Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Numm

Der trainierte Kreislauf*

von J. Nöcker

Es gibt kaum ein Gebiet der Medizin, zumindest im Bereich der Physiologie, wo die Zusammenhänge zwischen Funktion und Struktur so augenscheinlich zum Ausdruck kommen, wie bei den funktionellen Anpassungserscheinungen als Folge systematischen Trainings. Wir haben beim trainierenden Athleten gewissermaßen den Modellfall eines Langzeitversuches vor uns, der über die Umstellung der gesamten vegetativen Steuerungen zu funktionellen Veränderungen und schließlich zu einem Wandel der Organstruktur führt. Die Analyse dieser Anpassungen ist nicht nur für den interessant, der sich mit der Leistungsphysiologie direkt befaßt, sie ist auch für den Kliniker eine Fundgrube neuen Wissens, und gerade die Untersuchungen am Leistungsherzen haben uns gänzlich neue Auffassungen von der Herzphysiologie vermittelt.

Der Sinn des Kreislaufs erfüllt sich im Stoffwechsel, und die Leistung wird von der Intensität der energieliefernden Stoffwechselvorgänge begrenzt; während bei kurzdauernden Übungen – etwa bis zu 1 Minute – die unökonomische Energiegewinnung durch anaerobe Prozesse mit Aufnahme einer hohen Sauerstoffschuld im Vordergrund steht, spielt bei längerdauernder Arbeit die Sauerstoffaufnahme eine zunehmende Rolle. Hier wird die Leistungsfähigkeit ausschließlich von der maximalen Sauerstoffaufnahmefähigkeit begrenzt. Während untrainierte Menschen im Durchschnitt höchstens 3 l Sauerstoff pro Minute aufnehmen können, sind bei hochtrainierten Dauersportlern Werte zwischen 5 und 6 l, sogar bis zu 7 l pro Minute keine Seltenheit.

Die Größe des die Leistung begrenzten Sauerstoffaufnahmevermögens ist beim Gesunden in erster Linie eine Funktion des Kreislaufs. Sie wird stark beeinflußt vom Minutenvolumen des Herzens, von der zweckentsprechenden Blutverteilung in der Peripherie und der Ausnutzung des Sauerstoffgehaltes des Blutes im Gewebe. Voraussetzung für eine Steigerung des Minutenvolumens auf 30 bis 35 l, ja, bis 40 l ist eine Vergrößerung des – um mit einem Vergleich aus der Technik zu sprechen – Hubraumes, also der Herzgröße. Wir finden daher bei allen Sportlern, die auf Ausdauer beansprucht werden, ein vergrößertes Herz.

Sportart (Männer)	Autor	Zahl	Durchschn. Herzvol. in ccm	Streubraite
Rudern	NÖCKER	24	1098	930–1430
Langstreckenläufer	NÖCKER	38	992	880–1160
Mittelstreckenläufer	NÖCKER	27	977	890–1040
Eisschnelläufer	REINDELL	10	911	720–1050
Radsportler	NÖCKER	38	969	740–1210
Berufsradrennfahrer	REINDELL	32	1083	830–1420
Handballer	REINDELL	22	978	810–1170
Skilangläufer	REINDELL	18	935	700–1190
Gewichtheber	REINDELL	9	837	720– 940
Turner	REINDELL	17	771	600– 940
Boxer	REINDELL	19	859	700–1100
Sprinter	NÖCKER	24	782	600– 880
Normalpersonen	NÖCKER	18	762	560– 890
Normalpersonen	REINDELL	50	757	570–1000

Tabelle 1
Durchschnittliche Herzvolumina bei verschiedenen Sportarten

Aus der Tabelle 1 geht hervor, daß die kurzdauernde Beanspruchung, wie wir sie beim Sprinter, Springer, Werfer, Turner usw. haben, keine wesentliche Größenzunahme des Herzens bedingt, dagegen ist die Herzgröße bei Dauersportlern deutlich und signifikant oberhalb der Norm. Die Herzgröße ist daher nach unseren Erfahrungen bei vielen Hochleistungssportlern auch ein gutes Maß für die Beurteilung des Trainingszustandes. Je anstrengender die Übung – um so größer das Herz.

*) Vortrag anläßlich des 23. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer in Nürnberg am 10. Dezember 1972. Alle Vorträge dieses Fortbildungskongresses erscheinen in einem weiteren Band der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe.

Der Streit über die Prognose des vergrößerten Herzens ist dank der gründlichen Untersuchungen von REINDELL und Mitarbeitern und einiger skandinavischer Arbeitskreise insofern geklärt, als wir heute wissen, daß es sich um eine physiologische Anpas-ngserscheinung handelt. Darüber hinaus haben die ebnisse dieser Untersuchungen am Leistungsher- gezeigt, daß entgegen den FRANK-STRAUB-RLINGschen-Gesetzen das Herz schon in Ruhe ausreichenden Füllungszustand und damit die nde Anfangsspannung der Herzmuskelfaser Arbeit unter optimalen Bedingungen hat. Dies durch erreicht, daß im normalen Herzen Rest- t nach der Systole zurückbleibt, wodurch eine Vergrößerung der diastolischen Endstellung bedingt ist (regulative Dilatation nach REINDELL und DELIUS). Die Regulation des Schlagvolumens wird daher im wesentlichen durch systolische Verkleinerung des Herzens und nicht durch eine Vergrößerung der diastolischen Endstellung erreicht, wie das bei der pathologischen Herzvergrößerung der Fall ist. Dieses Gesetz gilt sowohl für das trainierte als auch für das untrainierte Herz. Nach den Untersuchungen von EGBLOM ist in Ruhe sowohl beim vergrößerten Leistungsherzen als auch beim normalen Herzen das Verhältnis zwischen Restblut und Schlagvolumen etwa 1 : 1. Daraus geht hervor, daß das Schlagvolumen beim Trainierten auch in Ruhe größer ist als beim Untrainierten, so daß bei gleichem Herzzeitvolumen eine niedrige Frequenz ausreicht, um die Sauerstoffversorgung zu gewährleisten. Unter Belastung werden die Unterschiede noch eklatanter. Hier kommt es zu Steigerungen des maximalen Schlagvolumens auf über 200 ccm, und damit werden Steigerungen des Herzzeitvolumens auf fast 40 l/min möglich. Vergleichsweise sind die höchsten Werte beim Untrainierten mit 18 l gemessen. Das Restblut im Herzen hat dabei eine ganz bestimmte Funktion. Zu Beginn der Belastung wird durch den ergotropen Reiz eine Teilmenge dieses Restblutes in den Kreislauf gefördert, wodurch für das vermehrte, aus dem venösen Teil nachströmende Blut das nötige Fassungsvermögen hergestellt wird. Die vergrößerte Restblutmenge beim Trainierten stellt daher eine Schlagvolumenreserve dar, wodurch die großen Schlagvolumina erst möglich werden.

Es wurde schon mehrfach erwähnt, daß beim gesunden Herzen zwischen seiner Größe und dem maximalen Schlagvolumen statistisch zu sichernde Korrelationen bestehen. In Tabelle 2 sind die Ergebnisse von MUSHOFF, REINDELL und Mitarbeitern zusammengefaßt, woraus hervorgeht, daß beim gesunden sowohl in der Jugend, im Laufe der Entwicklung und beim trainierten Sportler diese Korrelationen bestehen bleiben. Wir haben an einer großen Anzahl von Untrainierten diese Korrelation in den verschiedenen Altersstufen ebenfalls aufzeichnen können und den Nachweis erbracht, daß das Herzvolumen im Laufe der Entwicklung kontinuierlich zunimmt und auf der Höhe

	Zahl der Untersuchten	Herzvolumen in ccm	Maximaler Sauerstoffpuls in ccm
Schüler	40	522	8,97
Erwachsene	57	710	12,87
Sportler	74	922	18,30

Tabelle 2

Der Sauerstoffpuls bei Jugendlichen, Männern und gut trainierten Sportlern in Beziehung zur Herzgröße (nach MUSHOFF, REINDELL und Miterbeiter)

des Lebens etwa gleichbleibt, jedoch ab dem 60. Lebensjahr sind eindeutige Störungen dieser Korrelation zu finden, die das bestätigen, was BÜRGER als eine physiologische Altersinsuffizienz zum Ausdruck brachte. Diese Ergebnisse werden bestätigt durch die Untersuchungen von GRANAT und Mitarbeitern, die zeigen konnten, daß der enddiastolische Füllungsdruck des rechten Ventrikels in Ruhe zwar noch bei jungen und alten Meschen gleich ist; bei Belastung steigt aber als Ausdruck der beginnenden Insuffizienz der enddiastolische Druck im höheren Alter an, während er bei jungen Menschen absinkt.

Diese Gesetze, die hier am Extremfall, dem Hochleistungssportler, gewonnen wurden, sind biologische Grundgesetze und haben für jeden Organismus Gültigkeit. Sie sind daher auch für den Kliniker von großem Interesse. Wir wenden sie täglich bei Bewegungsübungen, bei Rekonvaleszenten, bei unseren

	Herzvolumen	Belastung	O_2/min	Puls min	O_2-Puls max.
1. S. A., leistungsschwaches Herz	550	50 W	900	114	7,9
2. J. P., durchschnittliche Leistungsbreite	775	150 W	1860	136	13,6
3. G. L., Hochleistungssportler	1460	400 W	4950	186	29,4
4. W. J., Rechtsinsuffizienz – durch Ketheter gesicherte Mitralstenose	750	25 W	580	122	4,7
5. D. J., Linksinsuffizienz	1380	75 W	1220	146	8,35

Tabelle 3

Verhalten von Sauerstoffeufnehme/min, Pulsfrequenz/min und Sauerstoffpuls auf der jeweils höchst erreichten Belastungsstufe im steady state bei einem Hochleistungssportler, einer Person durchschnittlicher Leistungsbreite, einem Petienten mit leistungsschwachem Herzen infolge Bewegungsarmut und zwei Patienten mit Rechts- bzw. Linksinsuffizienz. In der Tebelle sind auch die Herzvolumina in ccm engeführt (nach REINDELL und Mitarbeiter)

gesamten rehabilitiven Bemühungen an. Die Kenntnis der Anpassungsvorgänge hat auch gleichzeitig die Möglichkeit gegeben, die ebenso schwierige wie wichtige Frage der optimalen Dosierung der Bewegungsreize und vor allem die exakte Indikationsstellung der Bewegungstherapie bei den verschiedenen Formen der Kreislauferkrankungen zu beantworten. Dabei konnten wir zeigen, daß zwischen Herzgröße und maximalem Sauerstoffpuls zwar beim Gesunden diese engen Korrelationen bestehen, daß sie aber beim kranken Herzen durchbrochen werden. Dies sei durch die in Tabelle 3 zusammengestellten Werte, einer Arbeit von REINDELL und Mitarbeitern, demonstriert.

Wenn auch aus diesen Untersuchungen eindeutig hervorgeht, daß es sich hier um einen Anpassungsvorgang handelt, so sind diese Auffassungen in den letzten Jahren durch Einsatz modernster Methoden erhärtet worden. Schon sehr frühzeitig konnten REINDELL und Mitarbeiter mit dem Rechtsherzkatheter nachweisen, daß das vergrößerte trainierte Herz und das pathologisch vergrößerte Herz durch den verschiedenen enddiastolischen Druck sich unterscheiden. Während das pathologische, insuffiziente Herz einen erhöhten enddiastolischen Druck aufweist, ist beim regulativ dilatierten Herzen ein normaler enddiastolischer Druck meßbar. Auch die Messungen der Kontraktilität zeigen, daß das Leistungsherz ein ganz normales Verhalten zeigt im Gegensatz zum pathologisch-dilatierten Herzen.

Diese Erkenntnisse haben eine erhebliche Bedeutung auch für die Rehabilitation, z. B. nach Infarkten, bei Koronarerkrankungen, bei vegetativen Störungen usw. Um eine exakte Dosierung vornehmen zu können, ist aber die Kenntnis der wichtigsten Grundsätze der Anpassung auf Trainingsreize unabdingbare Voraussetzung. Es gibt unterschwellige Reize, die zu keiner Anpassung führen. Das ist, bezogen auf den Kreislauf, bei allen Belastungen zutreffend, die mit einer Herzfrequenz von weniger als 90/min einhergehen. Sicher überschwellige Reize setzt man nur dann, wenn die Pulsfrequenz zwischen 100 und 130 liegt und diese mindestens über zehn Minuten Dauer aufrechterhalten wird. Es kommt dabei zu einer Umstellung der gesamten vegetativen Steuerungen mit funktionellen Änderungen, die zwar zu einer Ökonomisierung und Leistungssteigerung des Kreislaufs führen, aber ohne meßbare morphologische Änderungen verlaufen. Um diese Anpassungen mit meßbaren Änderungen (z. B. der Herzgröße) hervorzurufen, sind Belastungen oberhalb der Dauerleistungsgrenze, also mit einer Pulsfrequenz von mehr als 130/min notwendig, wie wir das beim trainierten Dauersportler über lange Zeit beobachten können. In der Rehabilitation und Prophylaxe genügt im allgemeinen die Stufe 2 (funktionelle Anpassungen), die zur Ökonomisierung führen und die bei allen Patienten mit funktionellen Störungen bei systematischer Anwendung sehr erfolgversprechend eingesetzt werden können. Dabei muß aber bedacht werden, daß die Bewegungstherapie einer ebenso sorgfältigen Dosierung bedarf, wie das bei der medikamentösen Therapie Voraussetzung ist.

Die am Leistungsherzen gewonnenen Erkenntnisse haben sich daher auch für die allgemeine Medizin als außerordentlich fruchtbar erwiesen; nicht zuletzt aufgrund dieser Erfahrungen sind wir dazu übergegangen, die komplikationslosen Herzinfarkte der Frühmobilisation schon eine Woche nach dem Infarktereignis zuzuführen und haben mit dieser Methode, die sich in Deutschland mehr und mehr durchsetzt, an fast 300 Herzinfarkt-Patienten sehr gute Erfahrungen sammeln können. Dies soll nur ein Beispiel dafür sein, daß die Auswertung der in der Sportmedizin gewonnenen Erfahrungen, besonders auf dem Gebiet der Kardiologie, eine wertvolle Bereicherung der klinischen Erfahrung sein kann.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. J. N ö c k e r, Chefarzt des Städtischen Krankenhauses Leverkusen, 5090 Leverkusen

Früherkennung des Brustdrüsenkarzinoms *

von H. M o s e r

Die Früherkennung des Brustdrüsenkarzinoms ist die Voraussetzung der Frühoperation. Diese ist derzeit der einzige erfolgversprechende Weg zu einer Heilung. Es ist eine auffallende Tatsache bei Betrachtung der statistischen Unterlagen, daß der Brustdrüsenkrebs keine Besserung bezüglich seiner Mortalität erfahren konnte, obwohl das befallene Organ doch von außen leicht zugänglich und zu untersuchen ist. Die Frage nach den Ursachen des Versagens der Früherfassung muß gestellt werden, um diesem fatalen Zustand begegnen zu können. Der größte Teil der Krankheitsfälle kommt nämlich zu spät. Der Grund für diese lebensgefährliche Verspätung liegt hauptsächlich darin, daß Frauen, die eine Veränderung an ihrer Brust bemerken, zunächst nicht zum Arzt gehen. Sie sind zwar jetzt meist schon so aufgeklärt, daß sie Knoten in der Brust nicht mehr bagatellisieren, aber sie versuchen fast immer, zunächst abzuwarten, zu beobachten und eventuell Hausmittel, wie Einreibungen, anzuwenden. Dabei spreche ich nicht nur von einfachen Frauen, die nach alten Volksmedizinen, wie Murmel- oder Dachsfett, greifen, sondern auch von

*) Vortrag anläßlich des 18. Ausseer Symposions am 29. April 1972.

jenen in mehr gehobenen Ständen, welche dann eben eine der bekannten Salben verwenden, die für die Beseitigung von Schwellungen empfohlen und angewandt werden. So kommt, wie z. B. ein Bericht von Primarius BLUM, Feldkirch, zeigt, bei den meisten Frauen eine Wartezeit von ein bis drei Monaten zustande, so daß sie zum überwiegenden Teil erst dann zur Behandlung kommen, wenn die Lymphknoten in der Achselhöhle schon krebsbefallen sind. Diese Frauen machen 30 % aus. Bei 20 % vergehen drei bis sechs Monate zwischen der Ersterkennung einer Brustdrüsenveränderung und dem Therapiebeginn. Bei 18 % vergehen sechs bis zwölf Monate, und nur 21 % der Frauen kommen innerhalb des ersten Monats. Die Ursache für die Verzögerung ist nicht so sehr Indolenz, als vor allem Angst vor der Diagnose. Vielleicht haben wir da einen Fehler gemacht in unserer Warnung vor dem Krebs, denn dieses Wort schreckt jeden. Bei einem Aufenthalt in England im November vergangenen Jahres zum Studium der Einrichtungen der Krebsbekämpfung erfuhr ich, daß dort den Patienten nicht gesagt wird, ein Knoten in der Brust könnte Krebs sein, sondern daß der kleine psychologische Trick angewandt wird: „Wenn Du einen Knoten in der Brust bemerkst, ist es sehr wahrscheinlich nichts Böses, aber laß Dir das bestätigen durch eine Untersuchung". Es ist erstaunlich, wie diese psychologische Rücksicht sich für den Zugang der Patientinnen zur Untersuchung positiv auswirkt. — Bei der Angst vor der Diagnose spielt die Frage eine große Rolle, ob die Brust abgesetzt werden muß und dadurch eine Verstümmelung entsteht. Dazu kommt noch die Sorge, wie der männliche Partner darauf reagieren wird, zwar nicht gleich, aber vielleicht später. Diese Überlegungen machen es zwar begreiflich, daß die Frauen zögern; wir müssen sie aber ermutigen.

Eine weitere Ursache des Zeitversäumnisses kann am Arzt liegen. Ohne in Details und Einzelfälle einzugehen, müssen wir leider zur Kenntnis nehmen, daß sich eine geradezu unglaublich große Anzahl von desolaten Fällen an Brustkrebserkrankungen z. B. auf der Strahlenstation im Landeskrankenhaus Graz befinden, bei welchen die Brust anläßlich einer Ordination gar nicht untersucht worden war. Die Kranken wurden viele Monate hindurch auf Rheumatismus behandelt. Beim heutigen Stand unserer Therapiemöglichkeiten hätte eine verhältnismäßig frühzeitige Absetzung des primär erkrankten Organes, also der Brust und eventuelle Entfernung einer einzelnen Metastase, Erfolg bringen, zumindest zu einer wesentlichen Lebensverlängerung beitragen können. Wenn aber die Metastasierung, welche rheumatische Schmerzen vorspielen kann, zu weit fortgeschritten und ausgeweitet ist, kann man wohl nur mehr von Spätfällen und oft einer infausten Prognose sprechen.

Erlauben möchte ich mir, daß ich, obwohl dies nicht zum ersten Mal geschieht und obwohl es sicher bekannt ist, dennoch noch einmal den Vorgang einer Brustuntersuchung darstelle. Die Untersuchung erfolgt zunächst durch Inspektion, wobei festgestellt werden kann, ob Veränderungen in der Form und im Aussehen vorhanden sind. Die Palpation wird an der l l e g e n d e n Patientin vorgenommen. Zwischen den Fingern wird die Beschaffenheit und Beweglichkeit der Haut über der Brustdrüse geprüft. Sie kann normalerweise in feine Falten geschoben werden. Sie kann aber nicht gefaltet werden, wenn sie mit der Unterlage, z. B. am Tumor, verwachsen ist. Bei manchen Tumoren ist die Haut verdickt, die Poren treten deutlich hervor. Bei manchen Formen ist die Brustwarze eingezogen, sie kann sich aber auch bei Kälte oder durch eine psychische Reaktion zurückziehen. Nach der Untersuchung der Haut erfolgt die Palpation des Drüsenkörpers. Zunächst wird die Verschieblichkeit des Drüsenkörpers auf der unterliegenden Muskulatur in vertikaler Richtung, d. h. zum Schlüsselbein hin, und auch die Verschieblichkeit nach der Seite hin geprüft. Dazu wird der Brustmuskel angespannt, indem die liegende Patientin die Hand in die Hüfte stemmt. Der Arzt legt bei der liegenden Patientin vier Finger der Hand auf die Brüstdrüse und verschiebt sie gegen die Unterlage.

Findet man in der Brust einen verdächtigen Knoten, am häufigsten links außen, so erfolgt die weitere Untersuchung an der sitzenden Patientin. Bei der Untersuchung, z. B. der linken Brust, greift die rechte Hand des gegenübersitzenden Arztes um den äußeren Rand des Brustmuskels, während die Finger der linken Hand vom Brustbein, also von der Mitte her, der rechten Hand entgegengleiten. Dieser Art der Untersuchung entgeht keine Unebenheit und keine Resistenz. Jede abnorme Verdichtung oder Verdickung muß als tumorverdächtig angesehen werden, bis das Gegenteil bewiesen ist. Es kann allerdings sein, daß bei sehr großen Brüsten sich Veränderungen in der Tiefe verbergen. In solchen Fällen sollte, wenn irgendwelche Verdachtzeichen im Sinne der „Risikogruppen", über die noch gesprochen wird, vorhanden sind, eine Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie) veranlaßt werden.

Die Untersuchung der Achselhöhle wird ebenfalls an der sitzenden Patientin vorgenommen. Die Frau legt die Hand auf die Schulter des untersuchenden Arztes, welcher mit der flachen Hand in die Achselhöhle eingeht und sie mit den Fingerspitzen absucht. Die tastende Untersuchung mit den Fingerspitzen wird abgeschlossen durch Befühlen der Region oberhalb des Schlüsselbeines.

Anhand des Untersuchungsganges durch den Arzt kann jede Frau erkennen und soll auch darauf aufmerksam gemacht werden, wie sie sich durch eine Selbstuntersuchung kontrollieren könnte. Diese Selbstuntersuchung soll monatlich — jeweils eine Woche nach der Menstruation — durchgeführt werden. Die Selbstuntersuchung ist in letzter Zeit in Schrift und Bild propagiert worden. Sie hat einerseits dazu ge-

führt, daß mehr Frauen wegen Veränderungen an der Brust zum Arzt kommen, andererseits aber auch die Möglichkeit offen gelassen, und das muß hier offen ausgesprochen werden, daß eine oberflächliche und unrichtige Selbstuntersuchung zu einer unter Umständen gefährlichen Beruhigung Anlaß gibt.

Zur ärztlichen Untersuchung der Brust gehört auch die Prüfung des Drüsensekretes. Wenn Absonderungen aus der Brustwarze blutig oder mißfärbig sind, so ist dies ein verdächtiges Zeichen, welches die Patientin und den Arzt veranlassen sollte, die Brust sehr genau zu untersuchen. Sehr häufig wird die Abstrichuntersuchung dieses Sekretes in einem zytologischen Laboratorium weitere Aufklärung bringen.

Sowohl bei der Krebserkrankung der Brust als auch bei ihren möglichen Vorkrankheiten, nämlich bei der Mastopathie, können eigenartige Venenzeichnungen auftreten. Offenbar sind diese Venengeflechte durch eine hormonale Beeinflussung und eine entsprechende Bindegewebsreaktion entstanden. Wahrscheinlich sind die Strömungswege präformiert, d. h., in der Anlage bereits vorhanden, aber nicht in Funktion, bis der entsprechende Anreiz erfolgt. Zu diesem Gedanken gibt die Beobachtung Anlaß, daß bei Schwangeren die gleichen Venenzeichnungen zu sehen sind, die aber nach der Schwangerschaft sich wieder zurückbilden und verschwinden. Wir haben diese Venenzeichnungen auch bei der jugendlichen Mastopathie gesehen. Sowohl bei der Mastopathie- als auch bei der Krebsbrust verlaufen von einer zur anderen Seite ziehend im oberen Teil des Brustkorbes und der Brüste arkadenartige Venen in der Haut. Von diesen Arkaden aus zweigen dann in die mastopathiekranke bzw. in die krebskranke Brust einzelne Stränge ab. Wenn man sich die Mühe nimmt, bei verschiedenem Lichteinfall diese Erscheinung zu suchen, wird man sie auch mit bloßem Auge in vielen Fällen finden können*). Das Auftreten der beschriebenen Venenzeichnungen soll den Beobachter veranlassen, der weiteren Untersuchung größte Aufmerksamkeit zu schenken, weil sie auf jeden Fall ein funktionelles Zeichen von Veränderungen in der Brust darstellen.

