.
- 20.–22. **Garmisch-Partenkirchen:** 34. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. – Auskunft: Professor Dr. G. Wolfgram, Weihestephan Block 3, 8050 Fraising.
21. **Garmisch-Partenkirchen:** 7. Fortbildungskurs für Endoskopieschwestern und -pflager. – Auskunft: Privatdozent Dr. H. Henning, Postfach 1380, 2410 Mölln/Lauenburg.
- 21.–23. **Augsburg:** 64. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin, in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem VIII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe. – Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 21.–23. **Augsburg:** VIII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (ZMA), in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 64. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
24. 9.–5. 10. **Erlangen:** Fortbildungskurs für Röntgenhelfer(innen). – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Kantsch, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 26.–28. **Brighton:** 9. Europäischer Kongreß für Zytologie. – Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 26.–29. **Basel:** 66. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. – Auskunft: Professor Dr. E. Morscher, Orthopädische Universitäts-Klinik, Felix-Platterspital, CH-4055 Basel.
- 26.–29. **Düsseldorf:** 2. Gemeinsame Jahrestagung der Angiologischen Gesellschaften Deutschlands, Österreichs und der Schweiz. – Auskunft: Kongreßsekretariat Gefäßchirurgische Klinik des St. Johannis-Hospitals, 4100 Duisburg 11.
- 27.–28. **Heidelberg:** Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e.V. – Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin e.V., Geschäftsstelle, Im Neuanhaimer Feld 368, 6900 Heidelberg 1.
- 28.–30. **Göttingen:** 3. Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie. – Auskunft: Professor Dr. A. Gregl, Goßlerstraße 10, 3400 Göttingen.
- 28.–30. **Hannover:** Psychotherapie-Kongreß der Allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie und der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie. – Auskunft: Dr. W. Stucke, Walsroder Straße 121, 3012 Langerhagen.
29. **Landshut-Achdorf:** Fortbildungsveranstaltung: Aktuelle Fragen und Probleme der Sportmedizin. – Auskunft: Dr. H. H. Wernicke, Ludmillastraße 33, 8300 Landshut.
29. 9.–2. 10. **Würzburg:** Symposion über „RES and the Pathogenesis in Liver Disease“. – Auskunft: Professor Dr. H. Liehr, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 18, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Breun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbellege „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreise vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 8% = DM 0,14 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwertung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hane Zauner jr., 8060 Dechau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlängerter 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.

ISSN 0005-7126

### Die Stadt Ingolstadt

sucht für die neu errichtete  
**Schule für medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten** beim Städtischen Krankenhaus Ingolstadt

### 1 Lehrassistentin

zum beidmöglichen Eintritt.

BewerberInnen müssen eine mehrjährige Erfahrung besitzen und nach Möglichkeit den Abschluß einer Lehrassistentinnenschule nachweisen können. Insbesondere Kenntnisse auf den Gebieten der Mikrobiologie und klinischen Chemie sind erwünscht.

Die Vergütung erfolgt nach dem Bundesangestelltenvertrag (BAT). Der Krankenträger ist bei der Wohnraumbeschaffung behilflich.

**Ingolstadt** mit ca. 90.000 Einwohnern und einer zentralen Lage in Bayern ist eine Stadt mit großer wirtschaftlicher Bedeutung. Als Kulturzentrum der Region verfügt sie über sämtliche weiterbildenden Schulen und bietet einen hohen Freizeitwert.

Die Bewerbungen werden erbeten an das

**Krankenhausreferat der Stadt Ingolstadt, Reitheueplatz 4, 8070 Ingolstadt, Rückfragen: Telefon (08 41) 305-481.**

### Die Tiefbau-Berufsgenossenschaft

– Gesetzliche Unfallversicherung –

sucht für den Ausbau ihres überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienstes in München, Nürnberg und in Würzburg

### approbierte Ärzte und qualifizierte Arbeitsmediziner (-medizinerinnen)

Letztere mit vielseitiger praktischer Erfahrung und organisatorischer Befähigung, die bereit sind, sich mit den Verhältnissen des Tiefbaus vertraut zu machen, um eine enge Verbindung zwischen Sicherheitstechnik und Arbeitsmedizin zu gewährleisten. Die Bewerber sollen Freude haben, sich mit den arbeitenden Menschen auf der Baustelle zu befassen und sie vorbeugend zu betreuen.

Für junge, approbierte, strebsame Ärzte besteht die Möglichkeit zur Weiterbildung bei hierzu ermächtigten Ärzten.

Der arbeitsmedizinische Dienst der Tiefbau-Berufsgenossenschaft hat die im Arbeitssicherheitsgesetz festgelegten betriebsärztlichen Aufgaben zu erfüllen.

Die Vergütung richtet sich nach Qualifikation des Bewerbers nach dem Bundesangestelltenvertrag oder nach Sondervereinbarung. Im übrigen werden die Leistungen des öffentlichen Dienstes gewährt.

Die Übernahme in ein Angestelltenverhältnis nach der Dienstordnung (beamteneähnliche Stellung) ist möglich.

Anfragen und Bewerbungen werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bitte wenden Sie sich an den

**Hauptgeschäftsführer der Tiefbau-Berufsgenossenschaft  
Am Knie 8, 8000 München 60, Telefon (0 89) 88 97 / 3 94 oder 5 84**

## Die Bundesanstalt für Arbeit, die Landesarbeitsämter Nord- und Südbayern,

suchen



# Ärztinnen und Ärzte

für vielseitige und selbständige arbeitsmedizinische Tätigkeiten bei Arbeitsämtern in den Landesarbeitsamtsbezirken

e) Nordbayern (insbesondere für die Arbeitsämter Nürnberg und Aschaffenburg);

b) Südbayern (insbesondere für die Arbeitsämter Augsburg, Ingolstadt, Memmingen, München – Facharzt für Orthopädie –, Passau und Pterrkirchen).

Vergütung entsprechend BAT; Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich mit Aufstieg zum Medizinaldirektor (BesGr. A 15);

alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen; 5-Tage-Woche;

die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ wird gefördert; privatärztliche Nebentätigkeit ist möglich.

Bewerbungen erbeten an:

zu e)

Präsident des Landesarbeitsamtes Nordbayern  
Regensburger Straße 100  
8500 Nürnberg 1

zu b)

Präsident des Landesarbeitsamtes Südbayern  
Postfach  
8000 München 34

Telefonische Auskunft erteilt:

Leitender Arzt  
Dr. med. Wernsdorfer  
Telefon (09 11) 17 41 23

Telefonische Auskunft erteilt:

Leitender Arzt  
Med-Dir. Dr. Betke  
Telefon (0 89) 38 77 - 329 / 326



**SIEMENS**

Für die arbeitsmedizinische Betreuung unserer 3000 Mitarbeiter im Werk **Regensburg** suchen wir einen Nachfolger für den aus Altersgründen ausscheidenden

**hauptamtlichen**

# Betriebsarzt

Sofern keine arbeitsmedizinischen Kenntnisse vorhanden sind, kann die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ auf unsere Kosten erworben werden.

Über die Vertragsausstattung einschließlich der Altersversorgung möchten wir uns persönlich unterhalten. Wenn Sie interessiert sind, schicken Sie uns bitte Ihre Kurzbewerbung mit den wichtigsten persönlichen Daten an unsere Personalabteilung, Wernerwerkstraße 2, 8400 Regensburg.

**SIEMENS AKTIENGESELLSCHAFT**

Fortschrittliche chirurgische Klinik (120 Betten) sucht, da der bisherige Stelleninhaber in den Ruhestand tritt, zum 1. Januar 1980 einen

## Chirurgen

als 1. Oberarzt in Dauerstellung.

Der Bewerber muß neben ausreichender Erfahrung in der allgemeinen Chirurgie die Bedingungen erfüllen, die die Berufsgenossenschaften an den ständigen Vertreter des Leiters einer zugelassenen Krankenanstalt stellen. Zeitgemäßer Privatdienstvertrag vorgesehen.

Ferner suchen wir zum baldigen Eintritt einen

## jüngeren Chirurgen

als 2. Oberarzt sowie ebenfalls zum baldigen Eintritt einen

## chirurgischen Assistenten

(Weiterbildungsermächtigung bis zu 3 Jahren in Chirurgie) Obertarifliche Bezahlung und hohe Pauschalvergütungen für Bereitschaftsdienste und Aufbereitschaft werden zugesichert.