Wenn sich in einer Brust ein tumorartiges Gebilde finden läßt, erhebt sich die Frage nach der Bösartigkeit. Der Verdacht auf Bösartigkeit eines Tumors der weiblichen Brust ergibt sich aus verschiedenen Momenten. Diese müssen nicht immer gleichzeitig nachweisbar sein.

Im einzelnen sind folgende Punkte zu beachten:

Diagnostische Hinweise

a) Das Vorhandensein eines einzelnen Klumpens in der Brust, der sich anders anfühlt als das Brustdrüsengewebe,

b) deutliche Härte eines solchen tumorverdächtigen Gebildes,

c) verminderte Beweglichkeit des Tumors, wobei die Verschieblichkeit gegenüber der Haut, wie auch die Verschieblichkeit gegenüber dem Brustmuskel von Bedeutung sind,

d) beim Heben der Arme spannt sich die Haut der Brüste über dem Tumor deutlich an,

e) die Haut ist bereits sichtbar verändert im Sinne einer sogenannten „Apfelsinenhaut" und die Brustwarze ist eingezogen,

f) die Haut ist bereits starr und verfärbt,

g) schließlich können auch Formveränderungen des Drüsenkörpers durch Tumorbildungen bereits von außen zu sehen sein, und zwar als Vorbuckelung oder als Einziehung (sogenannter Krebsnabel),

h) blutiges oder mißfärbiges Sekret aus der Mamilla muß Anlaß zur zytologischen Untersuchung und zur ständigen Kontrolle der Brust sein.

Hinweise auf erhöhtes Risiko

Besonders gefährdet sind folgende Patientinnen:

a) Mit Familienanamnese von Krebserkrankungen, besonders Brustkrebs,

b) Mastopathiefälle, unter diesen ganz besonders diejenigen Frauen, welche eine juvenile Mastopathie durchgemacht haben, meist in der Zeit der Menarche (Frage nach schmerzhaften Brustschwellungen vor den ersten bzw. weiteren Regelblutungen),

c) nach enderen Brustdrüsenerkrankungen, z. B. Entzündungen,

d) nach oft länger zurückliegenden Traumen, teils zugefügt, teils selbst zugezogen (wird nur auf Befragen mitgeteilt, ist oft bereits vergessen),

e) Frauen, die nicht gestillt haben oder bei denen das Stillen zu früh und plötzlich abgebrochen wurde,

f) nach früheren Lebererkrankungen (Ikterus, Hepatitis) oder bei fortbestehenden Leberschäden,

g) wenn Venenarkaden über den Brustansätzen, welche manchmal gegen den Warzenhof hin ziehen, auf eine hormonal bedingte Mastopathie und damit auf eine Krebsgefährdung hinweisen,

h) mit ekzemartigen Veränderungen am Warzenhof.

Der Praktische Arzt sollte sich schon mit der Verdachtsdiagnose zur Einweisung begnügen und keine Zeit mit der vollständigen Abklärung verlieren.

Unter den angeführten Punkten, die auf ein erhöhtes Risiko hinweisen, muß die Mastopathie besonders herausgegriffen werden. Auf dem Wege der Beachtung und der argwöhnischen Betrachtung einer Mastopathie kann eine Früherkennung zustande kommen, denn es ist festgestellt worden, daß in 66 % aller Fälle von Brustkrebs auch eine Mastopathie, also eine

*) Um diese Beobachtung, welche für die Diagnose ein wertvoller Hinweis ist, ganz deutlich zu machen und darstellen zu können, hatten wir schon 1951 Infrarotaufnahmen angefertigt und darüber 1953 in der „Wiener Medizinischen Wochenschrift" 103, Nr. 6, bereits berichtet.

derbe Veränderung des Brustdrüsen- bzw. Bindegewebes, anzutreffen ist. Mit Recht wird daraus der Schluß gezogen, daß die Mastopathie eine Vorkrankheit des Krebses sein kann. Um die Diagnose abzuklären, wurden oft Probeentnahmen des Gewebes durchgeführt. Heute weiß man, daß solche zum Teil ungenügend sind, zum Teil aber auch eine bösartige Entwicklung fördern können. Probepunktion des Gewebes zur Entnehme von Gewebepfröpfen mit Hilfe von Hohlnadeln, eber auch teilweise Ausschneidung aus verdächtigen Knoten sind nach heutiger Erkenntnis abzulehnen. Wenn sich ein verdächtiger Knoten in der Brust befindet, ist er im ganzen zu entfernen und zu untersuchen, wobei die Brust erhalten bleibt. Besteht von vornherein durch den Tastbefund des erfahrenen Arztes die Wahrscheinlichkeit, daß die Gewebeveränderungen in der Brustdrüse bösartig sein können, so ist eine Schnittuntersuchung nur dann zulässig, wenn im Falle eines histologischen Beweises während der Operation die eventuell notwendig werdende Radikaloperation sofort angeschlossen werden kann.

Sowohl beim Tumorverdacht als auch bei der Feststellung einer Mastopathie ist die Vorgeschichte von hinweisender Bedeutung. Häufig geben die Frauen an, schon in der Pubertät Brustschmerzen gehabt zu haben, welche manchmal später geschwunden und nach einiger Zeit wieder gekommen seien. Meistens ereignet sich das Wiederkommen am Beginn des Klimakteriums. In solchen Fällen handelt es sich häufig um eine hormonale Sensibilisierung der Brustdrüse in der Pubertät, wobei dann bei Wiederauftreten einer Schwankung und Änderung im Zyklus und im Hormonspiegel die vorsensibilisierten Brüste auf die hormonale Beeinflussung pathologisch reagieren.

A. MAHNERT, der zuerst auf die Bedeutung der „juvenilen Mastopathie" für das spätere Krebsgeschehen aufmerksam machte, sah in der Jugendform der Mastopathie ein Beispiel dafür, daß auch ein schwach wirksames Agens als eine geringfügig erscheinende Ursache für einen im späteren Alter auftretenden Krebs und als primäre Phase eines solchen Geschehens angesehen werden kann. — Auch andere Reizzustände können die vorsensibilisierte Brust zu krankhaften Reaktionen bringen. So können z. B. in diesem Sinne auch die Toxine eines Eiterherdes wirken, wobei nicht so sehr an eine direkte Streuung von Eiterkeimen als Ursache krankhafter Gewebsveränderungen zu denken ist, eis an die Auslösung und Unterhaltung solcher Veränderungen aufgrund funktioneller Störungen im Mesenchym. Die Suche und Beseitigung der Eiterherde gehört daher zur dringlichen Aufgabe

Wochenendseminar für angehende Allgemeinärzte

verbunden mit einem Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Bayerische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstalten für junge, angehende Allgemeinärzte und solche Kollegen, die sich für Allgemeinmedizin interessieren,

am 28./29. April 1973 in Nürnberg, Grand-Hotel, Bahnhofstraße 1-3, ein Wochenendseminar, verbunden mit einem Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit (§ 173 der Zulassungsordnung Ärzte).

Die Tagung beginnt am Samstag um 9.00 Uhr s. t. und dauert bis gegen 18.00 Uhr. Am Sonntag wird sie um 10.00 Uhr s.t. fortgesetzt und am Mittag abgeschlossen.

Folgende Themen werden behandelt:

Samsteg, 9.00 Uhr

1. Das Berufsrecht
2. Grundsätze bei der Praxiseinrichtung
3. Notfalldiagnostik und -therepie in der Allgemeinpraxis

Samstag, 14.00 Uhr
Einführungslehrgang in die kassenärztliche Tätigkeit

4. Das Kassenarztrecht
5. Die gesetzliche Krankenversicherung
6. Die kassenärztliche Abrechnung
7. Arzneiverordnung in der Kessenpraxis

Sonntag, 10.00 Uhr

8. Speziell allgemeinärztliche Kenntnisse und Fähigkeiten
9. Praxisrationalisierung

Alle Kolleginnen und Kollegen, die daran teilnehmen wollen, melden sich, bitte, umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87, Apperat 95. Dies gilt zugleich als Anmeldung zum Einführungslehrgang der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (Kursgebühr DM 15,—). Im übrigen ist die Seminarveranstaltung kostenfrei.

Der für den 12. Mai 1973 angekündigte Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit wird von dieser Veranstaltung nicht berührt.

Quartierbestellungen bitten wir über den Verkehrsverein Nürnberg vorzunehmen.

bei der Beurteilung und Behandlung einer Mastopathie. Die Beseitigung eines Herdes bringt oft die Mastopethie zum Rückgang.

Sehr wichtig sind (in der Anamnesel) durchgemachte Erkrankungen der Leber und der Gallenwege. Das Zentrallaboratorium des Organismus, die Leber, hat eine wesentliche Bedeutung für Speicherung und Abbau der Hormone. Sind ihre Speicherungs- oder Abbaufunktionen gestört, kommt es zur Entstehung von chemischen Zwischenstufen, die Kanzerogene sein können. Das Vorkommen von Leber- und Gallenerkrankungen in der Vorgeschichte weist auf die Diagnose der Mastopathie hin und bietet gleichzeitig die Möglichkeit einer kausalen Therapie. – Frühere Stoßverletzungen sind ebenfalls ein wichtiger Hinweis euf erhöhtes Risiko. Während man früher ein zufälliges Zusammentreffen annahm, weiß man heute, daß der Zellzertrümmerung mit Überleben der Kernsubstanzen, welche ihrer Funktion beraubt und eus dem Zellverband ausgefallen sind, bei der Krebsentstehung Bedeutung zukommt.

Der Familiengeschichte bezüglich des Krebsbefalles ist auf jeden Fall Aufmerksamkeit zu schenken. Zwar konnte eine Erblichkeit des Krebses auch durch genaue Zwillingsforschung nicht erwiesen werden, doch ist die Annahme berechtigt, daß eine Veranlagung vererbt werden kann, und zwar eine allgemeine und eine organbedingte Anfälligkeit. Wenn dann krebsfördernde Schädigungen auf den Gesamtorganismus oder auf einzelne Organe einwirken, wird der Krebskrankheit anlagemäßig die Basis geboten.

Wenn nun ein Brustdrüsenkrebs so rechtzeitig erfaßt werden konnte, daß die Möglichkeit, ihn operativ zu behandeln, besteht, ist eine andere Therapie nicht zu verantworten. Abschließend muß noch einmal betont werden, daß die operative Therapie mit der Frühoperation gute Erfolgsaussichten bietet. Die Voraussetzung dafür aber ist die Früherkennung des Brustdrüsenkarzinoms.

Anschr. d. Verf.: Universitätsprofessor Dr. H. Moser, Landesobmann der Sektion Steiermark der Österreichischen Krebsgesellschaft, A-8010 Graz, Heinrichstraße 29/II

Entwicklung des Krankenstandes seit dem Inkrafttreten des Lohnfortzahlungsgesetzes

Das „Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung" (Lohnfortzahlungsgesetz) vom 27. Juli 1969 hat für die Ermittlung des Krankenstandes Änderungen gebracht. Vor dem Inkrafttreten des Lohnfortzahlungsgesetzes am 1. Januar 1970 konnten die Krankenkassen die Arbeitsunfähigkeit eines Mitgliedes ohne weiteres erfassen, weil der Versicherte Krankengeld erhielt.

Die Informationsquelle für eine bestehende Arbeitsunfähigkeit bildet seit diesem Zeitpunkt die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes. Dadurch erfahren die Krankenkassen aber nicht immer das tatsächliche Ende der Arbeitsunfähigkeit bei ambulanter ärztlicher Behandlung, weil der Kranke die Arbeit auch zu einem anderen (früheren) als vom Arzt engenommenen Termin wieder eufnehmen kann.

Die Tabelle 1 zeigt die Entwicklung des Krankenstandes im Bundesdurchschnitt von 1969, dem Jahr vor Inkrafttreten des Lohnfortzahlungsgesetzes, bis zum Jahre 1972. Hieraus zeigt sich, daß sich der Krankenstand im Jahre 1970 gegenüber 1969 erhöht hat, was jedoch – wie die unverhältnismäßig hohen Werte des 1. Quartals 1970 erkennen lassen – durch die Grippeepidemie verursacht worden ist. Der Jahresdurchschnitt von 5,6 reduziert sich auf einen Mittelwert von etwa 5,2, wenn man für die Monate Januar bis März in etwa früheren Jahren entsprechende Meßziffern einsetzt. Bei der Eliminierung des Grippeeinflusses ergibt sich somit für 1970 nur ein geringer Anstieg des Krankenstandes gegenüber 1969.

Der Verlauf des Jahres 1971 zeigt einen leicht wachsenden Krankenstand, der mit einem Jahresdurchschnitt von 5,3 gegenüber dem (fiktiven) Wert für 1970 von 5,2 eine geringe Erhöhung bedeutet.

Die Ergebnisse des 1. Halbjahres 1972 deuten auf ein Ansteigen des jahresdurchschnittlichen Krankenstandswertes für 1972 um 0,1 oder 0,2 Prozentpunkte gegenüber 1971 hin. Die Prognose besitzt deshalb

Stichtag	1969	1970	1971	1972
1. Januar	4,5	8,7	5,0	5,7
1. Februar	5,5	6,6	5,8	6,3
1. März	6,7	6,4	6,0	6,4
1. April	5,9	5,1	6,1	5,3
1. Mai	4,9	5,3	5,4	5,2
1. Juni	4,4	4,7	4,9	5,1
1. Juli	4,4	4,8	5,0	–
1. August	4,5	4,7	4,7	–
1. September	4,6	4,6	4,7	–
1. Oktober	4,9	5,2	5,3	–
1. November	5,3	5,8	5,5	–
1. Dezember	5,2	5,5	5,6	–
Jahresdurchschnitt	5,1	5,6	5,3	5,7 *)

*) Hierbei handelt es sich um den – als einfaches erithmetisches Mittel errechneten – Durchschnitt eus den ersten 6 Stichtagen des Jehres 1972. Oer Jehresdurchschnitt 1972 dürfte, wenn men etwe die Werte eus dem zweiten Helbjahr 1971 zugrunde legt, etwes niedriger liegen.

Tabelle 1

Der monatliche Krankenstand der Pflichtmitglieder von 1969 bis 1972

einen nicht gering einzuschätzenden Wahrscheinlichkeitsgehalt, weil die Krankenstandsdurchschnittswerte des ersten Halbjahres in den vergangenen Jahren stets über denen des zweiten Halbjahres lagen. Während die Sommermonate zu relativ niedrigen Krankenständen führen, bewirken die spezifischen Witterungseinflüsse des Winters, daß die Morbidität in diesem Zeitraum den Höchststand erreicht.

Die Krankheitshäufigkeit divergiert innerhalb der einzelnen Kassenarten stark, wie die Tabelle 2 ausweist. Die knappschaftlichen Krankenkassen, die vom 1. August 1969 an in der Bundesknappschaft aufgegangen sind, haben von jeher einen höheren Krankenstand gehabt, weil hier die Schwere der Arbeit einerseits und das relativ hohe Risiko von Unfällen und Berufskrankheiten andererseits besondere Gesundheitsgefährdungen zur Folge haben.

Kassenarten	Jahresdurchschnitt 1969	1970	1971	1972*)
Ortskrankenkassen	5,2	5,6	5,1	5,4
Landkrankenkassen	3,0	3,1	2,9	3,2
Betriebskrankenkassen	6,1	7,2	6,9	7,3
Innungskrankenkassen	4,3	4,7	4,5	4,7
Seekrankenkasse	3,9	5,0	6,0	7,6
Knappschaftliche Krankenkassen (Bundesknappschaft)	7,7	9,5	9,4	9,8
Ersatzkassen für Arbeiter	4,9	5,2	5,3	5,8
Ersatzkassen für Angestellte	3,8	4,6	4,7	5,1
Insgesamt	5,1	5,6	5,3	5,7

*) Hierbei handelt es sich um den – als einfaches arithmetisches Mittel errechneten – Durchschnitt aus den ersten 6 Stichtagen des Jahres 1972. Der Jahresdurchschnitt 1972 dürfte, wenn man etwa die Werte aus dem zweiten Halbjahr 1971 zugrunde legt, etwas niedriger liegen.

Tabelle 2

Der Krankenstand der Pflichtmitglieder nach Kassenarten von 1969 bis 1972

Ähnlich ist die Situation bei den Betriebskrankenkassen: Ein Teil dieser Kassen besteht bei solchen Unternehmen, deren Arbeitsweise eine verhältnismäßig hohe gesundheitliche Belastung oder ein größeres Unfallrisiko bewirkt.

Die Differenzierung des Krankenstandes nach dem Geschlecht (Tab. 3) zeigt, daß der Krankenstand der weiblichen Pflichtmitglieder unter dem der männlichen Pflichtversicherten liegt. Dieses Ergebnis kann darauf zurückzuführen sein, daß die pflichtversicherten weiblichen Angestellten in stärkerem Maße als die Arbeiter jüngeren Jahrgängen angehören, deren Krankheitshäufigkeit im allgemeinen geringer ist als die der älteren Personen.

Jahresdurchschnitt	Krankenstand der Männer	Frauen	Männer und Frauen
1969	5,2	4,9	5,1
1970	5,7	5,4	5,6
1971	5,4	5,2	5,3
1972*)	5,8	5,5	5,7

*) Hierbei handelt es sich um den – als einfaches arithmetisches Mittel errechneten – Durchschnitt aus den ersten 6 Stichtagen des Jahres 1972. Der Jahresdurchschnitt 1972 dürfte, wenn man etwa die Werte aus dem zweiten Halbjahr 1971 zugrunde legt, etwas niedriger liegen.

Tabelle 3

Der Krankenstand nach dem Geschlecht von 1969 bis 1972

In der zurückliegenden Zeit wurde in zahlreichen Publikationen die Frage erörtert, ob der Trend zu leicht wachsenden Krankenständen eine Folge des Lohnfortzahlungsgesetzes oder der veränderten Aufgabenstellung des Vertrauensärztlichen Dienstes sei.

Während sich in den Jahren 1965 bis 1966, die durch eine Hochkonjunktur gekennzeichnet waren, keine nennenswerten Änderungen des Krankenstandes vollzogen, wurde das Rezessionsjahr 1967 durch einen niedrigen Krankenstand markiert. Die Ursachen für diese auch bei früheren, mit Beschäftigungseinschränkungen verbundenen wirtschaftlichen Situationen gemachte Beobachtung, nämlich nachlassender Arbeitsdruck, Verkürzung der Arbeitszeit bzw. Abbau von Überstunden einschließlich des hierdurch verminderten Unfallrisikos und die Entlassung von gesundheitlich anfälligeren Personen, verkehren sich in Zeiten des konjunkturellen Aufschwungs bzw. der Hochkonjunktur ins Gegenteil. Die in diesem Zusammenhang aufgetretene Vermutung, daß Versicherte aus Sorge um den Erhalt ihres Arbeitsplatzes an sich notwendige ärztliche Behandlungen unterlassen und diese in der Hochkonjunktur nachholen, wird durch die Höhe des Krankenstandes 1969 unterstützt: Das Niveau von 1966 wurde wieder erreicht. Dieser konjunkturelle Aspekt muß auch bei der Bewertung der Krankenstandsziffern von 1970 an beachtet werden.

Nach Auffassung von SONNENBERG („Arbeits- und Sozialstatistische Mitteilungen", Heft Nr. 9/1972 – herausgegeben vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung) ist eine Aussage darüber, ob „die Veränderungen des Krankenstandes seit 1970 als Indikator für eine Auswirkung des Lohnfortzahlungsgesetzes angesehen werden können", nicht möglich.

Die Frage, ob der Krankenstand durch die große Zahl der in Deutschland lebenden Gastarbeiter negativ beeinflußt wird, muß nach der Studie von LEICHSENRING (s. „Deutsches Ärzteblatt" 1972, Heft 48, S. 3164 ff) verneint werden. Während die Ausländer eine doppelt so hohe Unfallhäufigkeit wie ihre deutschen Kollegen aufweisen, gibt es insgesamt doch keine gravierenden Unterschiede im Krankenstand. Bn.

(aus „Niedersächsisches Ärzteblatt", 3/1973)

akne-vausept®
läßt der Akne keine Chance

Umfassende Akne-Therapie mit:

Dr. Sasse

akne-vausept®

761/0

Dr. Friedrich Sasse
Zweigniederlassung der
Gödecke AG · Berlin

akne-vausept

mit Kortikoid und Östradiol bei allen ausgeprägten Akneformen, besonders im akut entzündlichen Stadium

Zusammensetzung: 100 g enthalten in einer O/W-Emulsionsgrundlage: Prednisolon 0,3 g, Östradiol 0,003 g, Dequaliniumacetat 0,25 g, Dequaliniumchlorid 0,25 g, Sulfur colloidale 1,0 g, Vitamin-A-palmitat 50000 I.E., DL-α-Tocopherol (Vit. E) 0,1 g

Indikationen: Alle Formen der Acne vulgaris; Rosazea, seborrhoisches Ekzem, Acne necroticene, Folliculitis barbee.

Kontraindikationen: Varizellen, spezifische Hautprozesse, Vakzinationsreaktionen.

Dosierung: 2–3mal täglich dünn auftragen.

Handelsformen und Preise m. MWSt.
20 g Lotio DM 5,60, 40 g Lotio DM 8,85

akne-vausept mite

ohne Kortikoid und Östradiol bei allen leichten Formen der Akne und zur Großflächenbehandlung

Zusammensetzung: 100 g enthalten in einer O/W-Emulsionsgrundlage: Dequaliniumacetat 0,25 g, Dequaliniumchlorid 0,25 g, Sulfur colloidale 1,0 g, Vitamin-A-palmitat 50000 I.E., DL-α-Tocopherol (Vit. E) 0,1 g

Indikationen: Alle Formen der Acne vulgaris; Rosazea, Folliculitis barbee.

Kontraindikationen: Sind nicht bekannt.

Dosierung: 2–3mal täglich dünn auftragen.

Handelsformen und Preise m. MWSt.
20 g Lotio DM 4,40, 40 g Lotio DM 7,10

akne reinigungsmilch

zur schonenden, therapiegerechten Reinigung der Haut.

Indifferente O/W-Emulsion zur alkohol- und seifenfreien Reinigung empfindlicher und gereizter Haut.

Indikation: Zur schonenden Hautreinigung bei allen Formen der Akne, speziell auch zum Entfernen vorher angewendeter Akne-Präparate. Zur Reinigung besonders empfindlicher Haut, z. B. bei Rosazea und ekzematösen Hautveränderungen.

Anwendung: Die Reinigungsmilch wird auf einen Wattebausch gebracht, mit dem die zu reinigenden Hautpartien abgerieben werden. Bei trockener Haut wird der Reinigungsmilchfilm nicht entfernt; bei fetter Haut wird die Reinigungsmilch mit warmem Wasser abgewaschen.

Handelsform und Preis m. MWSt.
40 g Reinigungsmilch DM 3,90

Neu von Dr. Sasse

gelimentum®

das kräftig hyperämisierende Gel
gegen alle rheumatischen und
nicht rheumatischen Muskel-
und Gelenkschmerzen mit
sofort einsetzender
Langzeitwirkung

rasch und anhaltend
schmerzlindernd
tiefenwirksam
nicht fettend
nicht klebend
gut hautverträglich

159/0

Zusammensetzung
100 g Gel enthalten: Äthylenglykolmonosalicylat 1,0 g, Nicotinsäurebenzylester 1,0 g, Rosmarinöl 0,5 g und Nonylsäurevanillylamid 0,3 g.

Indikationen
Gelimentum ist bei rheumatischen und nicht rheumatischen Muskel- und Gelenkerkrankungen indiziert, die durch eine Wärme- und Reiztherapie günstig beeinflußt werden. Hierzu gehören: Arthrosen, Osteochondrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen, Bandscheibenschäden, Ischialgien, Neuralgien, Arthritiden im nicht akut entzündlichen Stadium, Sehnenscheidenentzündungen, geschlossene Sport- und Unfall-Verletzungsfolgen (z. B. nach Prellungen, Zerrungen).

Kontraindikationen
Sind nicht bekannt.

Dosierung
1–2mal täglich einreiben bzw. leicht einmassieren.

Handelsform und Preis
30 g Gel DM 4,25 m. MWSt.