Anfragen unter Chiffre 2064/221.

Der Landkreis Regen sucht zum 1. Juli 1979 oder später einen

## Assistenzarzt

für die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Viechtach.

Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/1 b BAT. Daneben werden Bereitschaftsdienstvergütung (Stufe D) und alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, einschließlich zusätzlicher Alters- und Hinterbliebenenversorgung gewährt. Bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen wird Umzugskostenvergütung zugesagt.

Viechtach, das in landschaftlich schöner Gegend des Bayer. Waldes liegt, ist staatlich anerkannter Luftkurort mit vielfältigen Sportmöglichkeiten und verfügt über ein modernes Schulzentrum mit Gymnasium (math.-naturw. und wirtschaftsw. Zweig) und Realschule für Knaben und Mädchen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten, an die **Personalverteilung des Landratsamtes, 8370 Regen, Schulgasse 2**. Auskünfte erteilt **Chefarzt Dr. med. Robert Trojan, Telefon (0 99 42) 13 01**.

Das Landratsamt Kitzingen sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die **Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Kitzingen** (107 Betten) zwei

## Assistenzärzte

Vergütung nach Tarif. Die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen werden gewährt.

Kitzingen liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung zwischen Mein und Steigerwald (Weinlandkreis). Am Ort sind alle weiterführenden Schulen vorhanden. Zur Universitätsstadt Würzburg (18 km) bestehen gute Verkehrsverbindungen.

Interessenten, die eine weitgehend selbständige Tätigkeit anstreben, werden gebeten, die üblichen Bewerbungsunterlagen bei **Chefarzt Dr. Meder, Kreiskrankenhaus Kitzingen**, einzureichen.

## BEFELKA® - ASTHMA - TABLETTEN

Ind.: Asthma - Bronchitis - Heuschnupfen - Grippe.  
Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Coffeinum 20 mg; 1-Phenyl-2,3-dimethyl-4-isopropyl-pyrazolon 300 mg.

Kontraind.: Akute intermittierende Porphyrie, Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere organische Herzerkrankungen, Tachykardie, nephrogene Ausscheidungsstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage. Packung mit 20 Tabl. 4,83 DM, 50 Tabl. 10,85 DM.

Ärzt muster durch:

**BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Osnebrück, Postfach 13 51**

## Das Krankenhaus St. Elisabeth, Dillingen (Donau)

sucht einen

### Oberarzt

für die **Chirurgische Abteilung.**

Das freigemeinnützige Krankenhaus hat 220 Betten mit fünf Fachabteilungen (darunter Chirurgie 105 Betten). Eine staatlich anerkannte Krankenpflegeschule (54 Plätze) ist angegliedert. Optimale Operationsmöglichkeiten, moderne Intensivabteilung (10 Betten), DA-Verfahren, Weiterbildung für vier Jahre möglich.

Wir bieten Vergütung nach AVR, Umzugskosten-erstattung, zusätzliche Altersversorgung, BD-Vergütung analog BAT.

Die Große Kreisstadt Dillingen bietet in reizvoller Lage alle weiterführenden Schulen sowie bestmögliche Freizeitgestaltung.

Interessenten wenden sich an **Ärztl. Direktor Dr. Dr. W. Röhl, Regens-Wegner-Straße 3, 8880 Dillingen/Donau, Krankenhaus St. Elisabeth, Telefon (0 90 71) 20 11.**

## Besetzung der Direktorenstelle beim Bezirkskrankenhaus des Bezirks Schwaben in Kaufbeuren

Beim Bezirkskrankenhaus in Kaufbeuren ist die Stelle des

### Leitenden Direktors

im Herbst dieses Jahres zu besetzen. Die Anstellung ist als Beamter oder als Angestellter mit entsprechendem Dienstvertrag möglich. Ambulanz und Nebentätigkeit nach Vereinbarung. Dienstwohnung wird auf Wunsch bereitgestellt.

Das modern ausgestattete Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren verfügt über rund 1100 Betten in den Abteilungen Psychiatrie (1030 Betten) und Neurologie (70 Betten). Neben neuzeitlichen Bettenhäusern, einem Diagnostikbereich mit Computertomographie und Therapieeinrichtungen sind entsprechende Werkstätten und ein Gutshof vorhanden.