Dr. Friedrich Sasse
Zweigniederlassung der Gödecke
Aktiengesellschaft · Berlin

Dr. Sasse

WICHTIGE MITTEILUNG FÜR NICHTKASSENÄRZTE

Kassenarzt in Bayern

Förderung der Niederlassung durch „Erweitertes Bayern-Programm"

Ein Arzt, welcher die Zulassung für einen der unter I aufgeführten Kassenarztsitze mit dem Ziel einer langjährigen Tätigkeit erwirbt, erhält die Zusicherung, daß seine Niederlassung im Rahmen des erweiterten Bayern-Programms durch Vollfinanzierung eines Arzthauses zu besonders günstigen Bedingungen gefördert wird. Diese Kassenarztsitze bieten nach den Erfahrungen der Kassenärztlichen Vereinigung eine gute Existenzgrundlage. Dennoch sichert die KV diesen Kassenärzten für die Anlaufzeit von sechs Quartalen eine Umsatzgarantie in der Höhe des durchschnittlichen Umsatzes der Arztgruppe zu. Weitere Hilfe bei der Praxiseinrichtung wird in Aussicht gestellt. Interessierten Ärzten wird empfohlen, sich wegen weiterer Auskunft über örtliche Verhältnisse und unterstützende Maßnahmen mit der zuständigen Bezirksstelle der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BAYERNS (siehe jeweilige Angabe der Anschrift mit Telefonnummer) in Verbindung zu setzen.

I. Dringlich zu besetzende Kassenarztstellen

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Oberpfalz

Regensburg, Landshuter Straße 49, Telefon (0941) 57033

Floß bei Neustadt/WN: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Floß hat 2900 Einwohner, mit Einzugsbereich rund 4000 Einwohner, zugelassen 2 Kassenärzte (1 Apotheke), nächstes Facharztzentrum in Weiden, nächstes Krankenhaus in Neustadt/WN mit 120 Betten, Fachabteilung Chirurgie und Innere Krankheiten, nach Erweiterung auch gynäkologische Abteilung.

Ärztlicher Notdienst ist über die Notrufzentrale Weiden geregelt.

Der Markt Floß ist bemüht, ein geeignetes Grundstück für ein Arzthaus zur Verfügung zu stellen. Er ist bei der Beschaffung von Praxis- und Wohnräumen behilflich.

In Neustadt/WN befindet sich eine staatliche Realschule für Knaben und Mädchen, in Weiden alle weiterbildenden Schulen.

Vilseck: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vilseck hat rund 6000 Einwohner (mit Einzugsgebiet), zugelassen 2 Ärzte (2 Zahnärzte, 1 Apotheke).
Nächstes Facharztzentrum in Amberg.

Kreiskrankenhaus (Belegärzte).

Nächstes Schulzentrum in Amberg

Ärztlicher Notdienst geregelt über Notrufzentrale Amberg (Funkeinsatz).

Vohenstrauß: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vohenstrauß hat 4000 Einwohner, mit Einzugsgebiet 6000 Einwohner, zugelassen 3 Kassenärzte (3 Zahnärzte, 2 Apotheken).

In Vohenstrauß befindet sich ein Kreiskrankenhaus mit 110 Betten.
Nächstes Facharztzentrum Weiden.

Ärztlicher Notdienst über Notrufzentrale Weiden.
Staatliche Realschule, Schulzentrum Weiden.

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Niederbayern

Straubing, Lilienstraße 5-7, Telefon (09421) 7053

Hebertsfelden, Lkr. Rottal: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Der Ort hat 1000 Einwohner, dazu kommt ein großes Einzugsgebiet von insgesamt 4000 Einwohnern. In Hebertsfelden ist eine Volksschule, alle höheren Schulen befinden sich im 5 km entfernten Eggenfelden, dort ist auch das nächste Krankenhaus.

Mengkoten, Lkr. Untere Isar: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In Mengkofen kann ab sofort die Praxis mit Wohnhaus des einzigen Kassenarztes übernommen werden. Mengkofen hat ein Einzugsgebiet von ca. 4000 Einwohnern. Das nächste Krankenhaus und alle höheren Schulen befinden sich in Dingolfing (11 km entfernt).

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Schwaben

Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (0821) 313031

Markt Inchenhoten, Lkr. Aichach-Friedberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Inchenhofen hat 1447 Einwohner und ein Einzugsgebiet von ca. 800 Personen. Die nächsten Arztsitze sind in Kühbach (7 km), Aichach (8 km) und Pöttmes (9 km), das nächste Krankenhaus und Facharztzentrum in Aichach.

Baugrund kann zum Kauf angeboten werden.

Im Ort ist eine Grund- und Hauptschule. Weiterführende Schulen sind in Aichach und Schrobenhausen.

Jettingen-Scheppach, Lkr. Günzkreis: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Jettingen-Scheppach hat 4863 Einwohner und ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Personen. Es praktizieren dort 3 Allgemeinärzte, wovon 1 Arzt seine Praxis aufgibt. Haus kann durch Kauf erworben werden;
Krankenhaus befindet sich am Ort; Realschule in Burgau, Gymnasium in Günzburg.

Marxheim, Lkr. Donau-Ries: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines früheren Arztsitzes. Marxheim hat 650 Einwohner und ein ausgedehntes Einzugsgebiet. Wohn- und Praxisräume können zur Zeit in einem Neubau gemietet werden.

Nächstes Krankenhaus und Realschule sind in Rain/Lech (6 km).

Meitingen, Lkr. Augsburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Ca. 20 km nördlich von Augsburg. 3 Ärzte sind bereits niedergelassen. Wegen umfangreichen Einzugsgebietes ist ein weiterer Allgemeinarzt erforderlich.

Staatliche Realschule am Ort.

Monheim, Lkr. Donau-Ries: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines freien Arztsitzes. Monheim hat 2300 Einwohner. Einzugsgebiet ca. 7000 Einwohner. Niedergelassen sind 2 Allgemeinärzte. Krankenhaus sowie Grundschule und Hauptschule befinden sich am Ort.

Wallerstein, Lkr. Donau-Ries: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines vakanten Arztsitzes. Wallerstein hat ca. 3000 Einwohner und ein Einzugsgebiet mit ca. 1500 Einwohnern. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden. 1 Allgemeinarzt ist bereits niedergelassen.
Krankenhaus und Mädchenrealschule sind am Ort, sonstige weiterführende Schulen in Nördlingen (4 km).

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

Ihre Patientin denkt nur noch an ihr Baby...

Denken Sie an beide: an Mutter und Kind. Verschreiben Sie Ihren Patientinnen während der Schwangerschaft und Stillzeit Neocalcit®-Präparate, denn sie enthalten, was Mutter und Kind jetzt brauchen: Calcium und Vitamine.

Neocalcit® mit Vitamin D_3
und
Neocalcit®comp.
mit den Vitaminen A B_1 C D_3

Zusammensetzung
Neocalcit®
1 Tablatta (1 g Pulver) enthält Calcium citric. 300 mg, Calcium phosphoric. 20 mg, Vitamin D_3 300 I. E.
Neocalcit®comp.
1Tablette (1 g Pulver) enthält zusätzlich Vitamin-A-acetat 300 I. E., Vitamin-B_1-chloridhydrochlorid 0,3 mg, Vitamin C 10 mg.
Vitamin D_3 fördert die Calcium-Resorption im Magen-Darm-Trakt.
Indikationen
Neocalcit®und Neocalcit®comp. sind besonders angezeigt zum Knochenaufbau im Kindesalter, in der Schwangerschaft und Stillzeit, zur Rachitisprophylaxe, bei verzögerter Kallusbildung, Appetitlosigkeit, körperlicher Erschöpfung, allergischen Erkrankungen, Infektionsanfälligkeit und während der Rekonvaleszenz.
Kontraindikationen
Hyperkalzämie, Hyperkalzurie
Dosierung und Anwendung
Erwachsene und Schulkinder nehmen bis zu 3mal täglich 2 Tabletten oder einen Teelöffel voll Pulver vor den Mahlzeiten ein; Kleinkinder erhalten dem Alter entsprechend 1/3 – 2/3 dieser Mengen, am besten in Brei oder Milch.
Handelsformen und Preise m. MWSt.

Neocalcit®		Neocalcit®comp.	
Packung mit 50 Tablettan	DM 2,30	Packung mit 50 Tabletten	DM 3,30
Packung mit 50 g Pulver	DM 2,30	Packung mit 50 g Pulver	DM 3,30
Packung mit 400 Tabletten	DM 12,80	Packung mit 400 Tabletten	DM 18,40
Packung mit 400 g Pulver	DM 12,80	Packung mit 400 g Pulver	DM 18,40

Dr. R. Pfleger
Chemische Fabrik GmbH & Co
Bamberg

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Oberfranken
Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a-9, Telefon (0921) 23032

Münchberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Industriestadt mit 10500 Einwohnern, Kreiskrankenhaus mit Fachstationen für Chirurgie, Innere Krankheiten, Frauenkrankheiten, hauptamtlicher Röntgenfacharzt; in freier Praxis die Fachgebiete für Augenkrankheiten, Frauenkrankheiten, HNO, Innere Krankheiten, Kinderkrankheiten vertreten.

Math.-nat.-neuspr. Gymnasium, Staatliche Textilfach- und Ingenieurschule, alle höheren Schulen in der nahegelegenen Stadt Hof.

Rehau, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die Stadt Rehau hat 11000 Einwohner, insgesamt sind ca. 14000 Einwohner zu betreuen. In Rehau sind 5 Praktische Ärzte und 1 Internist niedergelassen.

Praxisräume stehen zur Verfügung.

Rehau liegt 12,6 km von der Stadt Hof entfernt; dort alle höheren Schulen, alle Fachärzte, Krankenhäuser mit allen Fachstationen.

Rodach bei Coburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die Stadt Rodach hat 5000 Einwohner, insgesamt sind ca. 9000 Einwohner zu betreuen. Es sind 2 Allgemein-/Prakt. Ärzte niedergelassen.

Rodach liegt 12 km von der Stadt Coburg entfernt.

Scherneck oder Unterslemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In Scherneck oder Unterslemau wird ein zweiter Arzt benötigt; beide Orte sind nur durch eine Bundesstraße getrennt (gemeinsamer Bahnhof); es sind ca. 5500 Personen zu betreuen. 8 km von der Stadt Coburg mit allen höheren Schulen entfernt. Gute kulturelle Einrichtungen in Coburg (u. a. Landestheater).

Landkrankenhaus mit Fachstationen für Chirurgie, Innere Krankheiten, Kinderkrankheiten, HNO, Hautkrankheiten, eigene Röntgenabteilung. Beide Gemeinden sind bei der Wohnraumbeschaffung behilflich; Bauplätze können erworben werden. Notfalldienst geregelt.

Stammbach, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Es handelt sich um die Wiederbesetzung des zweiten derzeit verwaisten Arztsitzes. Der Markt Stammbach ist ein überwiegend industriell und gewerblich orientierter Ort, der neben der Autobahn-Schnellverbindung Richtung Hof/Saale und Bayreuth-Nürnberg-München liegt. Es sind ca. 5000 Einwohner zu betreuen. Aufstrebende Fremdenverkehrsgemeinde.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberfranken, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a–9.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Unterfranken
Würzburg, Hofstraße 5, Telefon (0931) 50303

Bessenbach, Ortst. Straßbessenbach, Landkr. Aschaffenburg 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bessenbach hat 1600 Einwohner, Einzugsgebiet 1500. Grund- und Hauptschule befinden sich am Ort; 8 km entfernt liegt Aschaffenburg, Busverbindung nach Aschaffenburg. Praxis- und Wohnräume können im gemeindeeigenen Haus zur Verfügung gestellt werden.

Großheubach, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 4500, Einzugsgebiet ca. 7000, 2 Ärzte am Ort. Gute Verkehrsverbindungen nach Miltenberg und Aschaffenburg; Grund- und Hauptschule in Großheubach, Gymnasium und Realschule in Miltenberg (Entfernung 3 km).

Unterstützung von seiten der Gemeinde für Wohn- und Praxisräume.

Münnerstadt, Stadtteil Großwenkheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Großwenkheim (1000 Einwohner) ist Stadtteil von Münnerstadt mit insgesamt 8500 Einwohnern, hat Volksschule, Berufsschule, Humanistisches Gymnasium, Realschule, Apotheken, Kreiskrankenhaus, Lungenheilstätte.

Die Stadt ist behilflich bei Wohnraumbeschaffung mit Praxisräumen und auch bei Hausbau.

Schöllkrippen, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 2600, Einzugsgebiet 6000. Neugebautes Haus könnte bezogen werden.

Grund- und Hauptschule in Schöllkrippen. Gymnasium und Realschule in Alzenau und Aschaffenburg. Gute Verkehrsverbindungen nach Aschaffenburg und Frankfurt/Main.

Arnstein, Lkr. Mittelmain: 2 Allgemein-/Prakt. Ärzte, evtl. in Gemeinschaftspraxis

1 Praktischer Arzt am Ort. Grund- und Hauptschule in Arnstein, weiterführende Schulen in Schweinfurt und Würzburg.

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Mittelfranken

Nürnberg, Keßlerplatz 5, Telefon (0911) 533771

Absberg, Lkr. Weißenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 1000, Einzugsgebiet ca. 4000, einziger Arztsitz. In den Nachbarorten Spalt (6 km) 3 Praktische Ärzte, in Theilenhofen (10 km) 1 Praktischer Arzt niedergelassen. Das nächste Krankenhaus befindet sich in Gunzenhausen (Entfernung 12 km). Volksschule in Absberg, Realschule, Gymnasium und Städt. Handelsschule in Gunzenhausen.

Lehrberg, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 1800, Einzungsgebiet ca. 4000, einziger Arztsitz. Nächstes Krankenhaus und Facharztzentrum in Ansbach (Entfernung 7 km).

Die Gemeinde ist bei der Bauplatz- und Wohnraumbeschaffung behilflich.

Volksschule in Lehrberg, Realschule und Gymnasium in Ansbach.

Dietenhofen, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl ca. 3000 mit großem Einzugsgebiet (16 Gemeinden); einziger Arztsitz; in den Nachbarorten Bruckberg (6 km), Großhabersdorf (8 km), Rügland (9 km) je 1 Praktischer Arzt.

Das nächste Krankenhaus befindet sich in Ansbach (18 km). Wohnung und Praxis werden von der Gemeinde gestellt.

Volksschule Dietenhofen; Gymnasium und Realschule in Ansbach.

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohner zahl 5100, Einzugsgebiet ca. 8200.

3 Allgemein-/Prakt. Ärzte am Ort tätig; eigenes Krankenhaus mit Belegarztmöglichkeit.

Ab 1. Januar 1973 100 qm Praxisräume und zunächst 2-Zimmer-Wohnung im Haus vorhanden; ca. ½ bis ¾ Jahr später großes Haus im Zentrum vorhanden, wofür durch die Stadt evtl. 2 Jahre Mietzuschuß u. ähnl. gewährt wird.

Volksschule in Langenzenn; Gymnasium und Realschule in Fürth.

Merkendorf, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl ca. 1450 mit großem Einzugsgebiet; einziger Arzt am Ort; in den Nachbarorten Wolframs-Eschenbach (4 km) und Altenmuhr (6 km) je 1 Prakt. Arzt niedergelassen.

Das nächste Krankenhaus befindet sich in Gunzenhausen (12 km).

Freie Praxis- und Wohnräume befinden sich im gemeindeeigenen Haus; die gesamte gut ausgestattete Praxiseinrichtung kann ohne Abstand übernommen werden.

Volksschule in Merkendorf; Realschule und Gymnasium in Gunzenhausen.

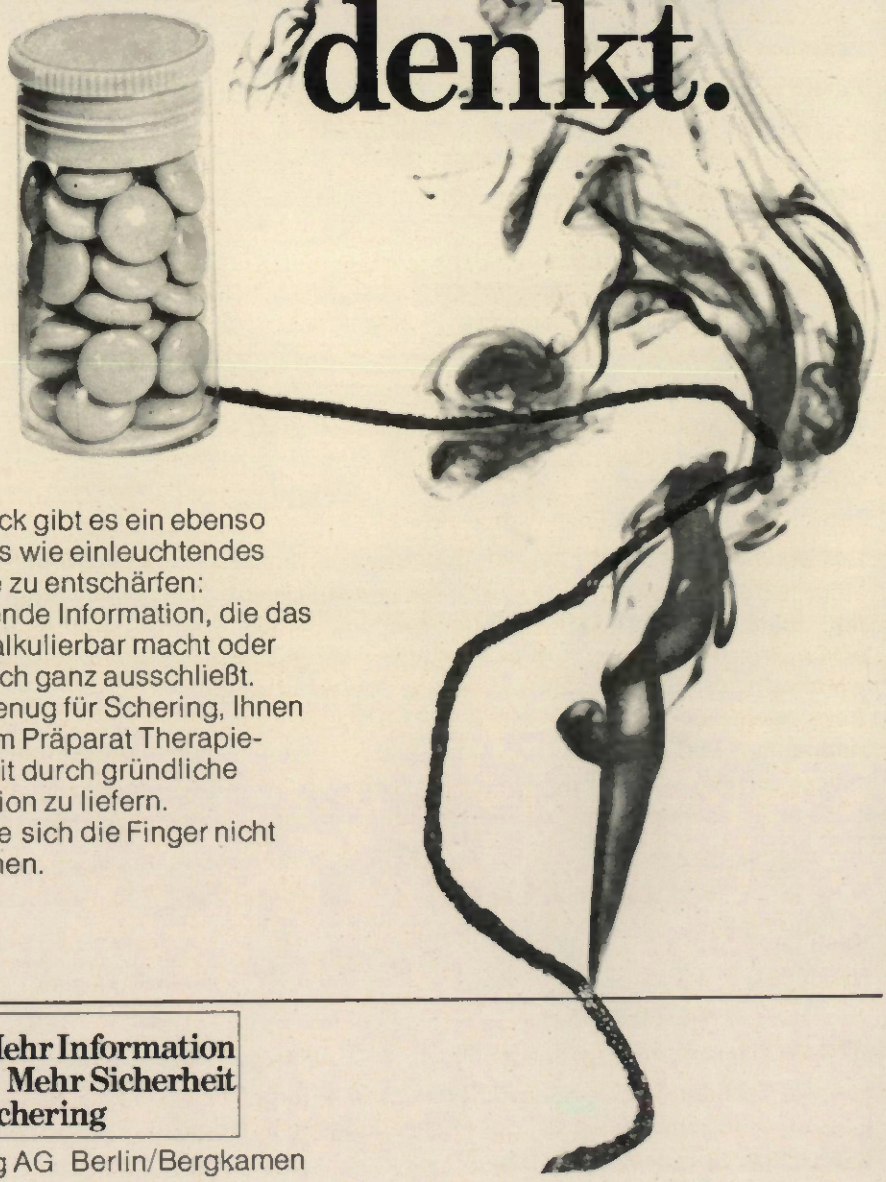
Uehlfeld, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 2000, Einzugsgebiet ca. 6000, einziger Arztsitz am Ort.

Nächste Facharztsitze in Höchstadt (8 km) und Burghaslach (15 km). Nächstes Krankenhaus in Neustadt/Aisch (15 km). Die Gemeinde ist bei der Beschaffung eines Grundstückes für Wohnung und Praxis behilflich.

Volksschule in Uehlfeld, Realschule und Gymnasium in Neustadt/Aisch.

Arzneimittel ohne umfassende Information sind brisanter als man denkt.



Zum Glück gibt es ein ebenso einfaches wie einleuchtendes Mittel sie zu entschärfen: Umfassende Information, die das Risiko kalkulierbar macht oder womöglich ganz ausschließt. Grund genug für Schering, Ihnen mit jedem Präparat Therapiesicherheit durch gründliche Information zu liefern. Damit Sie sich die Finger nicht verbrennen.

Mehr Information
Mehr Sicherheit
Schering

Schering AG Berlin/Bergkamen

Wilhermsdorf, Lkr. Neustadt/Aisch: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl ca. 3200, großes Einzugsgebiet. In den Nachbarorten Markt Erlbach (5 km) und Lengenzenn (6 km) sind 4 Praktische Ärzte niedergelassen.

Die nächsten Krankenhäuser sind in Lengenzenn und Neustadt/Aisch (16 km). Praxis- und Wohnräume sind vorhanden.

Volksschule in Wilhermsdorf, Realschule und Gymnasium in Neustadt/Aisch.

Wittelshofen, Lkr. Ansbech: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 1000 — mit Einzugsgebiet ca. 2000, einziger Arztsitz, nächstes Krankenhaus Dinkelsbühl (Entfernung 13 km). In Wittelshofen gibt es eine Volksschule, Realschule und Gymnasium sind in Dinkelsbühl.

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Oberbeyern

München, Mühlbaurstraße 16/II, Telefon (0811) 476087

Großmehring, Lkr. Eichstätt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 3500, sonstiges Einzugsgebiet 5700 Personen.

Die nächsten Kassenarztsitze sind in Manching (7 km) und Kösching (6 km).

Krankenhäuser sind in Kösching und Ingolstadt (8 km). Das nächste Facharztzentrum ist ebenfalls in Ingolstadt.

Großmehring hat eine Volksschule, Realschule und Gymnasium sind in Ingolstadt.
Die Gemeinde würde bei der Beschaffung von geeigneten Grundstücken bzw. Praxisräumen behilflich sein.

Manching, Lkr. Pfaffenhofen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 7935, sonstiges Einzugsgebiet ca. 7000 Personen. Zur Kassenpraxis sind bereits zugelassen 2 Praktische Ärzte und 1 Internist. Das nächste Fecharztzentrum befindet sich in Ingolstadt. Volks- und Realschule sind in Manching, ein Gymnasium ist in Ingolstadt.

Die Gemeinde würde bei der Beschaffung von geeigneten Grundstücken bzw. Praxisräumen behilflich sein.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberbayern, 8000 München 80, Mühlbeurstraße 16.

II. Weitere freie Kassenarztstellen

Bei Niederlassung und Kassenzulassung besteht die Möglichkeit, Grunderwerb und Bau eines Arztheuses mit Unterstützung des Wohnbauwerkes der Bayerischen Ärzteversorgung zu finanzieren. Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Bayerische Ärzteversorgung zur Beratung im Einzelfall.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberpfalz
Regensburg, Landshuter Straße 49
Telefon (0941) 57033

Kastl bei Amberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumarkt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
1 Augenarzt

Wiesau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Niederbeyern
Streubing, Lilienstraße 5-7
Telefon (09421) 7053

Deggendorf: 1 Augenarzt

Eggenfelden, Lkr. Rottal: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Ergoldsbech, Lkr. Landshut: 1 Allgemein-/Prekt. Arzt

Freyung v. Weld: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Frontenhausen, Lkr. Untere Iser: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Grefenau, Lkr. Freyung v. Wald.: 1 Augenarzt

Kelheim/Donau: 1 Augenarzt

Landshut: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt
1 Neurologe

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Niederbayern, 8440 Streubing, Lilienstraße 5-7.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Schwaben
Augsburg, Frohsinnstraße 2
Telefon (08 21) 31 30 31

Augsburg-Oberhausen (Ortsteil 16, 17): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bobingen, Lkr. Augsburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Donauwörth, Lkr. Donau-Ries: 1 Kinderarzt

Memmingen: 1 Augenarzt

Oettingen, Lkr. Donau-Ries: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Roggenburg, Lkr. Neu-Ulm: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Unterelchingen, Lkr. Neu-Ulm: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberfranken
Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a–9
Telefon (0921) 23032

Bad Steben, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bamberg: 1 Augenarzt

Coburg: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Kronach: 1 Kinderarzt
1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Marktredwitz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schwarzenbach/Saale: 1 Prakt. Arzt oder 1 Internist

Selb: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Seybothenreuth, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Steppach, Lkr. Bamberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberfranken, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a–9.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Unterfranken
Würzburg, Hofstraße 5
Telefon (0931) 50303

Bad Brückenau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hammelburg: 1 Prakt. Arzt/Allgemeinarzt und 1 Kinderarzt

Helgenbrücken, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Mainaschaff: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Mittelfranken
Nürnberg, Keßlerplatz 5
Telefon (09 11) 53 37 71

Bad Windsheim: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Bubenreuth, Lkr. Erlangen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hersbruck: 1 Augenarzt

Nürnberg-Langwasser/Neuselsbrunn/Ranglerbahnhof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nürnberg-Gebersdorf/Birkenwald/Neumühle: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Roßtal, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vorra, Lkr. Lauf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberbayern
München, Mühlbaurstraße 16/II
Telefon (08 11) 47 60 87

Gaimersheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Garching a. d. Alz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumarkt-St. Veit: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Puchheim-Ort, Lkr. Fürstenfeldbruck: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Welchering, Lkr. Neuburg/Donau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberbayern, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16.

Einführungslehrgang für die kassenärztliche Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am **Samstag, 12. Mai 1973,** in München 80, Mühlbeurstraße 16, einen Einführungslehrgang für die kassenärztliche Versorgung.

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: gegen 17.00 Uhr

Die Einzahlung der Teilnehmergebühr von DM 15,– wird auf das Konto der Landesgeschäftsstelle Nr. 0065 0440 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in München unter dem Vermerk „Einführungslehrgang" erbeten. – Es besteht die Möglichkeit, mittags gegen eine Gebühr von DM 10,– im Casino des Ärztehauses ein Menü einzunehmen.

Schriftliche Anmeldungen bis zum **30. April 1973** an die KVB-Landesgeschäftsstelle, 8000 München 80, Mühlbeurstraße 16/III, Telefon (08 11) 47 60 87.

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

49. Tagung vom 12. bis 15. Oktober 1972

1. Hauptthema: **„Krankheiten im Wandel — Therapie in der Kritik"**

Privatdozent Dr. G. WOLFRAM, München:

„Bewertung und Behandlung der Hyperurikämie"

Bei der Hyperurikämie handelt es sich um einen erblichen Stoffwechseldefekt, der in Verbindung mit dem Umweltfaktor Ernährung zu erhöhten Harnsäurewerten im Serum und dem Krankheitsbild der Gicht führt. Seltener beobachtet werden sekundäre Hyperurikämien als Folge eines erhöhten Purinkörperumsatzes (z. B. bei Leukämien), chronischer Niereninsuftizienz oder Saluretikaapplikation. Das Risiko eines Auftretens des klinischen Erscheinungsbildes der Gicht nimmt mit steigendem Harnsäurespiegel zu. Während Harnsäurewerte von 6 mg% im Serum noch als normal anzusehen sind, kommt es bei Werten um 8 mg% bereits bei jedem vierten und bei Werten über 9 mg% bei fast allen Patienten zu Gichtanfällen. Die Prognose bei Patienten mit chronischer Hyperurikämie wird jedoch nicht durch akute Monarthritis, chronisch destruierende Gelenkveränderungen, Tophusbildung oder Gichtgeschwüre, sondern durch Uratnephrolithiasis mit Harnwegsintekten, Gichtniere mit Niereninsuffizienz und Hypertonie bestimmt.

Der Einfluß der Ernährung auf den Harnsäurespiegel im Serum wurde durch die Seltenheit der Gicht während und kurz nach Ende des letzten Krieges nachdrücklich dokumentiert. Übergewichtige Personen haben durchschnittlich höhere Harnsäurewerte als normalgewichtige. Drastische Abmagerungskuren oder Nulldiät führen infolge des Zellabbaues zu erhöhten Harnsäurespiegeln. Der hemmende Einfluß des Alkohols auf die Harnsäureausscheidung spielt besonders bei der Entwicklung von Gichtanfällen eine Rolle.

Die Diagnose einer primären Hyperurikämie muß immer Anlaß sein, nach anderen Stoffwechselstörungen zu fahnden. Besonders häufig ist die Kombination der in der Regel übergewichtigen Gichtpatienten mit einem Diabetes mellitus und mit Hyperlipidämien. Die Hyperurikämie stellt deshalb bei vielen dieser Patienten nur einen Risikofaktor dar; es müssen jedoch alle Stoffwechselstörungen gleich konsequent behandelt werden.

Bewertung einer primären Hyperurikämie

Wiederholt bestimmte Werte über 7 mg% sind als pathologisch anzusehen und bedürfen der Überwachung und Behandlung mit diätetischen Maßnahmen. Bei bereits bestehenden Komplikationen mit klinisch manifester Gicht bzw. Gichtniere muß eine sofortige medikamentöse Therapie einsetzen. Werte über 8 mg% bedürten wegen des erhöhten renalen Risikos einer medikamentösen Langzeittherapie, auch wenn keine manitesten Komplikationen vorliegen. Unter wirksamer Behandlung ist eine Senkung des Serumharnsäurespiegels auf etwa 5 mg% zu erzielen.

Für die Behandlung der primären Hyperurikämie stehen neben der Diät zwei Arten von Medikamenten zur Verfügung:

1. Auf diätetischem Wege ist die Gesamtkalorienzufuhr bis zum Erreichen des Normalgewichtes zu reduzieren. Die Eiweißzufuhr soll ein normales Maß nicht überschreiten. Besonders purinreiche Nahrungsmittel, hauptsächlich Innereien, nicht aber das Muskelfleisch, sind verboten. Die Alkoholzufuhr ist einzuschränken.
2. Arzneimittel, die über eine Vermehrung der Harnsäureausscheidung im Harn zu einer Senkung des Serumharnsäurespiegels führen, werden als Urikosurika bezeichnet. Zu diesen gehören das Probenecid (Benemid®), das Sultinpyrazon (Anturano®) und das Benzbromaromum (Uricovac®) mit einer besonders lang anhaltenden urikosurischen Wirkung. Zur Vorbeugung einer Uratnephrolithiasis und renaler Komplikationen ist bei Einsatz von Urikosurika eine Harnneutralisation mit Uralyt-U® und eine reichliche Urinproduktion erforderlich. Bereits manifeste renale Komplikationen verbieten den Einsatz von Urikosurika.
3. Eine medikamentöse Hemmung von Harnsäurebildung im Organismus ist durch Allopurinol (Zylorik®, Foligan®, Epitropal®) möglich. Durch Hemmung des Enzyms Xanthinoxydase wird die Bildung von Harnsäure aus Hypoxanthin und Xanthin vermindert. Versuche mit standardisierter, purinarmer Kost und Purinbelastung mit und ohne Allopurinol-Zufuhr zeigten, daß dieses Arzneimittel vorwiegend die Bildung von Harnsäure aus den mit der Nahrung zugeführten Purinen hemmt, während die endogene Uratquote aus dem Intermediärstoffwechsel nur gering beeintlußt wird. Der Synthesehemmer Allopurinol ist vor allem bei Patienten mit renalen Komplikationen indiziert. Das Medikament hat kaum Nebenwirkungen.

Ziel der Behandlung einer primären Hyperurikämie ist die wirksame Senkung des Serumharnsäurespiegels, um bestehende Harnsäuredepots im Körper abzubauen und weitere Harnsäureablagerungen zu verhüten. Zu Beginn der Therapie sind Serumkontrollen

im Abstand von etwa zwei Wochen angezeigt, später reichen vier bis sechs Bestimmungen pro Jahr aus. Die Therapie ist ähnlich wie beim Diabetes mellitus in der Regel eine lebenslängliche.

Bei sekundären Hyperurikämien stellt die Senkung des Serumharnsäurespiegels eine zusätzliche Maßnahme neben der Behendlung des Grundleidens dar. Leukämien, Melignome, Tumorbestrahlungen und zytostatische Behandlungen erhöhen den Serumharnsäurespiegel und vermehren die Gefahr der Entwicklung von Gichtanfällen und Harnsäuresteinen. Neben der Schaffung eines ausreichenden Urintagesvolumens und einer Harnneutralisation ist die Behandlung mit Allopurinol indiziert.

Sowohl bei dem Einsatz von Urikosurika als auch unter Verwendung von Allopurinol wird in den ersten Behandlungswochen gelegentlich eine gesteigerte Neigung zu Gichtanfällen beobachtet, der mit kleinen Colchicin-Dosen (zwei- bis dreimal täglich 0,5 mg) vorgebeugt werden kann.

Dr. R. KUSE, Hamburg:

„Eine neue Einteilung der Eisenmangelzustände und ihre Bedeutung für die Therapie"

Die Einteilung des Eisenmangels kann einmal entsprechend dem Füllungszustand der praktisch wichtigsten Verteilungsräume des Körpereisens nach Stadien oder entsprechend den Blutverlusten nach pathogenetischen Faktoren erfolgen. Bei der Stadieneinteilung des Eisenmangels wird unterschieden:

1. Der prälatente Eisenmangel, bei dem das Nichthämoglobineisen der Knochenmarks-Makrophagen im Vergleich zur Norm vermindert oder nicht mehr nachweisbar ist, während die intestinale Eisenresorption sich als erhöht erweist. Totale Eisenbindungskapazität, Serumeisen, ungesättigte Eisenbindungskapazität, Transferrinsättigung, Sideroblastenzahl sowie die Parameter des roten Blutbildes unterscheiden sich nicht von der Norm. Gelegentlich erhöhte Serumeisenspiegel und Sideroblastenzahlen werden als Hinweise auf eine beschleunigte Utilisation des Hämoglobineisens interpretiert.
2. Der latente Eisenmangel ist neben der Erniedrigung des RES-Eisens und Erhöhung der intestinalen Eisenresorption durch eine zusätzliche Erniedrigung des Serumeisens und der Transferrinsättigung charakterisiert. Auch hier liegen die Werte des roten Blutbildes meistens noch im Bereich der Norm.
3. Beim manifesten Eisenmangel (der Eisenmangelanämie) sind die vorgenannten Veränderungen stärker ausgeprägt und das rote Blutbild erfüllt die Kriterien der Anämie.
4. Posthämorrhagische Anämie: Infolge hoher Blutverluste werden Serumeisen, Transferrinsättigung, Sideroblasten sowie die Werte des roten Blutbildes schnell erniedrigt, während die intestinale Eisenresorption deutlich enstelgt. Erst später, wenn das RES-Eisen im Knochenmark für die körpereigene Hämoglobinregeneration mobilisiert wird, zeigt sich das Vollbild des manifesten Eisenmangels.

Für die Beurteilung eines Eisenmengels müssen zusätzlich die Pathogenese und Bilanz Berücksichtigung finden, da eine Stedieneinteilung ellein sehr wehrscheinlich Patienten mit unterschiedlichem Eisenbedarf innerhalb einer Vergleichsgruppe vereinigt.

1. Der nichthämorrhagische Eisenmangel umfaßt Faktoren, die eine zu geringe Eisenzufuhr bewirken. Zu diesen gehören Nahrungseisenmangel, Verdauungseisenmangel (z. B. nach Magenteilresektion), Resorptionseisenmangel (bei angeborenen oder erworbenen Defekten des oberen Dünndarms) sowie erhöhter Eisenbedarf während der Wachstumsperiode, Schwangerschaft oder bei Polycythaemia vera.
2. Beim posthämorrhagischen Eisenmangel liegen die Blutverluste infolge spontaner, operativer oder medikamentöser Blutstillung in der Vergangenheit.
3. Als einziger weist der chronisch-hämorrhegische Eisenmangel Blutverluste auf und unterscheidet sich somit grundlegend von den übrigen Formen. Er kann allein oder in Kombination mit den vorgenannten Faktoren vorkommen.

Erst die Verknüpfung der Stadieneinteilung mit pathogenetischen Faktoren und Abschätzung der Bilanz ermöglichen eine präzise Bewertung des Eisenmangels, ein gezieltes diagnostisches Vorgehen und eine sinnvolle Therapie. Die posthämorrhagischen Eisenmangelzustände lassen sich in der Regel unter einer Gesamteisenzufuhr von 8 bis 12 g binnen drei bis fünf Monaten normalisieren. Dagegen benötigen chronisch-hämorrhagische Eisenmangelzustände aller Stadien durchschnittlich 12 bis 21 g zur Kompensation, da neben Hämoglobin- und Reserveeisendefizit auch die weiterbestehenden chronischen Blutverluste ersetzt werden müssen. In der Regel ist eine langfristige Behandlung erforderlich.

Für die Erhebung des Eisenstatus, die pathogenetische Einordnung und Beurteilung des Therapieerfolges hat sich folgendes praktisches Vorgehen bewährt: Neben einer eingehenden Anamnese und der Erhebung charakteristischer Körperbefunde sind die Laborbefunde besonders richtungsweisend. Beurteilt werden sollten das Hämoglobin, die Erythrozytenzahl und der Quotient HbE sowie das Serumeisen, die totale Eisenbindungskapazität und die daraus abzuleitenden Größen UEBK und Transferrinsättigung. Ferner kommt der Erythrozytenmorphologie des peripheren Blutausstrichs, einem Knochenmarkspunktat einschließlich Berliner-Blau-Reaktion zum Nachweis des RES-Eisen und der Sideroblasten Bedeutung zu. Die so gesammelten Informationen erbringen nicht nur eine differentialdiagnostische Abgrenzung gegen-

Magen-Probleme?

Gelusil-Lac eine Schutzschicht für die Magenschleimhaut!

Indikationen:

Gastritis	akute + chronische
Säurebeschwerden	wie z. B. Hyperazidität, Sodbrennen, medikamentös bedingte Übersäuerung, saures Aufstoßen, Völlegefühl
Reizmagen	nervöser Magen
Ulkus	Ulcus pepticum bzw. Ulcus ventriculi et duodeni, Streßulkus
Refluxösophagitis	in der Gravidität, bei Hiatushernie, bei Schwangerschaftserbrechen, bei gehäuftem Erbrechen anderer Art
„verdorbener Magen"	nach Ernährungsfehlern, Alkohol- und Nikotinabusus
Kortikoid-Therapie	zur besseren Magenverträglichkeit systemisch gegebener Kortikoide bei Erkrankungen z. B. aus dem rheumatischen, bronchospastischen oder nephrotischen Formenkreise.

Gelusil®-Lac

GÖDECKE

Kontraindikationen sind nicht bekannt.

Anwendung und Dosierung
Mehrmals täglich den Inhalt von 1–2 Beuteln, bei der Dosenpackung die Menge von 1–2 gehäuften Teelöffeln in etwa ¼ Glas Wasser gut verrührt einnehmen bzw. 1–2 Tabletten lutschen oder kauen. Bei Bedarf können die angegebenen Einzeldosen erhöht werden.

Zur Beachtung (für alle Anwendungsformen)
Hohe und längerdauernde Gaben von Gelusil können bei schwerer Niereninsuffizienz zur Hypermagnesiämie führen. Im Stadium der urämischen Stoffwechselintoxikation ist – sofern nicht systematische Kontrollen des Plasma-Magnesiums möglich sind – bei Verwendung von Gelusil Vorsicht geboten.

Gelusil-Lac-Tabletten
1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikathydrat 0,5 g und 0,3 g fettfreies Milchpulver. 40 Tabletten DM 5,25 m. MWSt., 100 Tabletten DM 11,40 m. MWSt.

Gelusil-Lac-Pulver
1 g enthält Magnesiumaluminium-Silikathydrat 0,156 g in fettfreiem Milchpulver 0,844 g. 10 Beutel zu 6,5 g DM 5,40 m. MWSt., Dose mit 150 g DM 9,00 m. MWSt.

Gelusil-Lac Quick
1 g Granulat: Magnesiumaluminium-Silikathydrat 0,1 g und 0,9 g sofort lösliches, fettfreies Milchpulver. 10 Beutel zu 4,8 g DM 5,40 m. MWSt., Dose mit 100 g DM 9,00 m. MWSt.

Gelusil-Tabletten
1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikathydrat 0,55 g, ohne Milchkomponente. 40 Tabletten DM 4,45 m. MWSt., 100 Tabletten DM 9,00 m. MWSt.

Weitere Informationen siehe wissenschaftlicher Prospekt.

130/2

über anderen Anämieformen, (z. B. Infekt-, Tumor-, sideroachrestische Anämie), sondern schaffen Voreussetzung für zielgerichtete diagnostische Maßnahmen wie Röntgenuntersuchungen oder Endoskopien und ein konsequentes therapeutisches Handeln.

Professor Dr. P. SCRIBA, München:

„Fehler in der Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen"

„Zehn Gebote zu ihrer Vermeidung" – Unter Formulierung von „zehn Geboten" werden die nach Wichtigkeit und Häufigkeit bedeutsamsten Irrtümer bei der Diagnose und Behandlung der Schilddrüsenerkrankungen besprochen:

1. Regel:

„Vegetative" Beschwerden bei Patienten mit blander Struma verleiten zur Fehldiagnose Hyperthyreose. Eine nicht indizierte thyreostatische Behandlung ohne Prüfung der Schilddrüsenfunktion durch Labormethoden führt zu iatrogener Verschlechterung des Kropfleidens.

2. Regel:

Die Hyperthyreose neigt bei älteren Patienten zu einem „monosymptomatischen" Erscheinungsbild, dessen Ursache leicht verkannt wird (insbesondere die Thyreokardiopathie).

3. Regel:

Weder hohe Speicherwerte, welche allein durch den Jodmangel erklärt werden können, noch ein beschleunigter Radiojodumsatz beim ^{131}J-Speicherungstest, der z. B. bei etwa 25 % der blanden Knotenstrumen gefunden wird, beweisen für sich a l l e i n das Vorliegen einer Hyperthyreose.

4. Regel:

Bei szintigraphisch warmen oder heißen Knoten darf nur von einem autonomen Adenom gesprochen werden, wenn durch ein zweites Szintigramm mit Trijodthyronin-Suppressions- oder TSH-Stimulationstest die A u t o n o m i e bewiesen ist; auch bei gesichertem autonomen Adenom besteht nur in einem Teil der Fälle eine Hyperthyreose.

5. Regel:

Zur diagnostischen Abgrenzung einer Hyperthyreose von einer blanden Struma empfiehlt sich in der Praxis folgendes Vorgehen: Zuerst soll der gesamte Schilddrüsenhormonspiegel (PB^{127}I-Wert, Thyroxin-Bestimmung durch kompetitive Proteinbindungsanalyse) und der prozentuale freie Anteil (T_3-in vitro-Test) bestimmt und der mit großer diagnostischer Treffsicherheit ausgezeichnete Index der freien Schilddrüsenhormone (Produkt von Thyroxin-Bestimmung und T_3-in vitro-Test) berechnet werden. Bei positivem Befund oder klinischen Diskrepanzen muß der Radiojodtest mit Szintigramm folgen. Bei Vorliegen einer Knotenstruma ist die Durchführung des Radiojodtests mit Szintigramm obligat.

6. Regel:

Die Schilddrüsenhormon-Therapie der blanden Struma ist eine Langzeittherapie (täglich ½ bis 1½ Tabl. Novothyral® für ein bis zwei Jahre und mehr), die auch während der Gravidität fortgesetzt werden muß und das Ziel hat, die Sekretion des Thyreoidea-stimulierenden Hormons (TSH) unter die Norm zu supprimieren. Zur Rezidivprophylaxe nach Operation oder Radiojodbehandlung wegen blander Struma genügt eine Normalisierung des TSH-Spiegels mit täglich etwa ½ Tablette Novothyral®.

7. Regel:

Bei der medikamentösen, radiologischen oder operativen Behandlung der Hyperthyreose ist vor allem zu vermeiden, daß die Patienten latent oder manifest hypothyreot werden: Zusätzliche Schilddrüsenhormongabe wegen der Gefahr der Exazerbation einer endokrinen Ophthalmopathie.

8. Regel:

Wichtige Symptome für das häufig zu spät diagnostizierte Myxödem sind: Verlangsamung, Kälteempfindlichkeit, Müdigkeit, verlangsamte Reflexe, langsame Sprache, heisere, rauhe Sprache, trockene, kalte, rauhe Haut.

9. Regel:

Die alimentäre Adipositas wird nicht durch Schilddrüsenhormonmangel verursacht. Da bei diesen Patienten jedoch der Schilddrüsenhormonspiegel etwas unterhalb der Norm liegt, kann bei vernünftigen, diätadhärenten Patienten die Gabe kleiner Schilddrüsenhormongaben (z. B. täglich ½ Tablette Novothyral® oder Thyroxin-T_3 „Henning"®) verantwortet werden. Hierbei ist allerdings die Kontrolle des Schilddrüsenhormonspiegels erforderlich.

10. Regel:

Die bekannten Lehrbuchsymptome der Struma maligna (derbe, höckerige unverschiebliche Struma, fixierte Haut, schnell wachsendes Strumarezidiv, regionale Lymphknoten, Heiserkeit und Schmerzen) sind Spätsymptome. Für die Frühdiagnose der Struma maligna sind besonders bei jüngeren Personen rasch wachsende Solitärknoten und derbe Konsistenz der Struma oder verschiebliche Knoten von Bedeutung. Zur Beurteilung szintigraphisch kalter Knoten hat sich die Feinnadelbiopsie bewährt.

Privatdozent Dr. H. RIETH, Hamburg:

„Wandel bei Pilzerkrankungen der Haut in der Sicht der Praxis"

Das klinische Bild der Dermatomykosen ist so vieldeutig, daß hieraus allein ein Rückschluß auf den Erreger meist nicht möglich ist. Auch die häufig angefertigten Nativpräparate geben bei Nachweis von Pilzfäden nur den allgemeinen Hinweis auf eine pilzbe-

dingte Erkrankung. Wegen der unterschiedlichen Ansprechbarkeit von Dermatophyten, Schimmel- und Hefepilzen auf die uns derzeit zur Verfügung stehenden antimykotischen Pharmaka, ist deren Differenzierung von besonderer Bedeutung. Diese ist nur kulturell möglich.

Nur die Dermatophyten (D) sind Griseofulvin- und Tonoftal-empfindlich. Hierzu gehören die Gattungen Trichophyton, Epidermophyton, Microsporon und Keratynomyces. Da man einer Epidermophytie klinisch nicht ansehen kann, ob die Läsion durch Trichophyton oder Epidermophytonarten ausgelöst wurde, hat man die präjudizierende Bezeichnung Epidermophytie durch den neutralen Ausdruck Tinea ersetzt. Hierbei handelt es sich um die in Deutschland am weitesten verbreitete Mykose. Von maßgeblicher Bedeutung für die Entwicklung einer Tinea sind die drei Dermatophytenarten Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton rubrum und Epidermophyton floccosum. Bis zu 90 % der durch Dermatophyten bedingten Hautmykosen werden durch diese drei Arten hervorgerufen. Die außerordentlich widerstandsfähigen Epidermophytiesporen sind u. a. an Fußmatten und Planken von Badeanstalten zu finden, wodurch es meist zur Infektion kommt.

Wesentlich seltener als die Epidermophytie kommt in Deutschland der Favus vor. Dieser wird jedoch in zunehmendem Maße aus östlichen Ländern, vorwiegend durch Gastarbeiter, eingeschleppt. Bei dem sich vorwiegend am behaarten Kopf ausbreitenden Erreger handelt es sich um Trichophyton schönleini. Differentialdiagnostisch ist bei entsprechenden Alopezien und fahl erscheinenden und leicht abbrechenden Haaren an die außerordentlich infektiöse und sich leicht epidemieartig ausbreitende Mikrosporie zu denken. Die Krankheitsherde haben die Eigenschaft, bei einer bestimmten Wellenlänge des ultravioletten Lichtes (unter der Wood-Licht-Lampe) grün zu fluoreszieren. Neben der Übertragung durch Haustiere (besonders Mikrosporon canis) ist die Infektion über nesterweise in der Erde verbreitete Pilze besonders beim Eintopfen von Blumen, Tulpenzwiebeln usw. (sogenannte Gärtnereimikrosporie) zu erwähnen. Als Erreger kommen insbesondere Mikrosporon gypseum in Betracht. Als Folge der Flugtouristik werden auch bei uns in zunehmendem Maße Erkrankungen beobachtet, die als Chromomykose in tropischen Regionen, besonders in Brasilien und Madagaskar, weit verbreitet sind. Die Erreger (z. B. Madurella grisea) gelangen durch Verletzungen ins Gewebe, wo sie schwere Ulzerationen und papillomatöse Hautwucherungen und dadurch unter Umständen den Verlust ganzer Extremitäten bedingen können.

Unter Onychomykosen (Nagelmykosen) versteht man den Befall der Nagelplatte durch Dermatophyten verschiedener Art, durch Hefen und durch fakultativ pathogene Schimmelpilze. Auch wenn theoretisch alle keratinophilen Pilze (die Gattungen Trichophyton, Epidermophyton, Mikrosporum und Keratinomyces) die Nagelplatte befallen können, werden doch nur wenige Arten dieser Gattungen angetroffen (besonders Trichophyton mentagrophytes und Trichophyton rubrum). Von den hefeartigen Mikroorganismen sind am häufigsten Candida parapsilosis in der Nagelplatte nachzuweisen. Candida albicans befällt zuerst den Nagelwall, die Nagelplatte sehr selten oder viel später. Wenn auch der Nachweis der Pathogenität sehr schwierig ist, muß doch eine Beteiligung von fakultativ-pathogenen Schimmelpilzen (besonders Scopulariopsis-Arten) an der Entstehung von Onychomykosen angenommen werden. Da das Myzel von Dermatophyten und Schimmelpilzen sowie das Pseudomyzel und das Myzel der Hefen mikroskopisch nur schwer voneinander zu unterscheiden sind, genügt ein positives Nativpräparat allein zur Festsetzung einer adäquaten Therapie nicht. Es muß unbedingt das Ergebnis der Kultur berücksichtigt werden, da Hefen und Schimmelpilze in der Regel überhaupt auf eine Griseofulvinbehandlung nicht ansprechen und bei den zunächst empfindlichen Dermatophyten eine rasche Resistenzentwicklung auftreten kann, z. B. bei Trichophyton rubrum.