Die Stadt Kaufbeuren mit allen Schulen ist verkehrsgünstig und landschaftlich reizvoll im Voralpenland gelegen und bietet einen erhöhten Freizeitwert.

Für die Leitung des Hauses wird ein klinisch erfahrener Facharzt für Psychiatrie und Neurologie mit guten Kenntnissen in der Führung psychiatrischer Krankenhäuser gesucht. Besondere Fähigkeiten in der Personalführung und -anleitung sowie der Organisation werden erwartet.

Da die Zusammenarbeit mit der Universität München erweitert werden soll, ist die Lehrbefugnis für das Fach Psychiatrie erwünscht.

Bewerbungen werden bis 1. August 1979 an den **Bezirk Schwaben, - Hauptverwaltung, Heiferberg 14, 8900 Augsburg**, erbeten.

Beizufügen sind: Handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten und Belege über akademische Grade, bestätigte Abschriften von Prüfungszeugnissen und Zeugnissen über die bisherige ärztliche Tätigkeit. Nachweise über die Berufung in das Beamtenverhältnis und die Festsetzung des BDA.

Anzugeben ist, wer der derzeitige Dienstherr ist und bis wann der Dienst angetreten werden kann. Persönliche Vorstellung nur nach Aufforderung.



## Sicherheit in der Technik

Der überbetriebliche Dienst des TÜV Bayern e. V. sucht für sofort oder später im nordbayerischen Raum

### Ärzte/Ärztinnen

sowohl hauptamtlich als auch in Teilzeit zur Durchführung arbeitsmedizinischer Aufgaben.

Der Technische Überwachungs-Verein betreut eine Reihe mittelständischer Unternehmen der verschiedensten Wirtschaftszweige. Eine neunmonatige Tätigkeit beim Medizinischen Dienst des TDV Bayern kann zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ voll angerechnet werden.

Interessenten senden bitte ihre schriftliche Bewerbung mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, sämtlichen Zeugnissen und Tätigkeitsnachweisen unter Angabe des Kennzeichens N-MT an den

### Technischen Überwachungs-Verein Bayern e. V.

- Personal- und Sozialwesen -  
Kaiserstraße 14, 8000 München 40

### Die Behandlung v. Hautleiden u. -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Crusta lactea, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Traumen und Ulcera mit

#### BEFELKA-ÖL

Ist von überzeugender Eindringkraft

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g,  
Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl.  
Viol. tric 3 g, med. Weißöl 78 g, Arom.

Arztmuster durch: 50 ml DM 4,77, 100 ml DM 8,31, 200 ml DM 14,40  
**BEFELKA-ARZNEIMITTEL, Postfach 1351, 4500 Osnabrück**

Der Landkreis Aichach-Friedberg sucht für sein **Kreiskrankenhaus in Aichach** (148 Betten) zum nächstmöglichen Zeitpunkt

**1 Assistenzarzt** für die **Chirurgische Abteilung**  
und

**1 Assistenzarzt** für die **Innere Abteilung.**

Die Chirurgische und die Innere Abteilung verfügen über je 60 Betten. Die Stellen können auch von Assistenzärzten, die den Arzt für Allgemeinmedizin anstreben, besetzt werden. Weiterbildung für drei Jahre durch die hierzu ermächtigten Ärzte in Innerer Medizin und Chirurgie. Alle weiterführenden Schulen, wie z. B. Gymnasium und Realschule, sind am Ort. Hoher Freizeitwert (nach Augsburg in 20 Auto-Minuten, nach München in 30 Auto-Minuten).

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Haupt- und Personalabteilung des Landratsamtes Aichach-Friedberg, Münchener Straße 9, 8990 Aichach.**

Auf der **Urologischen Abteilung** (65 Betten) des **Kreiskrankenhauses Neuötting/Dbb.** ist ab sofort oder später die Stelle eines

### Assistenzarztes

zu besetzen.

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach den Bestimmungen des BAT. Alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes werden selbstverständlich geboten.

Der Chefarzt der Abteilung ist zur Weiterbildung (Urologie) für drei Jahre zugelassen.

Voraussetzung für die Einstellung ist der Nachweis einer mindestens einjährigen chirurgischen Assistentenzeit.

Bewerbungen erbeten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Neuötting, Altöttinger Straße 16, 8262 Neuötting.**