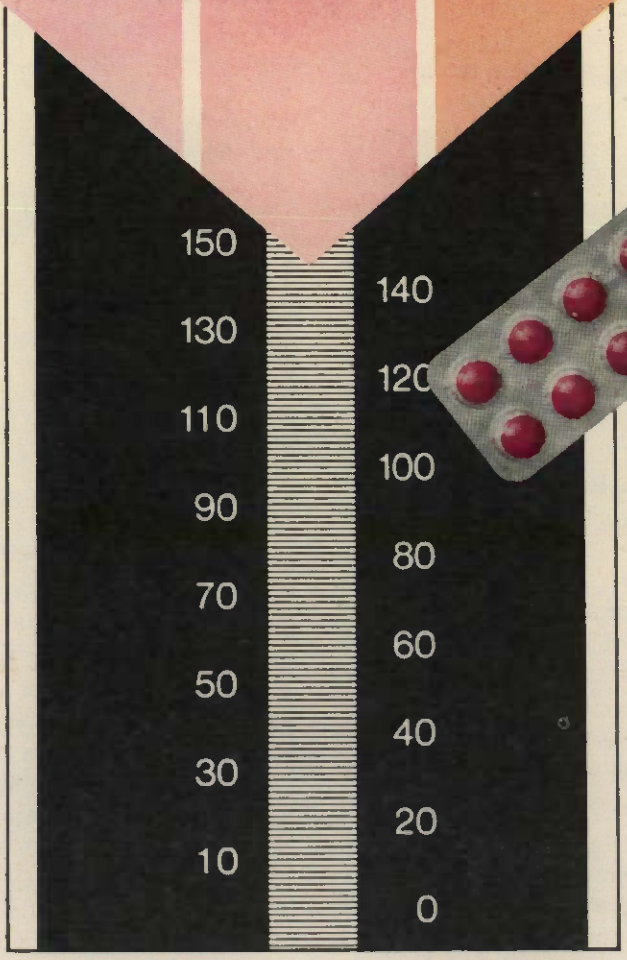
Die wichtigste Hefemykose (H) in unseren Breiten ist die Candidosis, u. a. verursacht durch den Typ Candida albicans. Dieser ubiquitär vorkommende Sproßpilz kann zu einer vielfältigen klinischen Symptomatik vom Mundsor über die Candida-bedingten intertriginösen Ekzeme, den Candidafluor, die Candidakolpitis, -vaginitis, bzw. -balanitis, Paronychie, Onychomykose und Interdigitalmykose bis zum generalisierten Befall der Haut und Schleimhaut und zur Organmykose, einschließlich der Candidasepsis führen. Auch für die genitalen Mykosen stammt die Hauptinfektionsquelle aus dem Magen-Darm-Trakt. Von großer Bedeutung für die Behandlung der Candidamykosen sind die Antibiotika mit fungistatischem Effekt, die sich aus Stoffwechselprodukten von Streptomycesarten isolieren ließen. Das Pimaricin (Natamycin) findet wegen seiner geringen enteralen Resorbierberkeit vor allem bei der bronchopulmonalen Candidainfektion zur Inhalationstherapie als Aerosol Anwendung, liegt aber auch als Salbe oder Lotion zur Lokalbehandlung vor. Ähnlich ist der Anwendungsbereich des Nystatin (Moronal®), das aus prophylaktischen Gründen bei länger dauernden Behandlungen mit Antibiotika, Zytostatika und Kortikoiden mit diesen kombiniert werden kann. Nystatin ist das Mittel der Wahl bei Candida-bedingten Vulvovaginitiden und Balanopostitis. Ein in seiner spezifischen fungistatischen und fungiziden Wirkung gegenüber den Systemmykosen und den Candidaerregern bisher nicht erreichtes Präparat ist das Amphotericin B. Leider ist seine Verträglichkeit nicht so gut wie die des Nystatins. Deshalb wird insbesondere bei intravenöser Gabe eine einschleichende Dosierung empfohlen. Amphotericin B hat sich besonders bewährt zur Behandlung bei Kryptokokkose, Histoplasmose, Blastomykose und Aspergillose.

NEU von Bayer

Dreierkombination zur Hochdrucktherapie.

Caprinol Bayer

Der sanft regulierende Hochdrucksenker



Caprinol® Bayer zur erfolgreichen Hochdrucktherapie

- **Blutdrucksenkung: zuverlässig**
- **Anpassungsfähigkeit des Kreislaufs: erhalten**
- **Verträglichkeit: gut**
- **Anwendung: problemlos**

Zusammensetzung

Jedes Dragee enthält:
0,1 mg Reserpin, 125 mg *l*-3-(3,4-Dihydroxyphenyl)-2-methylalanin (Methyldopa), 10 mg N-(4'-Chlor-3'-sulfamoyl-benzolsulfonyl)-N-methyl-2-aminomethyl-2-methyl-tetrahydrofuran (Mefrusid)

Indikationen

Alle Formen der Hypertonie.

Dosierung

Die Dosierung besteht im allgemeinen aus einem Dragee pro Tag. In besonderen Fällen kann die Dosierung bis zu 3mal täglich ein Dragee betragen.

Verträglichkeit und Begleitwirkungen

Caprinol hat eine sehr gute Verträglichkeit. Beginn der Behandlung kommt es bei einem T der Patienten zu einer gewissen Sedierung, die je nach Dosis – das Reaktionsvermögen vorüb gehend einschränken kann (Verkehrs- tüchtigkeit). Gastrointestinale Sympto Mundtrockenheit, Schwellungen der Nasenschleimhaut und kurz anhalt orthostatische Beschwerden kön gelegentlich auftreten.

Kontreindiketionen

Erwiesene Sulfonamidüberempfindlichkeit ausgeprägte nephrogene Ausscheidungsstöru gen, schwere Hypokaliämie, Coma hepaticum. In einzelnen Fällen können Reserpin enthaltend Arzneimittel, die der Mutter bis kurz vor Wehe beginn gegeben werden, bei Neugeborenen z Schwellungen der Nasenschleimhaut, Atem- störungen, Hypersekretion der Bronchial- schleimheut sowie zu Somnolenz führen. Des- halb soll Caprinol – wie alle Reserpin enthalte den Präparate – in den letzten 2 –3 Schwange schaftswochen nicht eingesetzt werden.

Zur Beechtung

Möglichst 1 – 2 Wochen vor einer Narkose soll Caprinol, wie alle Antihypertonika, abgesetzt werden.
Wegen der saluretischen Komponente sollen Patienten mit Hypokaliämie, Diabetes mellitus und Gicht sorgfältig überwacht werden.

Handelsformen

20 Dragees 6,95 DM
50 Dragees 15,90 DM

Weitere Informationen über Caprinol geben wir Ihnen gern.

BAYER

Caprinol: Synthese optimaler Wirkung und Verträglichkei
Bayer

Professor Dr. E. NAEGELE, Lahr:

„Fortschritte der Röntgendiagnostik bei entzündlichen Dickdarmerkrankungen"

Bei entzündlichen Dickdarmerkrankungen ergänzen sich Röntgenuntersuchung, Endoskopie, Schleimhautbiopsie mit histologischer Untersuchung sowie die Stuhluntersuchung bei der Suche nach der Diagnose hervorragend. Die Röntgenuntersuchung ist besonders geeignet, um Lokalisation, Ausdehnung und Schweregrad des Krenkheitsprozesses zu erfassen und als Verlaufskontrolle zu dienen. Folgende Methoden stehen hierbei zur Verfügung:

1. Die Leeraufnahme, vor allem bei der akut fulminanten Colitis ulcerosa, bei der jede Kontrastmittelanwendung und erst recht jede Luftaufblähung des Darmes wegen Perforationsgefahr streng kontraindiziert ist.
2. Die orale Kontrastmittelgabe mit Kolondarstellung ist die wichtigste Methode bei den Darmerkrankungen, die sowohl im Dünndarm als auch im Dickdarm lokalisiert sind (Morbus CROHN, Tuberkulose und Pseudotuberkulose).
3. Der Kolonkontrasteinlauf mit Prallfüllung und Schleimhautaufnahmen, besonders bei der frischen Kolitis, sofern es sich nicht um die fulminante Form handelt.
4. Bei allen übrigen Dickdarmuntersuchungen wird heute vorrangig die voll ausgereifte Doppelkontrastmethode angewendet.
5. Die Angiographie als Sonderuntersuchung (z. B. zur Lokalisation schwerer Darmblutungen).

Bei den entzündlichen Dickdarmerkrankungen steht heute nicht mehr die Colitis ulcerosa, sondern der Morbus CROHN an erster Stelle. Bei diesem werden, je nach Lokalisation, drei Erscheinungsformen unterschieden:

1. Der Morbus CROHN der oberen Abschnitte des Magendarmkanals.
2. Der sogenannte „Feld-, Wald- und Wiesen"-CROHN als weitaus häufigste Form mit Befall der letzten Ileumschlinge und mit Übergreifen auf das Zökum und Colon ascendens (= „ileozökale Form").
3. Die granulomatöse Ileokolitis oder Kolitis mit Bevorzugung auch mehrerer Kolonsegmente.

Differentialdiagnostisch unter Umständen schwierig abgrenzbar gegenüber der ileozökalen Form des Morbus CROHN ist bei oft täuschend ähnlichem Röntgenbild die Dermtuberkulose, die allerdings zahlenmäßig stark zurückgegangen ist. Sicher zu selten diagnostiziert wird auch heute noch die Pseudotuberkulose. Charakteristisch sind Impressionen der Darmwand durch Lymphknotenpakete und Schleimhautveränderungen im terminalen Ileum mit ausgedehnten ileozökalen Adhäsionen.

Die infektösen Kolitiden bedürfen aus begreiflichen Gründen nur selten der Röntgenuntersuchung, und hierbei findet sich dann oft ein der Colitis ulcerosa vergleichbares Bild, so daß Differenzierungen, z. B. zwischen Amöbenruhr und Colitis ulcerosa nicht möglich sind.

Die Colitis ulcerose stellt die schwerste der Dickdarmentzündungen dar. Die zu erhebenden Röntgenbefunde sind hierbei außerordentlich vielgestaltig und machen eine Differenzierung der anzuwendenden Röntgentechnik erforderlich.

1. Bei der akut fulminanten Kolitis mit toxischem Megakolon kommt nur eine Leeraufnahme in Frage. Bei dieser ergeben sich sehr charakteristische Veränderungen mit vermehrtem Gasgehalt, besonders im Colon transversum, und mit Doppelkonturen, von denen die innere grob unregelmäßig angeordnet ist.
2. Bei der frischen, aber nicht fulminanten Colitis ulcerosa wird der Kolonkontrasteinlauf meist als Prallfüllung mit Schleimhautaufnahmen im Sinne der Hamburger Schule durchgeführt, da hiermit die wohl klarsten Befunde zu erzielen sind.
3. Für alle übrigen Formen der Colitis ulcerosa (chronisch kontinuierliche und chronisch rezidivierende Formen) ist die Doppelkontrasttechnik Methode der Wahl. Sie ist um so überlegener, je mehr die pseudopolypösen Proliferationen oder Engstellungen des Dickdarmes im Vordergrund stehen, ganz besonders bei Verdacht auf maligne Entartung.

Professor Dr. K. MÜLLER-WIELAND, Hamburg:

„Der heutige Stand von Klinik und Therapie der Kolitiden"

Bei nach wie vor ungeklärter Pathogenese und häufig sehr ähnlichem Erscheinungsbild ist zwischen der idiopathischen, chronischen, ulzerösen Kolitis und der Colitis granulomatosa (Colitis regionalis CROHN) zu unterscheiden. In den meisten Fällen ist klinisch, endoskopisch, radiologisch und pathologisch-anatomisch eine Differenzierung möglich. Nur etwa 10 % der Kolitis-Fälle lassen sich nicht klassifizieren.

Während wir unter der ulzerösen Form eine idiopathische, primär diffuse, in der Regel vom Rektum proximalwärts fortschreitende Schleimhautentzündung des Dickdarmes verstehen, handelt es sich bei der Kolitis CROHN um eine transmurale, hyperplastische, hypertrophische, nicht verkäsende und narbenbildende Entzündung mit oder ohne Granulationsbildung. Sie neigt ausgesprochen zu Fistel- und Stenosenbildungen und lokalisiert sich meistens in umschriebenen Kolonabschnitten von wechselnder Ausdehnung, wobei das terminale Ileum in ungefähr 50 %, der Anus in 80 % befallen wird und das Rektum (im Gegensatz zur Colitis ulcerosa) oft frei bleibt. Die umschriebenen Läsionen werden meist durch Abschnitte weitgehend gesunder Schleimhaut getrennt und scharf begrenzt.

Anamnese, Befund und Verlauf der Colitis ulcerosa und Colitis granulomatosa weisen Ähnlichkeiten auf. Der Schweregrad der Symptomatik ist in der Regel

von der unterschiedlichen Ausdehnung des entzündlichen Prozesses abhängig. Die häufigsten Klagen sind Diarrhöen mit Blutabgängen. Bei der ulzerösen Form fehlen Schmerzen meist; kolikartige Schmerzattacken, Fieberschübe und Subileuszeichen sprechen mehr für die Kolitis CROHN. Bei ausgedehntem Befall und im akuten Schub sind entzündliche Allgemeinerscheinungen (Leukozytose, BKS-Beschleunigung, Verminderung der Albumin- und Vermehrung der Globulinfraktion in der Elektrophorese) bei beiden Krankheiten zu beobachten. Toxische Kolondilatation und karzinomatöse Entartung sprechen für eine Colitis ulcerosa.

Der rektoskopische Befund ist von besonderer Bedeutung, da 95 % aller Patienten mit einer Colitis ulcerosa einen typischen Schleimhautbefund im Rektum aufweisen, während die Kolitis CROHN diese Region meist unberührt läßt und dafür sehr häufig durch Veränderung der Analregion (Ödem und livide Verfärbung, flache aphthenartige, kaum dolente und oft multipel auftretende Ulzera mit unterminierten Rändern) in Verbindung mit Analfisteln zu erkennen ist.

Die überwiegende Erstmanifestation der Colitis ulcerosa liegt in der ersten Lebenshälfte, sie zeigt eine relativ geringe Letalität (meist infolge von Perforationen und toxischem Megakolon), aber eine hochgradige Rückfalltendenz und bei langjährigem Bestehen eine Neigung zur malignen Entartung. Bei der Colitis granulomatosa liegt die Erstmanifestation meist in der zweiten Lebenshälfte, die Verläufe sind schwer, die Rezidivneigung geringer und die maligne Entartung ausgesprochen selten.

Der Verlauf der Colitis ulcerosa hängt von einem Prozeß ab, der die Chronizität der Erkrankung unterhält. Rezidivneigung und Remissionsstabilität werden von einem Faktor beeinflußt, der von Ausdehnung und Intensität der entzündlichen Reaktion in der Kolitisschleimhaut unabhängig ist. Klinische und biologische Beobachtungen weisen darauf hin, daß immunpathologische Prozesse pathogenetisch beteiligt sind. Häufig wird eine Kombination der Erkrankung mit Arthritis, Uveitis, Erythema nodosum oder Pyoderma gangraenosum beobachtet. Bei 10 bis 20 % der Kranken lassen sich antinukleäre Faktoren nachweisen. Der Anteil IgG unter den Immunglobulinen bei Colitis ulcerosa ist erhöht und 5 % der peripheren Lymphozyten weisen eine spezifische Bindung an Kolonprotein auf.

Besserung des entzündlichen Prozesses und Rezidivprophylaxe sind bei beiden Kolitisformen die ersten Ziele der Therapie. Hierfür hat sich der Einsatz des Azulfidine® bewährt. Die medikamentösen Maßnahmen sollten durch eine Psychotherapie ergänzt werden, da vorwiegend sensitive, emotionell labile Individuen betroffen sind und hartnäckige unangenehme und unberechenbare Krankheitsverläufe auch zu sekundären Neurosen führen können. Darüber hinaus rechtfertigen die immunpathogenetischen Zusammenhänge bei ausgedehntem Kolonbefall, Erstmanifestation oder Rezidiv trotz langfristiger konventioneller Therapie sowie klinisch schwerwiegender Verlauf mit hohem Risiko einen immunsuppressiven Behandlungsversuch mit Azathioprin (Imurec®). Empfohlen wird eine Dosierung von 5 mg Azathioprin pro kg Körpergewicht und gleichzeitig 1,5 bis 2 mg Prednisolon pro kg Körpergewicht. Die Steroiddosis sollte langsam reduziert und nach vier bis sechs Wochen abgesetzt werden. Die Erhaltungsdosis des Azathioprin beträgt sechs bis acht Wochen lang 2 bis 3 mg pro kg Körpergewicht. Unter dieser Behandlung scheint sich die Remissionsstabilität zu bessern; die Erfolge sind derzeit statistisch jedoch noch nicht zu belegen. Läßt sich der Erkrankungsverlauf durch die vorgenannten Therapieverfahren jedoch nicht soweit beeinflussen, daß der Kranke in die Familie und an den Arbeitsplatz ohne wesentliche Beeinträchtigung zurückkehren kann, dann erscheint nach wie vor die chirurgische Behandlung – unter Umständen mit Proktokolektomie – angezeigt.

Privatdozent Dr. K. WIRTH, Gießen:

„Pseudotuberkulose – eine seltene Dünndarmerkrankung?"

In den letzten Jahren gewinnen Infektionen mit Yersinia (Pasteurella) pseudotuberculosis und Yersinia enterocolitica zunehmendes Interesse. Trotzdem haben diese Krankheitsbilder kaum Eingang in die gängigen internistischen Lehrbücher gefunden. Die Pseudotuberkulose ist bei Tieren schon sehr lange bekannt, wurde bei Menschen jedoch erst 1953 von MASSHOFF beschrieben.

Die Yersinia (Pasteurella) pseudotuberculosis ist ein gramnegatives, pleomorphes Stäbchen, das keine Sporen bildet und bei Zimmertemperatur beweglich ist. Serologisch werden fünf spezifische 0-Gruppen unterschieden, von denen zwei Antigenverwandtschaft zu Salmonellen aufweisen. Der Infektionsmodus für den Menschen ist noch nicht restlos geklärt. Bei weltweiter Verbreitung unter Tieren und der Identität der bei Mensch und Tier gefundenen Stämme bestehen kaum Zweifel an einem Zusammenhang zwischen tierischen und menschlichen Infektionen. Neben direkten Kontaktinfektionen ist auch eine Übertragung durch Genuß verunreinigter Nahrungsmittel oder kontaminierten Wassers möglich.

Ähnlich verbreitet wie die Pasteurella pseudotuberculosis ist in der Tierwelt die Yersinia enterocolitica, wobei eine besondere Infektionshäufung bei Chinchilla auffällt. Morphologisch und kulturell sind sich beide Keime sehr ähnlich, bei der Yersinia enterocolitica wurden bisher acht Gruppen unterschieden. Auch bezüglich des Infektionsmodus beim Menschen bestehen noch Unklarheiten.

Ähnlich undurchsichtig ist noch die Pathogenese bei beiden Erregerarten. Einerseits wird, wie bei der Tuberkulose, das Vorkommen eines Primärkomplexes

mit Veränderungen am terminalen Ileum und an der Appendix sowie sekundärer Lymphknotenbefall diskutiert. Andererseits spricht bei der Yersinia pseudotuberculosis-Infektion einiges für das Vorliegen einer zyklischen Infektionskrankheit ähnlich dem Typhus abdominalis. Hohe Antikörpertiter, schon bei den ersten Krankheitserscheinungen, weisen auf eine längere Inkubationszeit hin. Demgegenüber steigen bei Yersinia enterocolitica-Infekten die Antikörpertiter erst nach sieben bis zwölf Krankheitstagen deutlich an. Histologisch werden bei diesem Erreger auch spezifische Lymphknotenveränderungen, wie sie typisch für die Yersinia pseudotuberculosis-Keime sind, vermißt. Klinisch lassen sich die durch beide Erregergruppen ausgelösten Erkrankungen nicht sicher trennen. Folgende Verlaufsformen werden unterschieden:

1. Die sehr seltene septische typhöse Form mit Fieberschüben, Schüttelfrost, Kopf-, Glieder- und Gelenkschmerzen, zu denen Diarrhöen oder auch Obstipationen sowie nicht selten schmerzhafte Leber- und Milzvergrößerungen und ein leichter Ikterus treten können. Unbehandelt verläuft diese Erkrankung oft tödlich; zwischen dem zehnten und zwanzigsten Tag ist ein Koma zu befürchten.
2. Die sehr viel häufigere und überwiegend gutartig verlaufende pseudoappendizitische Form wird meist als akute oder auch chronische Appendizitis verkannt und operiert. Erst das Weiterbestehen der Symptomatik mit Schmerzen im rechten Unterbauch oder eine bei der Operation beobachtete stärkere Lymphknotenschwellung wird an das Vorliegen einer Pseudotuberkulose denken lassen.
3. Nicht selten verbunden mit der pseudoappendizitischen Form ist eine enteritische Komponente, die dann unter dem Bild einer akuten oder subakuten Enteritis verläuft, und bei der meistens das terminale Ileum in den Entzündungsprozeß mit einbezogen ist. Bei beiden Erregern wird die relativ häufige Kombination der Erkrankung mit einem Erythema nodosum beobachtet.

Beim septisch-typhösen Bild ist eine Unterscheidung der Yersinien-Infektionen nur durch Blutkultur oder Antikörpernachweis möglich. Aber auch die gutartigen Verlaufsformen führen meist nur durch Operationen (Appendektomien) und histologische Untersuchung exzidierter Lymphknoten zur Diagnose. Auch eine Keimzüchtung gelingt am ehesten aus den Lymphknoten, selten aus dem Stuhl. Wegen der Problematik bei der Antikörpertiter-Bestimmung (bei der Yersinia pseudotuberculosis zum Teil mit Salmonellen verwechselbar; bei der Yersinia enterocolitica-Infektion erst relativ später Antikörpertiter-Anstieg) verfügen nur wenige Laboratorien über entsprechende Untersuchungsmöglichkeiten.

Beide Erreger sind gegen Tetracycline, Chloramphenicol und Streptomycin empfindlich. Diese Antibiotika gelten heute als Mittel der Wahl neben dem offenbar ebenfalls sehr gut wirksamen Colistin. Die unter dem Bild einer Appendizitis operierten Fälle bedürfen meistens keiner besonderen Therapie. Erst bei Fortbestehen heftiger Beschwerden mit rezidivierenden Temperaturschüben wird eine Behandlung mit den genannten Antibiotika empfohlen.

Professor Dr. B. FROSCH, Augsburg:

„Zur Klinik und Therapie der Mal-Assimilationssyndrome"

Eine gestörte Nahrungsausnutzung, eine Malassimilation, kann einmal durch Störungen der intraluminären Digestion, der Maldigestion, und andererseits durch Störungen des Mukosatransportes, also durch Malabsorption, verursacht werden. Die klinischen Folgeerscheinungen der Malassimilation sind vielgestaltig. Als konstantes Symptom ist (außer bei dem Disaccharidasemangel) die Steatorrhoe zu beobachten. Daneben können wässerige oder breiige, voluminöse, übelriechende häufige Stuhlentleerungen, abdominelle Krämpfe, Meteorismus und Flatulenz, Gewichtsverlust sowie Eiweiß- und Vitaminmangelerscheinungen, Exsikkose und Elektrolytverluste treten. Die Ausprägung dieser Erscheinungen ist von der Art, Dauer und Ausdehnung des Grundleidens abhängig. Zur Beurteilung der vermehrten Fettausscheidung im Stuhl ist dessen quantitative Bestimmung am wichtigsten. Eine Tagesausscheidung von mehr als 7 g Fett gilt als pathologisch, wenn die tägliche Zufuhr zwischen 60 und 150 g beträgt.

Unter dem Begriff der **Maldigestion** werden insbesondere folgende Störungen zusammengefaßt:

1.

Die gastrogene Maldigestion wird besonders nach BILLROTH-II-Resektion beobachtet. Obwohl ein Mangel an proteolytischen Enzymen des Magens zum Teil vom Pankreas kompensiert werden kann, besteht bei etwa 60 % der Magenresezierten eine Steatorrhoe. Die Ursachen liegen in einer sekundären exkretorischen Pankreasinsuffizienz durch Wegfall der antralen Gastrinproduktion und Wegfall des Nahrungskontaktes der Duodenalschleimhaut durch Umgehung des Duodenums. Eine resultierende pankreatozibale Asynchronie kann dazu führen, daß es erst zu einer Saftausschüttung kommt, wenn die Speisen bereits durch die Gastroenteroanastomose in das Jejunum übergetreten sind.

2.

Die pankreatogene Maldigestion im engeren Sinne ist Folge eines Verlustes der Enzymaktivität bei Parenchymumbau oder einer mechanischen Abflußbehinderung. Hauptsymptome sind voluminöse, breiige, schaumige, übelriechende Fettstühle. Während die exkretorische Pankreasinsuffizienz kaum zu Assimilationsstörungen der Kohlenhydrate führt (Kompensation der fehlenden Pankreasamylase durch Speichelamylase; Stärkehydrolyse im Jejunum auch bei stark erniedrigten Amylaseaktivitäten) und auch der

Abbau der Proteine durch Fehlen der proteolytischen Pankreasfermente wenigstens teilweise kompensiert werden kann, wird die Lipiddigestion am meisten beeinträchtigt. Deshalb kommt dem Lipasegehalt von Substitutionspräparaten bei der Behandlung die entscheidende Bedeutung zu. Bessert sich die Steatorrhoe trotz ausreichender Fermentsubstitution nicht, so wird die zusätzliche Gabe von Natriumbikarbonat empfohlen, da bekanntlich die Pankreasfermente ihr Wirkungsoptimum im alkalischen Bereich entfalten. Als diätetische Maßnahme bietet sich die Umstellung der Fettzufuhr auf mittelkettige Triglyceride mit einer Kettenlänge von 8 bis 12 C-Atomen an, da diese auch bei herabgesetzter Lipaseproduktion hydrolysiert und zum Teil auch ohne vorherige Spaltung durch das Dünndarmepithel aufgenommen werden können. Zur Kompensation weiterer Mangelsymptome ist unter Umständen die Applikation von Eisen, Vitamin B_{12}, Vitamin D_3 und anderer fettlöslicher Vitamine sowie von Kalzium und Anabolika erforderlich.

3.

Auch bei intakter Lipasesekretion ist eine Maldigestion der Lipide möglich, und zwar durch Mangel an konjugierten Gallensäuren. Ihre Anwesenheit ist unerläßliche Voraussetzung der Lipolyse, da sie mit den Fettsäuren und Monoglyceriden sogenannte Mizellen bilden, die als Transportform nicht wasserlöslicher Fette dienen. Eine Störung der Triglycerid-Assimilation ist einmal bei einer Verminderung der zirkulierenden Gallensäurenmenge möglich, zum anderen bei einer vermehrten Dekonjugation der Gallensäuren im Dünndarm oder bei einem Abfall des pH-Wertes in den oberen Dünndarmabschnitten. Letzterer ist zu beobachten beim ZOLLINGER-ELLISON-Syndrom, bei dem eine Übersäuerung des Jejenums die Mizellenbildung verhindert.

4.

Bei der biliären Maldigestion wird die enterohepatisch zirkulierende Gallensäurenmenge infolge intra- oder extrahepatischer Cholostase vermindert. Besonders ausgeprägt ist die Steatorrhoe bei Patienten mit extrahepatischem Verschluß und primär biliärer Zirrhose. Eine Behandlung ist schwierig, da die Substitution humaner Gallensäuren aufgrund neuer Untersuchungen über die Feed-back-Kontrolle der Gallensäurensynthese die Gallensäurenneubildung noch weiter reduzieren kann. Deshalb sollte man eher einen Behandlungsversuch mit Pankreasfermenten und wiederum eine diätetische Umstellung auf mittelkettige Triglyceride unternehmen.

5.

Zu einem Gallensäurenverlustsyndrom (SICKINGER-Syndrom) kommt es bei einem durch Steigerung der Gallensäurensynthese nicht mehr kompensierbaren Abfall des enterohepatischen Gallensäurenpools nach Ileumresektion, Ileumausschaltung, bei Morbus CROHN und Schädigung durch Röntgenstrahlen. Die in den betroffenen Dünndarmanteilen nicht mehr resorbierten Gallensäuren wirken im Kolon laxierend und führen unter Umständen zu Diarrhöen. Außerdem kommt es durch die nun im Dickdarm vermehrt bakteriell dekonjugierten Gallensäuren und deren Umwandlung in Oxalsäure zu einer vermehrten Oxalatsteinbildung in den ableitenden Harnwegen. Diese Hyperoxalaturie kann mit oraler Taurinzufuhr gebremst werden. Darüber hinaus ist die Behandlung des enteralen Verlustsyndroms jedoch schwierig. Die Substitution mit konjugierten Gallensäuren verringert zwar die Steatorrhoe, verstärkt jedoch die chologene Diarrhö. Bindet man die Gallensäuren irreversibel an Cholestyramin, kann man zwar die Diarrhoe beeinflussen, die Steatorrhoe jedoch verstärken. Die diätetische Umstellung auf mittelkettige Triglyceride ist auch hier am erfolgreichsten.

6.

Eine verfrühte bakterielle Dekonjugation der Gallensäuren bereits im Dünndarm wird bei Vorliegen einer pathologischen Dünndarmflora im Rahmen eines Syndroms der blinden Schlinge beobachtet. Hierbei kann eine Verminderung der konjugierten Gallensäuren unter die kritische mizellare Konzentration wiederum zu einer gestörten Lipolyse und zu Steatorrhöen führen. Die gesteigerte bakterielle Dekonjugation kann mit dem Isotopen-Atemtest nach FROMM und HOFFMANN nachgewiesen werden. Die Therapie erfolgt mit Tetracyclin- oder Chlortetracyclingaben, unter denen sich die Steatorrhoe in wenigen Tagen beseitigen läßt.

Noch vielseitiger als die Ursachen einer Maldigestion sind die der **Malabsorption:** Sie umfassen u. a. Enzymdefekte wie Disaccharidasenmangel, Schleimhautschäden bei Amyloidose, bei akuter und chronischer Enteritis, bei Morbus CROHN, bei der WHIPPLEschen Krankheit, nach Antibiotikatherapie, bei Sklerodermie, bei Parasitenbefall und nach Röntgenbehandlung. Die Diagnosestellung ist meist aus Anamnese, Klinik, Laborbefunden und Funktionstesten (z. B. dem d-Xylose-Absorptions- und SCHILLING-Test) möglich.

Der Disaccharidasenmangel ist eine Enzymopathie von großer praktischer Bedeutung, da etwa 60 % unseres täglichen Kalorienbedarfes mit Kohlenhydraten gedeckt wird. Bei Fehlen dieses Enzymes erfolgt keine Spaltung des entsprechenden Disaccharids im Bürstensaum der Mukosazellen, ein zu erwartender Blutzuckeranstieg bleibt aus. Das Disaccharid gelangt unverändert in den Dickdarm, wo es bakteriell zu organischen Säuren, vor allem zu Milch- und Essigsäure, abgebaut und in die Monosaccharide zerlegt wird. Die osmotische Wirkung der niedermolekularen Säuren führt zu einem Wassereinstrom in das Dickdarmlumen und in Verbindung mit einer irritierenden Wirkung auf die Colonschleimhaut zu den charakteristischen wässerigen Durchfällen.

Der Diagnosesicherung dient der Disaccharidase-Belastungstest mit 50 g des entsprechenden Disaccha-

magenverträgliche Rheumatherapie

bei muskulärer Verspannung des Bewegungsapparates und vegetativ-ängstlicher Symptomatik

Ostochont®

Dragées

steroidfreies, entspannendes, muskelrelaxierendes Antirheumatikum, Antiphlogistikum, Analgetikum

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: Propyphenazon 150 mg, o-Äthoxybenzamid 100 mg, Meprobamat 50 mg, Rutin 20 mg, Hesperidin 5 mg, Äsculin 1 mg.

Indikationen: Entzündlich und degenerativ rheumatische Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule und des übrigen Bewegungsapparates, vor allem solche, die mit einer vermehrten muskulären oder vegetativ-ängstlichen Verspannung einhergehen. Arthritis, Arthrose, Osteochondrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen, Zervikalsyndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Myogelose, Bursitis, Tendovaginitis, posttraumatische Entzündungs- und Schmerzzustände.

Kontraindikationen: Akute intermittierende Porphyrie.

Zur Beachtung: Der zuverlässig muskelrelaxierende Effekt von Ostochont basiert auf einer synergistischen Ergänzung der Einzeleffekte von o-Äthoxybenzamid und Meprobamat. Der Meprobamat-Anteil konnte dabei in Ostochont so bemessen werden, daß es bei vorschriftsmäßiger Anwendung weder zu Schläfrigkeit, noch zu einer Beeinflussung der Reaktionslage kommt; Alkoholgenuß sollte während der Einnahme von Ostochont allerdings gemieden werden.

Anwendung und Dosierung: Die Dosierung erfolgt individuell und richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung bzw. nach dem subjektiven Befinden des Patienten. Initial wird täglich 3- bis 4mal 1 Dragée gegeben. Nach Eintreten des Behandlungserfolgee wird diese Dosis auf täglich 1 bis 3 Dragées reduziert. — Bei akuten, schmerzhaften Erkrankungszuständen können initial täglich bis zu 4mal 2 Dragées verabfolgt werden.

Handelsformen und Preise:
Packung mit 20 Dragées DM 4,90 (lt. AT)
Packung mit 50 Dragées DM 9,45 (lt. AT)
Klinikpackung

Ostochont®

Salbe · Thermosalbe

mehr als nur einfache »Rheumasalben«

tiefenwirksame, heparinhaltige Perkutansalben; lindern Schmerzen, wärmen und heilen

Zusammensetzung: 100 g Salbe enthält: Heparin 5000 I. E., Äthylenglycolmonosalicylsäureester 5,0 g, Pyridin-3-carbonsäurebenzylester 0,125 g (Thermosalbe 2,5 g).

Indikationen: Entzündlich und degenerativ rheumatische Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule und des übrigen Bewegungsapparates. Arthritis, Arthrosa, Osteochondrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen, Zervikalsyndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Myogelose, Bursitis, Tendovaginitis, Sport- und Unfallverletzungsfolgen (Hämatome, Prellungen, Zerrungen), orthopädische und chiropraktische Maßnahmen (Ostochont Thermosalbe: zur zusätzlichen starken Hyperämisierung).

Kontraindikationen sind nicht bekannt.

Anwendung und Dosierung: Es empfiehlt sich, täglich mehrmals einen Salbenstreg von etwa 5 cm Länge in die Haut über dem Erkrankungsbereich einzureiben oder leicht einzumassieren. Die hohe antirheumatische Wirksamkeit der Salbe und ihre durchblutungsfördernden Eigenschaften lassen sich durch eine wärmende Wolllauflage oder durch Anwendung eines Heizkissens weiter verbessern.

Besonderer Hinweis: Ostochont Salbe soll nicht in die Augen, auf Schleimhäute oder in offene Wunden gebracht werden.

Handelsformen und Preise:
von Ostochont Salbe und Ostochont Thermosalbe
Tube mit 20 g Salbe DM 3,20 (lt. AT)
Tube mit 50 g Salbe DM 8,15 (lt. AT)

ADENYL-CHEMIE **ADENYLCHEMIE - Fortschritt und Erfahrung**

A 313/0

rids, nach dem im Krankheitsfall die typischen Diarrhöen und eine flache Blutzuckerkurve zu beobachten sind. Beim Erwachsenen hat die erworbene Laktose-Malabsorption die größte Bedeutung. Hierbei handelt es sich um eine Milchunverträglichkeit, die auf einer selektiven Erniedrigung der Laktase-Aktivität der Dünndarmmukosa beruht. Toleriert werden dagegen Yoghurt, Butter und Käse, die entweder keine oder nur Spuren von Laktose enthalten.

Privatdozent Dr. KAESS, Heidelberg:

„Neuere Befunde zur Entstehung und Therapie der Gallensteine"

Für eine litholytische Gallensteintherapie besteht nach vielen Irrwegen und unkritischen Versuchen nunmehr eine Hoffnung, die in Zusammenhang mit neuen Erkenntnissen über die Entstehung der Gallensteine steht. Die Gallensteinbildung kann in drei Phasen eingeteilt werden.

1. Die Übersättigung der Galle mit Cholesterin oder Bilirubin und mit Ausbildung von Mikrokristallen,
2. Präzipitation durch Wachstum oder Agglomeration der Mikrokristalle und
3. makroskopische Steinbildung in einer organischen Matrix.

Die wasserunlöslichen Substanzen Bilirubin und Cholesterin werden in der Leber in eine wasserlösliche Form gebracht und mit der Galle ausgeschieden. Dies geschieht für das Bilirubin durch Veresterung mit Glukoronsäure und für Cholesterin durch die besonderen physikalischen Eigenschaften der Gallensäuren. Die Dekonjugation des Bilirubins unter Anwesenheit bestimmter Bakterien und die Änderung der Löslichkeitsfähigkeit der Galle für Cholesterin bilden die Voraussetzung für die Entwicklung der Lithiasis. So finden sich Bilirubinsteine vermehrt im Ductus choledochus häufig in Entwicklungsländern mit einem hohen Grad von parasitärer und bakterieller Durchseuchung der Gallenwege. Cholesterinsteine sind demgegenüber meist in der Gallenblase lokalisiert und werden gehäuft in hochzivilisierten Ländern beobachtet.

Der Transport von Cholesterin ist an das Vorhandensein von konjugierten Gallensäuren und Lecithin gebunden. Gallensäuren haben die Fähigkeit, oberhalb einer kritischen Konzentration polymolekülare Komplexe (Mizellen) zu bilden, die mit den freien Molekülen in dauerndem Austausch stehen. Durch Zusatz von Lecithin wird die Löslichkeit der Mizellen für Cholesterin beträchtlich erhöht. Diese gemischten Mizellen sind in der Galle zu 75 bis 90 % mit Cholesterin gesättigt, so daß schon geringe Änderungen der Zusammensetzung zu einer Cholesterinübersättigung und -auskristallisation führen. Sowohl die Leber-Galle als auch die Gallenblasen-Galle von Patienten mit Cholesterinsteinen weisen einen Cholesteringehalt auf, der jenseits oder am Rande der mizellaren Löslichkeit liegt. Die Ursachen hierfür können in einer Vermehrung der Cholesterinausscheidung und in einer Verminderung der Sekretion von Gallensäuren und/oder Phospholipiden liegen.

In der Leber entstehen aus Cholesterin bzw. Cholesterinestern zwei primäre Gallensäuren, die Cholsäure und Chendesoxycholsäure, die mit Glykokoll und Thaurin konjugiert sind. Diese primären Gallensäuren gelangen über die Gallenwege in den Darm, werden zu 70 % im distalen Ileum rückresorbiert und verbleiben somit im sogenannten enterohepatischen Kreislauf. Etwa 15 % der Gallensäuren werden durch bakterielle Enzyme dekonjugiert, trotzdem rückresorbiert, in der Leber erneut konjugiert und damit dem enterohepatischen Kreislauf zugeführt. Die bis in das Kolon gelangenden Gallensäuren hemmen dort die Rückresorption von Wasser und Elektrolyten und üben somit eine laxierende Wirkung aus. Nur ein kleiner Teil der Gallensäuren wird zu den sogenannten sekundären Gallensäuren abgebaut: Es entstehen Desoxycholsäure und Lithocholsäure. Diese werden entweder mit dem Stuhl ausgeschieden oder im Darm rückresorbiert. Während sich die Lithocholsäure im Tierexperiment als lebertoxisch erwies, konnte beim Menschen bisher keine pathophysiologische Bedeutung nachgewiesen werden. Die im enterohepatischen Kreislauf zirkulierenden Gallensäuren werden als Gallensäurenpool bezeichnet. Bei Vorliegen eines Gallensäurenverlustsyndromes (vgl. Referat von Professor Dr. FROSCH — S. 363 ff) reicht die Syntheseleistung der Leber nicht aus, um eine Verminderung des Gallensäurenpools und damit eine Abnahme der Löslichkeit der Galle für Cholesterin zu verhindern. Deshalb werden bei derartigen Patienten auch gehäuft Gallensteine nachgewiesen. Bei Gallensteinträgern ohne Zeichen einer Malabsorption für Gallensäuren dürfte die Ursache vorwiegend in einer verminderten Gallensäurensekretion in der Leber liegen. Diese insuffiziente Gallensäurensynthese ist um so nachteiliger, je mehr sie mit einer verminderten Lecithinsekretion verknüpft ist.

Die verminderte Löslichkeit der Galle für Cholesterin infolge eines reduzierten Gallensäurenpools bildete den Ausgangspunkt für die therapeutischen Bemühungen zur Verhinderung und Auflösung von Gallensteinen. Unter Zufuhr der zu einer signifikanten Erhöhung der mizellaren Löslichkeit des Cholesterins führenden Chendesoxycholsäure ließ sich in letzter Zeit an der Mayo Clinic in den USA bei sechs Patienten nach sechs- bis neunmonatiger Behandlung eine signifikante Abnahme des Cholesterinsteindurchmessers feststellen. Diese Ergebnisse werden jetzt bei einer größeren Zahl von Gallensteinträgern verschiedenenorts erhärtet. Nebenwirkungen beschränken sich auf gelegentliche Diarrhöen; Zeichen einer Leberschädigung oder eine Erhöhung des Serumcholesterinspiegels wurden bisher nicht beobachtet. Trotzdem sind die Auswirkungen einer solchen Behandlung auf den Cholesterinstoffwechsel noch nicht endgültig zu beurteilen.

Referent des 1. Tages:
Dr. A. Paetzke, Nürnberg

Professor Dr. med. Theodor Hellbrügge mit der Theodor-Heuss-Medaille ausgezeichnet

Für seine beispielhafte und aufopfernde Tätigkeit wurde Professor Dr. HELLBRÜGGE als Initiator und Leiter der „Aktion Sonnenschein — Hilfe für das mehrfach behinderte Kind" die Theodor-Heuss-Medaille zuerkannt.

Die mannigfachen Initiativen, die Professor Hellbrügge seit vielen Jahren ergriffen und mit Mut und Zähigkeit erfolgreich vorangetrieben hat, stehen im Zeichen der Hilfe und Förderung für behinderte-, vor allem mehrfach behinderte Kinder, der Beratung und Ermutigung ihrer oft verzweifelten und erschöpften Eltern und eines gesellschaftspolitischen Engagements, das vor allem auf den Abbau von Vorurteilen und die frühe soziale Integration behinderter und gesunder Kinder abzielt.

Neben dem unermüdlichen Wirken des Leiters und seiner Mitarbeiter ist es der Unterstützung der Eltern und einer aufgeschlossenen Öffentlichkeit zu verdanken, daß dieses Modell, das Tausenden von Kindern Hilfe und Hoffnungen verheißt, existieren kann und dabei ist, seine Tätigkeit weiter auszubauen, beispielsweise hinsichtlich der Hilfe auch für elternlose behinderte Kinder und der Vorbereitung adoptionswilliger Eltern.

Dieses Beispiel, das Professor Hellbrügge zusammen mit seinen Mitarbeitern, Förderern und Helfern und nicht zuletzt mit seiner aktiven Elternschaft gegeben hat, verdient im Sinne der Satzung der Stiftung Theodor-Heuss-Preis e. V. Dank, öffentliche Anerkennung und Ermutigung.

Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft für Assessor Janssen

In der öffentlichen Vortragsveranstaltung, die aus Anlaß des 25jährigen Bestehens des Marburger Bundes im Kölner Ärztehaus stattfand, wurde Heinz-Joachim JANSSEN, Direktor der Winterthur Versicherung, das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft durch den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. FROMM, überreicht.

Mit dieser Auszeichnung ehrt die deutsche Ärzteschaft einen Mann, der in der Winterthur seit 1948 zunächst in Zusammenarbeit mit dem Marburger Bund eine Haftpflicht- und Unfallversicherung für angestellte Ärzte und danach auch für alle übrigen berufstätigen Ärzte aufgebaut hat. Mit der Bayerischen Landesärztekammer verbindet Assessor Janssen insbesondere der Kollektiv-Unfallversicherungsvertrag für die in den Organen der Berufsvertretung tätigen Ärzte.

bisuc®
Magentabletten

bismutum SUCcus-
Magentherapie in moderner Konzeption

- Rasche Schmerzbefreiung durch nachhaltige Säurebindung
- Maximale Pepsin-Inaktivierung
- Intensiver Schleimhautschutz

1 Tablette enthält:

Bismut. aluminic.	200 mg
Succus Liquiritiae	300 mg
Magnes. carbonic.	400 mg
Natr. bicarbonic.	200 mg
Cortex Frangulae	25 mg
Fructus Foeniculi	10 mg

Dosierung:
3 x täglich 1-2 Tabletten zerkleinert nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einnehmen

OP. mit Tabl. Nr. XXIV	DM 3,75
OP. mit Tabl. Nr. XLVIII	DM 6,50
OP. mit Tabl. Nr. CXX	DM 15,25

Kontraindikationen:
Bei der angegebenen Dosierung nicht bekannt

bisuc®
Magen-tabletten
Schmerzstillendes Heilmittel: schnelle, nachhaltige Wirkung bei Gastritis, Sodbrennen, Ulcus ventriculi und duodeni.

Trommsdorff
H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik · Aachen

®Adelphan-Esidrix

bei allen Formen und nahezu allen Stadien primärer und sekundärer Hypertonie

®Elfanex

besonders bei herzkranken Hochdruckpatienten und in allen Fällen, bei denen eine Kaliumverarmung nicht auszuschließen ist

C I B A

Adelphan-Esidrix

Zusammensetzung:
0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin + 10 mg Hydrochlorothiazid pro Tablette

Dosierung:
Behandlungsbeginn im allgemeinen mit 2–3mal 1 Tablette pro Tag. Zur Dauerbehandlung genügen gewöhnlich 1–2 Tabletten pro Tag.

Zu beachten:
Während der Behandlung mit Adelphan-Esidrix kann, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, das Reaktionsvermögen – z. B. im Straßenverkehr – beeinflußt werden.

Bei Patienten mit latentem oder manifestem Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoffwechsel zu überwachen.

Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel überwacht werden, gegebenenfalls ist die Gabe von Urikosurika erforderlich.

Lassen Begleiterkrankungen oder Zweitmedikationen eine vermehrte Kaliumausscheidung vermuten, wird die Verordnung von Elfanex empfohlen. Bei stärkeren Kaliummangelzuständen ist eine medikamentöse Substitutionsbehandlung mit einem Kaliumpräparat erforderlich.

Handelsformen und Preise:
Tabletten 20 Stück DM 4,85
50 Stück DM 11,20
Anstaltspackungen

Elfanex

Zusammensetzung:
0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin + 10 mg Hydrochlorothiazid + 300 mg Kaliumchlorid retard pro Dragée

Dosierung:
Durchschnittlich 1–2 Dragées täglich. Falls erforderlich, kann die Dosis vorübergehend erhöht werden, bis der Blutdruck auf den gewünschten Wert gesenkt ist. Erhaltungsdosis 1–2 Dragées täglich. Dragées nach den Mahlzeiten einnehmen.

Zu beachten:
Während der Behandlung mit Elfanex kann, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, das Reaktionsvermögen – z. B. im Straßenverkehr – beeinflußt werden.

Bei Patienten mit latentem oder manifestem Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoffwechsel zu überwachen.

Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel überwacht werden, gegebenenfalls ist die Gabe von Urikosurika erforderlich.

Sollten trotz der Behandlung mit Elfanex stärkere Kaliummangelzustände auftreten, ist eine zusätzliche medikamentöse Substitutionsbehandlung mit einem Kaliumpräparat erforderlich.

Handelsformen und Preise:
Dragées 20 Stück DM 5,15
50 Stück DM 11,95
Anstaltspackungen

1731

Als anerkannter Fachmann im Versicherungswesen in allgemeinen wie auch in einzelnen Fragen aus dem Bereich der Haftpflicht- und Unfallversicherung unterstützt und berät er die ärztliche Berufsvertretung wie auch den einzelnen Arzt nun schon seit 25 Jahren. Mit dem Ehrenzeichen sollen die großen Verdienste dieses Mannes um die deutsche Ärzteschaft gewürdigt werden.

Städteplaner erschweren Notfalldienst

Ärzte sind keine Detektive – Appell an Minister Vogel

Schwer- und akutkranke Menschen brauchten weniger zu leiden, wenn der Notfallarzt schneller zur Stelle wäre. Allzuoft müssen Ärzte besonders nachts mit dem Scharfsinn eines Detektivs Haus und Wohnung der Patienten ausfindig machen, weil Straßenschilder und Hausnummern fehlen, versteckt angebracht sind oder es mit der Beleuchtung hapert. Darauf machen der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) und die Deutsche Gesellschaft für Wohnungsmedizin in einem Schreiben an den Deutschen Städtetag und Bundesstädtebauminister, Dr. Hans-Jochen VOGEL, aufmerksam.

Um die Orientierung und den Krankentransport zu erleichtern, schlagen die Ärzte vor:

Reflektierende Straßenschilder und Hausnummern-Tafeln an Straßenecken; auch vom fahrenden Auto muß man nachts Hauseingänge ausfindig machen können, die nicht zur Straße liegen.

Einwandfreie Haustürbeleuchtung. Die Haustürlampe sollte im Idealfall mit Hilfe eines Stromunterbrechers von jeder Wohnung aus auf Blinklicht eingeschaltet werden können. So erkennen Arzt und Krankenwagenfahrer sofort, in welches Haus sie bestellt sind.

Stadtpläne, in denen der Verlauf der Einbahnstraßen und möglichst auch der Abbiegeverbote markiert ist.

Für den Krankentransport geeignete Fahrstühle.

Geradezu katastrophal ist die Orientierung oft in Neubau-Siedlungen. Um den Spürsinn der Ärzte nicht auf immer neue Proben zu stellen, schlagen sie vor:

Stadtplan-Tafeln an markanten Stellen; oft wissen die Passanten nicht einmal die Namen ihrer Nachbarstraßen.

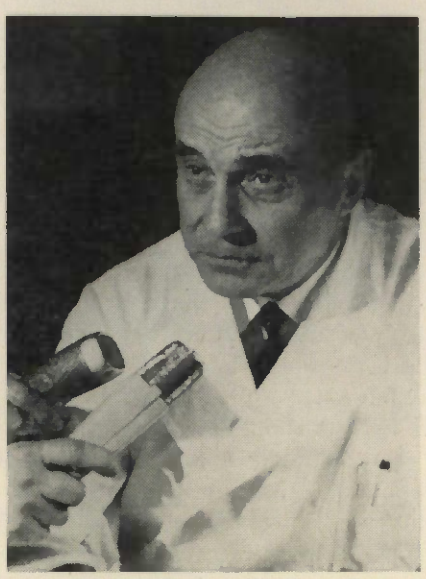
Angabe künftiger Straßen- und Hausnummern auf Bauzäunen und Häuserwänden.

Beschilderung der Ortsteilgrenzen.

Genügend öffentliche Telefonzellen, da private Telefonanschlüsse meist erst etliche Zeit nach dem Einzug in die neue Wohnung installiert werden. In dringenden Fällen muß jedoch der Mieter einen Draht zur Außenwelt haben.

Mit dem Leitbild des „Schöner wohnen" verträgt es sich nach Ansicht der freipraktizierenden Ärzte und Wohnungsmediziner offenbar nicht, Grenzsituationen im Leben der Bürger beim Städteplanen und Bauen gebührend zu berücksichtigen.

Personalia



Copyrigth by Bilderdienst Süddeutscher Verlag, München

Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Rudolf Zenker 70 Jahre

Am 24. Februar 1903 wurde Herr Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Rudolf ZENKER in München geboren, zusammen mit seinem Zwillingsbruder Carl, dem heutigen Chefarzt der Augenklinik Herzog Karl Theodor in München. Der Vater war der bekannte Augenarzt Dr. med. Heinrich Zenker, vormaliger Leiter der Herzog-Karl-Theodor-Klinik.

Rudolf Zenker studierte in München und Zürich Medizin, bestand 1928 in München sein Staatsexamen und promovierte hier 1930 bei Geheimrat Professor Dr. Max Borst. 1937 habilitierte sich Professor Zenker an der Medizinischen Fakultät in Heidelberg, wurde 1938 zum Dozenten für Chirurgie ernannt und 1943 zum apl. Professor. Im April 1951 übernahm Professor Zenker den Lehrstuhl für Chirurgie an der Universität Marburg/Lahn. Im Oktober 1958 folgte er dem Ruf seiner Heimatstadt. Seither ist er Ordinarius an der Universität und Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik München.

Professor Zenker ist ein in aller Welt anerkannter Chirurg und Wissenschaftler, der zahlreiche in- und ausländische Ehrungen erfahren hat.

1968 war Professor Zenker Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1969 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung, 1960 und 1971 Vorsitzender der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung. 1965/66 war er Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität München.

Das wissenschaftliche Werk von Professor Zenker ist außergewöhnlich vielseitig und umfangreich. Weit über 200 Originalarbeiten, Bücher, Handbuchbeiträge usw. stammen aus seiner Feder.

Obwohl Professor Zenker während seiner ganzen Schaffenszeit in allererster Linie Allgemeinchirurg war, unter besonderer Betonung der Bauch- und Thoraxchirurgie, erkannte er bereits in Mannheim die kommende Bedeutung der Chirurgie des Herzens. In Mannheim und später in Marburg führte er zahlreiche Eingriffe am Herzen, so wegen schwieliger Perikarditis, Mitralstenose, bei Ductus Botalli und Isthmusstenose, durch. Seit 1955 beschäftigte sich Professor Zenker mit seinem Team mit Problemen des extrakorporalen Kreislaufes. Als Ergebnis dieser umfangreichen wissenschaftlichen Arbeiten führte er am 19. Februar 1958 noch in Marburg die erste erfolgreiche Operation am offenen Herzen mit der Herz-Lungen-Maschine in Deutschland aus. Die Herzchirurgie wurde von ihm und seinen Mitarbeitern dann in München weiter ausgebaut, so daß heute dort eine (demnächst zwei) große selbständige Abteilung für Herzchirurgie besteht.

Professor Zenker gelang es, die Bedeutung des chirurgischen Lehrstuhls an der Universität München, der bereits unter seinen Vorgängern Sauerbruch, Lexer, Magnus und E. K. Frey höchstes Ansehen in der Welt genoß, weiter auszubauen, so daß die Chirurgische Universitätsklinik München heute zu den bedeutendsten chirurgischen Zentren in der Welt zählt. Aus der Schule von Professor Zenker stammen 10 Ordinarien, 32 Habilitierte und 54 Chefärzte im In- und Ausland.

Ganz besondere Verdienste hat sich Professor Zenker nach dem Krieg um die deutsche Medizin erworben durch die Wiederherstellung von Kontakten zur ausländischen Medizin und besonders zur Chirurgie. Seinem persönlichen Einsatz ist es in hohem Maße zu verdanken, daß die kriegsbedingte Isolierung der deutschen Medizin beseitigt werden konnte und heute wieder ein enger und freundschaftlicher Gedankenaustausch bzw. Zusammenarbeit mit der Medizin des Auslandes besteht – nicht nur mit der des Westens, sondern auch der des Ostens. Sein Wort, seine Erfahrung und sein Rat haben in aller Welt ein außerordentliches Gewicht.

Die Persönlichkeit Zenkers wäre nicht ausreichend gewürdigt, wenn seine Reformen in der medizinischen Struktur unerwähnt blieben. Seine überragende Persönlichkeit, seine Integrität, seine menschliche Wärme und Großzügigkeit und seine Gabe, die Notwendigkeit des Augenblicks und die Richtung für die Zukunft zu erkennen, machten es ihm möglich, Strukturänderungen einzuleiten, die heute vorbildlich sind. So löste er aus der Gesamtchirurgie eine Reihe von Fächern ab und machte sie unter Erhaltung einer sinnvollen Verbindung zur Allgemeinchirurgie selbständig. Auf seine Initiative geht zurück die Neuschaffung eines Ordinariats für Urologie, für Neurochirurgie, für Herzchirurgie, für Anästhesiologie und für Chirurgische For-

schung in München. Auch die Verselbständigung der schon vor seinem Wirken in München abgetrennten Kinderchirurgie wurde von ihm gefördert. In seiner eigenen Klinik entwickelte er unter vollem Erhalt seiner eigenen souveränen Stellung als Repräsentant der Gesamtchirurgie die Entwicklung von Spezialabteilungen, die sinnvoll in das Gesamtgefüge der Klinik integriert sind, so daß die runde chirurgische Ausbildung der jungen Mediziner nach wie vor gewährleistet blieb. Dabei wurde immer auch die individuelle Entwicklungsmöglichkeit und auch das materielle Interesse der Mitarbeiter in vollstem Maße berücksichtigt. Professor Zenker durchbrach dabei Tabus und schuf Regelungen, die für die Zukunft richtungweisend sind.

Auch seinen zahllosen Studenten wird der Lehrer Zenker in Erinnerung bleiben. Nicht nur, weil er seine medizinische Ausbildung immer auf die Praxis und den kranken Menschen orientierte, sondern weil er stets auch ein offenes Ohr für jeden jungen Menschen hatte, der sich an ihn wandte.

Erstaunlich ist es, daß Professor Zenker neben seiner immensen beruflichen Arbeit noch Zeit findet, sich der schöngeistigen Literatur und vor allem auch der Musik zu widmen, die er als Violin- und Bratschenspieler selbst praktiziert.

Professor Zenker ist somit ein Arzt, Wissenschaftler, Lehrer und Mensch, der gerade in unserer heutigen Zeit als richtungweisendes Vorbild gelten kann und dem jeder, der mit ihm zu tun hat, ein noch langes und gesundes Leben wünscht.

Professor Dr. F. Rueff, München

Dr. Max Zuchold zum ärztlichen Direktor ernannt

Der Staatssekretär im bayerischen Arbeits- und Sozialministerium, Dr. Wilhelm VORNDRAN, verabschiedete im Versorgungskrankenhaus Bayreuth in einer Feierstunde den bisherigen ärztlichen Direktor und Leiter der Chirurgischen Abteilung, Dr. Kurt SCHWÄDT, der in den Ruhestand tritt und führte als Nachfolger Medizinaldirektor Dr. Max ZUCHOLD in sein Amt ein, der die Querschnittgelähmtenabteilung des Krankenhauses weiterhin leitet.

Dr. Vorndran unterstrich die große überregionale Bedeutung dieses Rehabilitationszentrums im nordbayerischen Raum, das nunmehr auf 100 Betten ausgebaut wird, was einen Kostenaufwand von rund drei Millionen DM erfordere. Derartige Spezialeinrichtungen müßten im Hinblick auf die besonderen finanziellen Belastungen der Landkreise und Gemeinden ausnahmsweise vom Staat als Träger übernommen werden, um überhaupt realisiert werden zu können.

Das Versorgungskrankenhaus Bayreuth werde auch künftig in der Behandlung von Kriegsbeschädigten eine große Aufgabe zu erfüllen haben. r/W

Fakultät

Erlangen-Nürnberg

Privatdozent Dr. med. dent. Annette FLEISCHER-PETERS (Kieferorthopädie) wurde zum „ordentlichen Professor" ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor" wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Werner FISCHER (Physiologische Chemie);

Privetdozent Dr. med. Friedrich Carl SITZMANN (Kinderheilkunde).

apl. Professor Dr. med. Wendelin WALTER, Oberassistent an der Neurochirurgischen Klinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt" ernannt.

Zum „Obererzt" wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Hermann MEYTHALER, Akademischer Oberrat en der Augenklinik;

Privatdozent Dr. med. Ekkart GÉNEE, wiss. Assistent an der Augenklinik.

Zum „Privatdozent" wurden ernannt:

Dr. Erich GEBHART für „Humangenetik und Zytogenetik";

Dr. med. Stefan KUNZE für „Neurochirurgie".

Dr. med. Herbert GRIMM, Akademischer Oberrat en der Abteilung für Anästhesiologie an der Chirurgischen Klinik, wurde zum „Akademischen Direktor" ernannt.

Dr. med. dent. Peter LUDWIG, Akademischer Rat en der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkranke, wurde zum „Akademischen Oberrat" ernannt.

Dr. med. Dr. vet. Paul SCHWILLE, wiss. Assistent en der Chirurgischen Klinik, wurde zum „Akademischen Rat" ernannt.

München

Medizinische Fekultät der Universität

Privatdozent Dr. med. Peter KOLLE (Urologie) wurde zum „ordentlichen Professor" en der Medizinischen Hochschule Hannover ernannt.

Privatdozent Dr. med. Hans LÖWENECK, wiss. Assistent am Anatomischen Institut, wurde zum „Professor und Abteilungsvorsteher" ernannt.

Zum „Privetdozent" wurden ernannt:

Dr. med. Walter BRÜCKNER für „Chirurgie";

Dr. med. Heinrich HOLZGREVE für „Innere Medizin";

Dr. med. Joest MARTINIUS für „Neupädiatrie";

Professor Dr. med. Peter SACHTLEBEN für „Kinderheilkunde" (durch Umhabilitierung);

Professor Dr. med. Wilfried von STUDNITZ für „Klinische Chemie" (durch Umhabilitierung);

Dr. med. Edith ZERBIN-RÜDIN für „Medizinische Genetik".

Privatdozent Dr. med. Erich LIEBHARDT, wiss. Assistent am Institut für Rechtsmedizin, wurde zum „Abteilungsvorsteher" ernennt.

Privatdozent Dr. med. Johann MEISNER, Akademischer Oberrat en der Chirurgischen Klinik, wurde an das Staatliche Krankenhaus an der Lazarettstraße — Herzzentrum im Aufbau — versetzt.

Dr. rer. nat. Franz FIEDLER, Akademischer Rat am Institut für klinische Chemie und klinische Biochemie, wurde zum „Akademischen Oberrat" ernennt.

Dr. med. Karlekkehard KAZNER, wiss. Assistent en der Neurochirurgischen Klinik, wurde zum „Oberarzt" ernannt.

o. Professor Dr. med. Otto BRAUN-FALCO, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, wurde

ferro - B_{12} - EHRL

Zusammensetzung:

1 Dragee enthält:
150 mg
Ferro-glukonet
15γ Vitamin B^{12}
2 mg Folsäure

O.P. zu 20 Dragees
DM 3,90
O.P. zu 50 Dragees
DM 6,40

Zur hochwirksamen preisgünstigen oralen Anämie-Therapie mit dem gut verträglichen und schnell resorbierbaren Fe^{++}-glukonat

EHRL & CO., Arzneimittel KG, 8 München 66

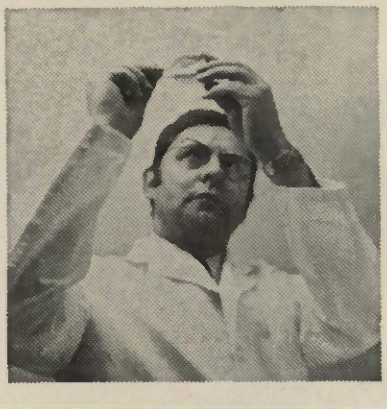
3 Beispiele aus dem neuen Versicherungs-Programm für Ärzte.

Eine Krankheitskosten-Versicherung mit attraktiven Leistungen für angestellte, niedergelassene bzw. beamtete Ärzte. 100%ige Kostenübernahme für ambulante und stationäre Heilbehandlung ohne oder mit Selbstbeteiligung. Zahlreiche Varianten ermöglichen eine individuelle Anpassung. Selbstverständlich stehen auch für Familienangehörige bedarfsgerechte Vorsorge-Programme zur Verfügung.

Zum Beispiel Dr. med. Karl S. (niedergel. Arzt)
Herr Dr. S. (48) möchte für sich, seine Frau (42) und seine drei Kinder (10, 13 und 15) im Krankenhaus in der Sonderklasse einen 100%igen Versicherungsschutz – die Erstattung von Arzthonoraren ausgenommen.

Bei ambulanter Heilbehandlung wählt er eine beitragssparende Selbstbeteiligung für Arzthonorar und Arzneimittel. Für Sachkosten erhält er für sich und seine Familie 100%ige Erstattung.

Für dieses komplette Programm (einschließlich Zusatzleistung – 75% für Zahnbehandlung und 50% für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen) zahlt Herr Dr. S. monatlich nur 96,27 DM.



Zum Beispiel Dr. med. Klaus M. (Oberarzt)
Herr Dr. M. (37) wünscht sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse vom ersten Tag an einen 100%igen Versicherungsschutz, zeitlich unbegrenzt und ohne etwas dazuzuzahlen.

Zusätzlich erhält er für Zahnbehandlung 75% sowie für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen 50% der entstehenden Kosten.

Für diesen umfassenden Versicherungsschutz zahlt Herr Dr. M. monatlich nur 37,71 DM (die zweite Hälfte des Beitrags trägt der Arbeitgeber). Mit diesem Beitrag ist auch sein Gehalt (ab der 7. Woche – nach dem Krankentagegeld-Gruppentarif für Ärzte) für zwei Jahre gesichert: 2400,– DM netto monatlich.

Zum Beispiel Dr. med. Konrad B. (Amtsarzt)
Herr Dr. B. (43) möchte für sich, seine Frau (37) und seinen Sohn (13) bei stationärer und ambulanter Heilbehandlung 50%ige Erstattung (als Ergänzung der Beihilfe).

Für dieses komplette Programm (einschließlich Zusatzleistung – 75% für Zahnbehandlung und 50% für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen) zahlt Herr Dr. B. monatlich nur 80,08 DM.

Vereinigte-
Ihrer Gesundheit zuliebe.

Sprechen Sie mit unserer zuständigen Bezirksdirektion. Oder verlangen Sie ausführliche Information. Mit diesem Coupon.

Vereinigte
Krankenversicherung AG

Übrigens: Die Vereinigte und ihre „Tochter" Salus sind Gruppenvertrags-Partner Ihrer Ärztekammer.

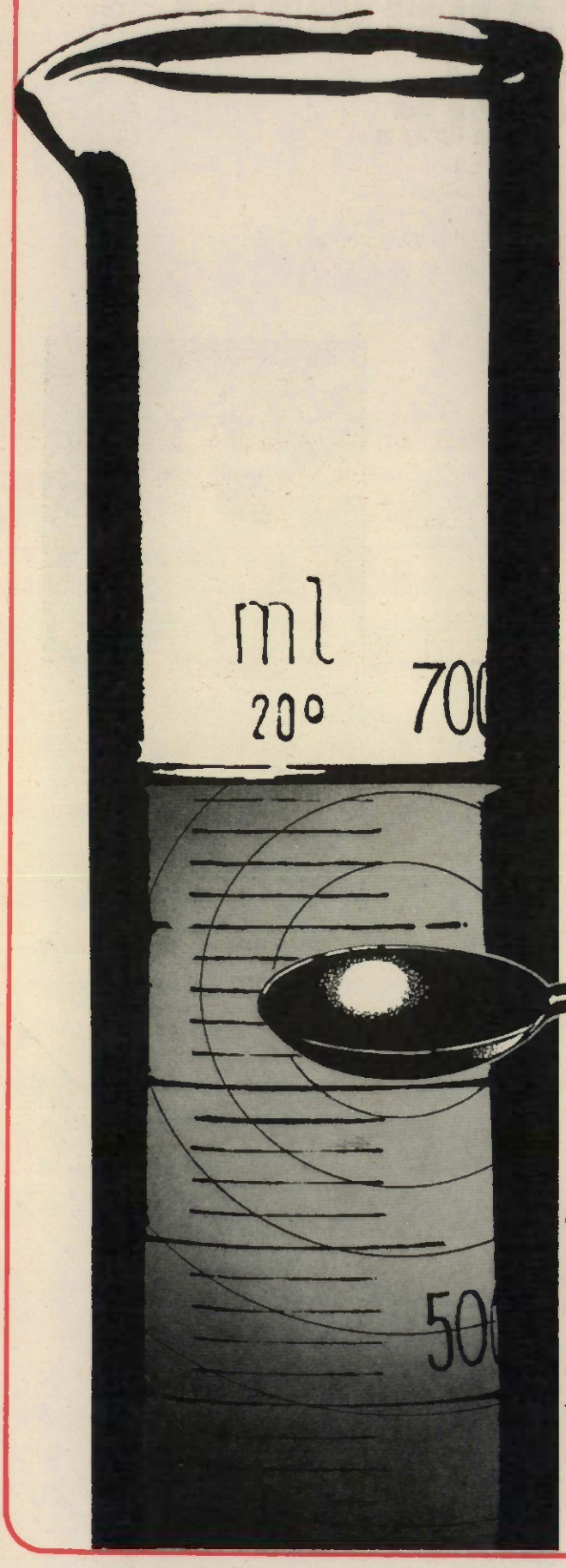
Coupon Informieren Sie mich über Ihr neues Versicherungs-Programm für Ärzte. Kostenlos und unverbindlich.

Name:

Anschrift:

Ich bin versichert bei:
Vereinigte ○ Salus ○ anderweitig ○

Vereinigte Krankenversicherung AG
8 München 40
Leopoldstraße 24



Ein Löffel voll Locid (12,5 g) bindet 700 ml Salzsäure

Säurebindungskapazität: 700 ml n/10 HCl pro Dosis von 12,5 g bis pH 3,5

neu

Locid®

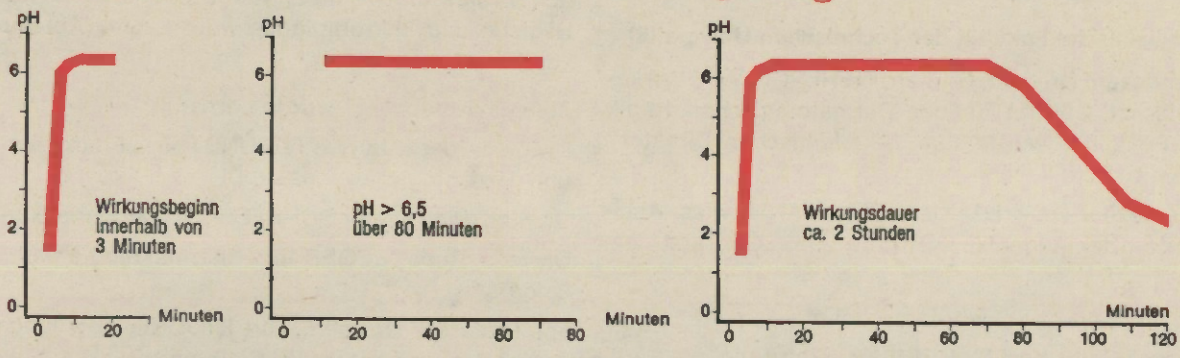
das kraftvolle Antacidum und Antipepticum in flüssiger, gebrauchsfertiger Form

Locid®

das kraftvolle Antacidum und Antipepticum in flüssiger, gebrauchsfertiger Form

wirkt antacid

1. schnell **2. intensiv** **3. lang**

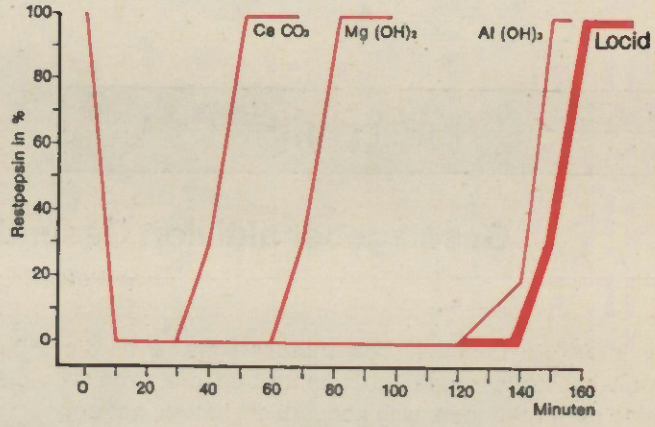


wirkt antipeptisch

durch Herabsetzung der Pepsinaktivität bei gleichzeitiger Senkung der Magensaftacidität

durch Adsorption und Inaktivierung von Pepsin (Aluminiumhydroxid)

Die Pepsinaktivität wird ab pH 3 partiell, ab pH 5 vollständig gehemmt.



Die antipeptische Wirkung von LOCID ist stärker als die der Einzelsubstanzen.

Zusammensetzung:

In 12,5 g (= 2 Teelöffel) Suspension sind enthalten:
750 mg Calciumcarbonat
700 mg Magnesiumhydroxid
835 mg Aminoessigsäure
1500–1700 mg Aluminiumhydroxid-Gel, entsprechend 945 mg Al_2O_3.
1 Beutel enthält 12,5 g.

Indikation:

Sodbrennen, Magenschmerzen, Übelkeit, Druck- und Völlegefühl bei Hyperacidität, Ulcus ventriculi et duodeni, Refluxkrankheiten der Speiseröhre und sogenennter Gastritis.

Anwendung:

Nach Bedarf den Inhalt eines Beutels bzw. 2–3 Teelöffel der gebrauchsfertigen Suspension einnehmen.

Handelsformen und Preise:

OP mit 20 Beuteln zu 12,5 g	DM 6,95
OP mit 50 Beuteln zu 12,5 g	DM 15,75
OP mit 1 Flasche zu 600 g	DM 11,90
AP mit 12 Flaschen zu 600 g	

Röhm Pharma
GMBH DARMSTADT

zum korrespondierenden Ehrenmitglied der Pacific Dermatologie Association gewählt.

o. Professor Dr. med. Fritz HOLLE, Direktor der Chirurgischen Poliklinik, erhielt von der Schwedischen Gesellschaft für Chirurgie in Anerkennung seiner Arbeiten über die neue Ulkuschirurgie die Acrel-Medaille.

apl. Professor Dr. med. Klaus RIEGEL, Abteilungsvorsteher für Neonatologie an der Kinderklinik, wurde in Helsinki mit der Arvo-Ylppö-Medaille für ausgezeichnete wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiete der Frühgeborenen- und Neugeborenen-Physiologie und -Pathologie ausgezeichnet.

o. Professor Dr. med. Klaus THURAU, Vorstand am Physiologischen Institut, wurde zum Mitglied des Exekutiv-Komitees der Internationalen Gesellschaft für Nephrologie gewählt.

Medizinische Fakultät der Technischen Universität

Privatdozent Dr. med. Gerhard OEHLSCHLÄGEL, Akademischer Oberrat an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, wurde zum „Akademischen Direktor" ernannt.

Privatdozent Dr. med. Klaus HEILMANN, wiss. Assistent en der Augenklinik, wurde zum „Oberarzt" ernannt.

Zum „Privatdozent" wurden ernennt:

Dr. med. Peter Karl MAURER für „Chirurgie";

Dr. med. Dr. rer. nat. Dankwart STAMM für „Psychiatrie" (durch Umhabilitierung);

Dr. med. Karl H. J. WALLNER für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe".

o. Professor Dr. med. Hans SAUTTER, Direktor der Augenklinik in Hamburg, wurde in Würdigung seiner richtungsweisenden Verdienste um die wissenschaftliche und klinische Ophthelmologie bei der Klärung pathogenetischer Probleme und der Eröffnung neuer diegnostischer und therepeutischer Möglichkeiten von großer praktischer Bedeutung zum Dr. med. h. c. ernannt.

Würzburg

Zum „Leitenden Oberarzt" wurden ernannt:

apl. Professor Dr. med. Erhard AMBS, Oberassistent an der Kinderklinik und Poliklinik;

Privatdozent Dr. med. Werner STRICK, Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik.

apl. Professor Dr. med. Horst FINGER, Institut für Hygiene und Mikrobiologie, wurde zum „Abteilungsvorsteher" ernannt.

Zum „Privatdozent" wurden ernannt:

Dr. med. Klaus Jürgen FREUNDT für „Pharmakologie und Toxikologie";

Dr. med. Wolf Dieter SCHÄFER für „Augenheilkunde";

Dr. med. Ruth SEEGER für „Pharmakologie und Toxikologie".

apl. Professor Dr. med. Kurt STUCKE, Abteilungsvorsteher der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, wurde von der Association Française de Chirurgie, Paris, zum Membre titulaire gewählt.

Bundespolitik

Gesetzgeber aktiviert Gesundheits- und Sozialpolitik

von Peter Mandt

Nachdem die Gremien des Bundestages, d. h. die Arbeitsausschüsse des Parlaments und die Arbeitskreise der Fraktionen, sich konstituiert haben, hat der Bundestag seine gesetzgeberische Arbeit mit besonderer Aktivität aufgenommen.

Auch die Bundesregierung hat auf den Gebieten der Gesundheits- und Sozialpolitik wie in anderen politischen Bereichen erste gesetzgeberische Initiativen aufgenommen, um wichtige Materien gesetzlich zu regeln bzw. zu reformieren.

Das Arbeitsprogramm, das sich die gesetzgebenden Körperschaften – Bundesrat und Bundestag – allein für das erste Jahr dieser Legislaturperiode gestellt haben, ist außerordentlich umfangreich.

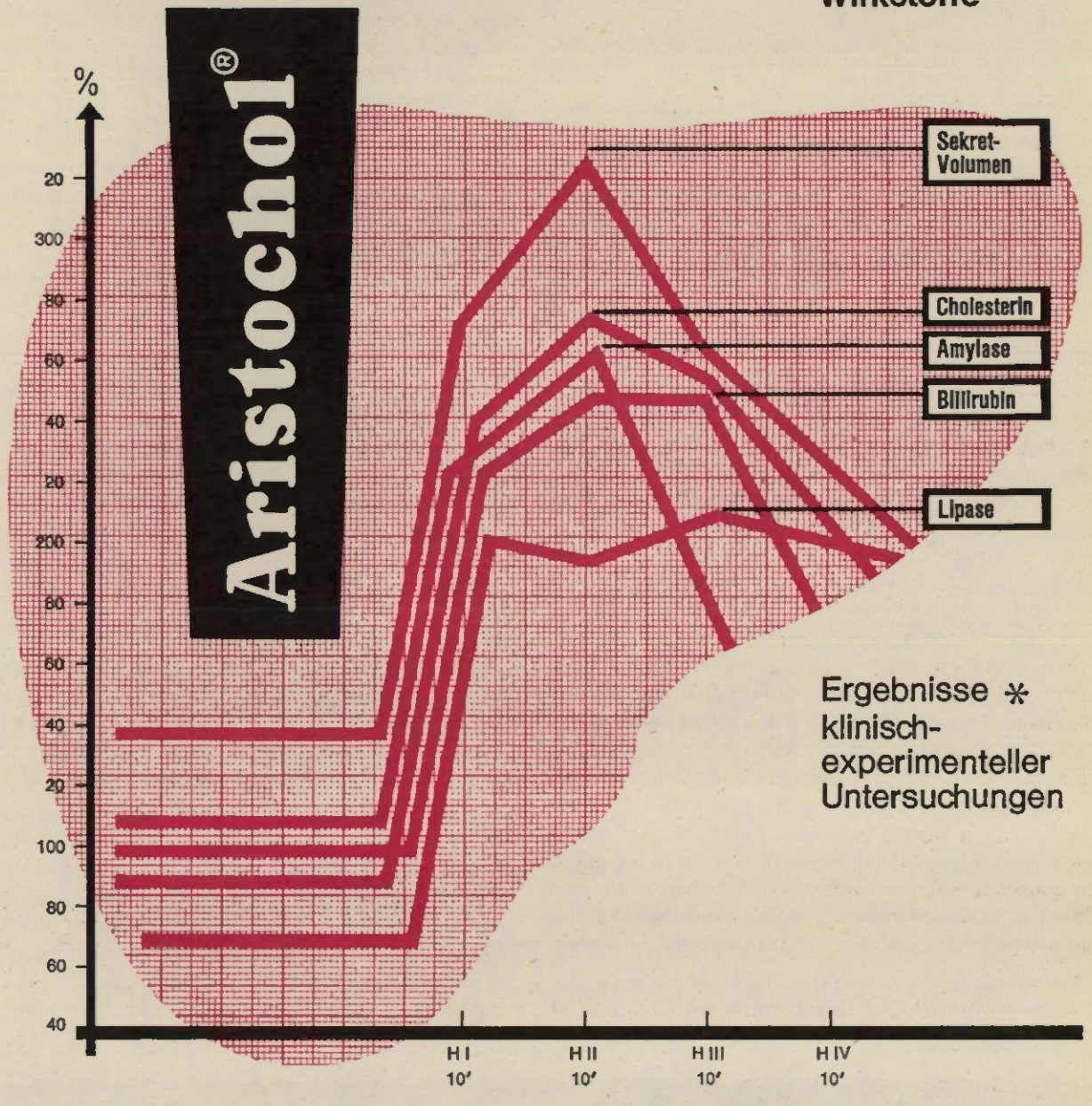
Dem Bundesret liegen bereits eine Anzahl von Regierungsvorlagen vor, u. e.:

- *das Änderungsgesetz zum Arzneimittelgesetz*
- *die Gesamtreform des Lebensmittelrechts*
- *das Betriebsärztegesetz*
- *das Rettungssanitätergesetz*
- *die Neuordnung der Besoldung im Hochschulbereich*
- *das Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch (Schutz der Bezeichnung Arzt, Zahnarzt und Apotheker)*

Unter den Gesetzesvorlegen, die dem Bundestag vorliegen und die in nächster Zeit in den zuständigen

So wirkt

Optimaler Effekt durch standardisierte Wirkstoffe



Ergebnisse * klinisch-experimenteller Untersuchungen

Das zuverlässige Cholagogum

Aristochol® Tropfen

Nach einem Spezialverfahren hergestelltes Perkolat mit standardisiertem Wirkstoffgehalt:
Curcumin 10 mg %
Chelidonin 5 mg %
100 ml Perkolat aus:
Herb. Chelidon. 20 g,
-Millefol. 17 g, -Absinth. 5 g
Flor. Stoechad. 15 g
Fruct. Card. Mar. 10 g
Rad. Taraxac. c. Herb. 17 g
Cort. Frangul. 3 g
Rhiz. Curcum. xanth. 8 g

Dosierung:
3mal täglich 15-20 Tropfen

O.P. Flascha mit 20 ml DM 5,40
O.P. Flasche mit 50 ml DM 10,65

Aristochol® Konzentrat Granulat

100 g Granulat enthalten:
Gesamttrockenextrakt aus
Herb. Chelidon.
Rhiz. Curcum. xanth. } 3,265 g
Fruct. Card. Mar.
Aloe 5,55 g
Pankreatin 1,5 g
Eingestellt auf:
Chalidoniumalkaloide
mindestens 20 mg %
Curcumin mindestens 12,5 mg %
Aloin mindestens 1,5 g %

Dosierung:
1mal täglich 1 Beutel

O.P. mit 24 Btl. zu 1,5 g DM 6,50
O.P. mit 75 Btl. zu 1,5 g DM 17,70

Aristochol® Tee-Konzentrat

In 100 g Tee-Konzentrat:
4,2 g Extract. alcc. ax
Harb. Absinth. 1,2 g
Harb. Chelidon. 2 g
Fruct. Anisi stellat. 5,3 g
Fruct. Card. Mar. 10 g
Flor. Chamomill. 10 g
Rhiz. Curcum. xanth. 10 g
Herb. Millefol. 10 g
Fol. Menth. pip. 16 g
Acid. ascorbic. 1 g
Aromatic. et
Corrigent. ad 100 g

Dosierung:
3mal täglich 1 Teelöffel

O.P. Tuba mit 100 g DM 4,80

Aristochol® Spasmolyticum

Eine Manteltablette enthält:
30 mg Extr. Harb. Chelidon. alcc.
(entspr. mind. 0,15 mg Gesamtalkaloide)
13 mg Extr. Rhiz. Curcum. xanth. alcc.
(entspr. mind. 0,1 mg Curcumin)
7 mg Extr. Fruct. Cardui Mar. alcc.
10 mg Propanthelin-bromid
10 mg Aethylpapaverin. hydrochlor.
15 mg Natriumdioctylsulfosuccinat

Kontraindikation:
Glaukom, Prostatahypertrophie

Dosierung:
3mal täglich 1-2 Manteltabletten

O.P. (Durchdrückpackung)
zu 50 Manteltabletten DM 6,50

Steiner & Co.
Deutsche
Arzneimittel
Gesellschaft
Berlin West

Literatur
auf Wunsch

* J. Ch. Baumann
K. Heintze
H. W. Muth
Arzn.-Forsch. 21
96 - 101 (1971)

Ausschüssen beraten werden sollen, befinden sich u. a.:

- *des Europäische Arzneibuch*
- *des Internationele Einheitsübereinkommen über Suchtstofte*
- *der Schutz der Arbeitnehmer vor ionisierenden Strahlen*
- *das Gesetz über den Beruf des Diätassistenten*
- *die Novelle zum Unterhaltssicherungs- und Arbeitspletzschutzgesetz*
- *die EG-Richtlinienvorschlége zur Verwirklichung der Niederlessungsfreiheit auf dem Gebiete des Arzneimittelwesens*

Das Änderungsgesetz zum Arzneimittelgesetz lag dem Bundesrat bereits im Jahre 1972 vor und konnte, wie eine Anzahl welterer Gesetze, wegen der vorzeitigen Auflösung des VI. Bundestages nicht mehr verabschiedet werden. Deshalb mußte diese Gesetzesvorlage von der Bundesregierung erneut eingebracht werden. Der Bundesrat beschäftigte sich mit dem Gesetzentwurf bereits am 23. Februar 1973 im sogenannten Ersten Durchgang. Die Novellierung des Arzneimittelgesetzes geht in erster Linie auf Initiative des Bundesgesundheitsrates zurück, der die Auffassung vertritt, daß die zum Schutze des Verbrauchers bestehenden gesetzlichen Vorschriften über Lebensmittel tierischer Herkunft nicht mehr ausreichen. Seine Empfehlung geht dahin, die Anwendung pharmakologisch wirksamer Substanzen in der Tierhaltung verschärfter Kontrolle zu unterwerfen und den Anwendungsbereich zu begrenzen. Nach Auffassung von Experten ist dies erforderlich, weil Rückstände dieser Stoffe auch dann nicht harmlos sind, wenn sie in Lebensmitteln nur in geringen Mengen nachgewiesen werden oder ihnen im Einzelfall eine nachweisliche Schädlichkeit für den Genuß der Lebensmittel durch den Menschen erst bei höheren Dosen oder bei Langzeitwirkung zukomme.

Unter Berücksichtigung dieser Überlegung sieht der Gesetzentwurf der Bundesregierung vor, daß Arzneimittel dieses Verwendungszweckes nur noch nach Registrierung beim Bundesgesundheitsamt in den Verkehr gebracht werden dürfen; sie müssen auf Einhaltung festgelegter Wartezeiten überprüft sein. Die Kennzeichnung dieser Arzneimittel wird vorgeschrieben; nicht registrierte Mittel dürfen nicht angewandt werden. Ferner werden Maßnahmen für die Anwendung von Arzneimitteln mit Futtermitteln als Trägerstoff festgelegt.

Der Gesetzentwurf zur Neuordnung und Bereinigung des Rechts im Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen (Gesetz zur Gesamtreform des Lebensmittelrechts), der im Bundesrat ebenfalls am 23. Februar 1973 behandelt und mit den bereits bei der Beratung am 2. April 1971 beschlossenen Änderungsvorschlägen verabschiedet und der Bundesregierung bzw. dem Bundestag zur weiteren Beratung zugeleitet wurde, soll den Schutz des Menschen vor Gesundheitsschäden unter Berücksichtigung der technologischen und allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung auf dem Gebiete des Lebensmittelrechts und unter Beibehaltung der grundlegenden Konzeption des Lebensmittelgesetzes verstärken. Zugleich soll eine größere Übersichtlichkeit durch gesonderte Regelungen für jedes Sachgebiet (Lebensmittel, Tabak, kosmetische Mittel, Bedarfsgegenstände) angestrebt werden. Die Schutzvorschriften bezüglich der Herstellung, Behandlung und des Inverkehrbringens von Lebensmitteln werden wesentlich erweitert. Das Irreführungsverbot soll sich auf Aussagen erstrecken, die Lebensmitteln Wirkungen beilegen, die ihnen nach den Erkenntnissen der Wissenschaft nicht zukommen oder die wissenschaftlich nicht hinreichend gesichert sind. Verwendungsverbote zum Schutz vor Gesundheitsschäden und vor Täuschung werden auch festgelegt für Tabakerzeugnisse, kosmetische Reinigungs- und andere Pflegemittel. Von Bedeutung ist eine verstärkte Überwachung durch Einrichtung leistungsfähiger Untersuchungsanstalten. Eine weitere Kernforderung an die Lebensmittelreform bildet die Neugestal-

Passiorin Dragees
1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spir. sicc.	60.0 mg
Extr. Salicis equos sicc.	133.0 mg
Extr. Crataeg. epir. sicc.	12.0 mg
Aneurin	0.3 mg

Passiorin liq.

Extr. Passiflor. incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis equos spiss.	5 Vol. %
Tinct. Crataeg. oxyacanth.	11 Vol. %

Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum:
1–2 Teelöffel bzw. 2–3 Dragees 3 mal täglich
Bei Einschlafstörungen: 2–4 Teelöffel bzw. 3–6 Dragees vor dem Schlafengehen
Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dragees:

Packung mit	50 Dragees	DM 4.25
Kurpackung mit	250 Dragees	DM 16.–

Passiorin liq.:

Flasche mit ca.	100 ml	DM 5.80
Kurpackung mit ca.	500 ml	DM 23.80

Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum.

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München

Passiorin®

tung des Lebensmittelstrafrechts. Entsprechend der Tendenz einer weitgehenden Entkriminalisierung von die Gesundheitsbelange betreffenden Ordnungsvorschriften gelten als Regelhöchststrafe nur noch zwei Jahre Freiheitsstrafe bei gleichzeitiger Einführung zahlreicher Bußgeldvorschriften. Außerdem strebt der Gesetzentwurf eine Rechtsbereinigung en, da die zum Teil aus dem Ende des vorigen Jahrhunderts stammenden Spezialgesetze nicht mehr den derzeitigen Erfordernissen entsprechen.

Bei der Regelung des Verkehrs mit kosmetischen Mitteln sieht die Novelle im einzelnen vor, daß bei der Herstellung bestimmter Mittel Stoffe verwendet werden, die, soweit sie als Arzneimittel an den Verbraucher abgegeben werden, der Rezeptpflicht unterliegen. Die mit solchen Stoffen angereicherten Kosmetika können bisher ohne Kontrolle und über einen längeren Zeitraum angewandt werden. Der Gesetzentwurf enthält entsprechende Verwendungsverbote und Verordnungsermächtigungen zum Gesundheits- und Verbraucherschutz.

Zur Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung hat die Bundesregierung dem Bundesrat einen Gesetzentwurf über Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit vorgelegt, der die Verpflichtung des Arbeitgebers vorsieht, je nach den besonderen betrieblichen Verhältnissen, Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit zu bestellen, die ihn in medizinischen und technischen Fragen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung unterstützen. Damit soll erreicht werden, daß die dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung dienenden Vorschriften den besonderen Betriebsverhältnissen entsprechend angewandt werden, gesicherte arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Erkenntnisse zur Verbesserung des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung verwirklicht werden können und die dem Arbeitsschutz und der Unfallverhütung dienenden Maßnahmen einen möglichst hohen Wirkungsgrad erreichen.

Die Betriebsärzte und die Fachkräfte für Arbeitssicherheit sollen den Arbeitgeber insbesondere bei der Planung und Ausführung von Betriebsanlagen, bei der Beschaffung von technischen Arbeitsmitteln und bei der Einführung von neuen Arbeitsverfahren, bei der Auswahl und Erprobung von Körperschutzmitteln und bei der Gestaltung der Arbeitsplätze, des Arbeitsablaufs und der Arbeitsumgebung beraten. Ferner haben sie die Arbeitsstätten in regelmäßigen Abständen zu begehen und festgestellte Mängel zu melden, Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen bzw. von Arbeitsunfällen zu untersuchen und dem Arbeitgeber Maßnahmen zu ihrer Verhütung vorzuschlagen sowie die Arbeitnehmer zu veranlassen, sich den Anforderungen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung entsprechend zu verhalten. Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit haben bei der

Zus.: 1 Ampulle zu 2 ml: Procain. hydrochlor. 46,25 mg, Phenoberbital 1,7 mg, Atrop. sulfur. 0,15 mg, Acid. nicotin. 0,5 mg, Hydroxocobalamin (Vit. B_{12}b) 1000 µg

Reg.-Nr. C 1416

Handelsformen u. Preisa:
Peckung mit 1 Ampulle zu 2 ml OM 7.55 m. U.
Packung mit 3 Ampullen zu 2 ml OM 20.15 m. U.
Peckung mit 1 Inj.-Flasche zu 10 ml DM 24.65 m. U.
AP mit 25 Ampullan
AP mit 10 Injektionsflaschen

Indikationen: Neuralgien, Neuritiden, Arthropathien (insbesondere intreartikuläre Therepia), Anaemien, periphere und cerebrele Ourcholutungsstörungen, Migräne, vegetativa Dysregulationen, gerietrische Erkrankungen.

Kontra-Ind.: Primäre Hypotonia, Bradycerdie, Herzdekompensetion, maligna Tumoran.

Hinweis: Keina glaichzeitige Tharapie mit Sulfonamidan.

Dos.: Intramuskulär: Initial 2-3 Amp. Im Abstand von 24 bzw. 48 Std. Zur Bahandlung chron. Krankheitsformen 1-2 Amp. wöchentlich. Intreartikulär: Bei Gonarthrosen 2 ml, bai Coxarthrosen 3-4 ml 2mal wöchentlich bis Beschwardefreiheit erreicht ist.

DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE · 1 BERLIN 21

DIE INSEL DER RUHE

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée: Natr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg, Aminophenazan. 6 mg, Kal. bramat. 10 mg, Calc. glucanic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. Lup., Visc. alb., Adanid. vernalis 20 mg. INDIKATIONEN: Neurasthenie – innere Unruhe, nervöse Reizbarkeit, Übererregbarkeit (auch sexuelle). Schwindelzustände, unruhiger Schlaf mit schweren Träumen, nervöse Erschöpfungszustände. Klimakterische Störungen – Angstzustände, nervöse Verstimmungen, depressive Stimmungslagen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche. Nervöse Kopfschmerzen. Schlafstörungen. KONTRAINDIKATIONEN: Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, Porphyrie, schwere Nieren- und Myokardschäden.

DOSIERUNG: Allgem. 1 – 2 Drag., vor dem Schlafengehen 2 Drag.
HANDELSFORMEN:
OP zu 50 Dragées. DM 3,25 lt. A.T.
Verschreibungspflichtig

NERVO·OPT®

DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU

Erfüllung ihrer Aufgaben mit dem Betriebsrat zusammenzuarbeiten. Zur Beratung von Anliegen des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung ist in Betrieben, in denen Betriebsärzte oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit bestellt sind, ein Arbeitsschutzausschuß zu bilden.

Der Gesetzentwurf entspricht der von der Bundesregierung bereits in der letzten Legislaturperiode des Bundestages beim Bundesrat eingebrachten Vorlage. Hierzu hatte der Bundesrat am 9. Februar 1972 eine eingehende Stellungnahme beschlossen. Im Hinblick darauf fand eine erneute Ausschußberatung nicht statt, so daß die Gesetzesvorlage in dieser Fassung dem Bundestag zugeleitet werden konnte.

Das Rettungssanitätergesetz, das als Regierungsvorlage dem Bundesrat zugeleitet und inzwischen beraten wurde, wird nunmehr demnächst ebenfalls den Bundestag beschäftigen.

Der Gesetzentwurf sieht eine Regelung über den Zugang zu diesem Beruf vor. Die Ausbildung und das Wissen des derzeitig teilweise ehrenamtlich tätigen Krankentransport- und Rettungspersonals reicht nach Meinung der Bundesregierung in der Regel nicht aus. Am Unfallort und bei der Übernahme eines medizinischen Notfalls zum Transport in das Krankenhaus und während des Transports sieht sich das Begleitpersonal oftmals der Notwendigkeit schwerwiegender und schnell zu treffender Entscheidungen konfrontiert. Ein Einsatz von Krankenpflegern und Krankenschwestern als Begleitpersonal von Notfallpatienten in Rettungsfahrzeugen oder Krankenwagen komme daher im allgemeinen nicht in Betracht, so daß sich die Einführung des Berufs des Rettungssanitäters als notwendig erweise.

Die bundeseinheitliche Regelung für den Zugang zum Beruf des Rettungssanitäters soll ein regionales Leistungsgefälle vermeiden und die erforderliche fachliche Voraussetzung für die im Rettungswesen Tätigen vermitteln, damit sie bei der Handhabung des speziellen ärztlichen Instrumentariums zur Reanimation, mit dem die Rettungsfahrzeuge ausgerüstet sind, assistieren können.

Der Entwurf folgt dem bei den übrigen bundesgesetzlichen Regelungen für Heilhilfsberufe bestehenden System, wonach der Zugang zum Beruf durch die Erteilung einer Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung geregelt wird, deren Voraussetzungen im einzelnen festgelegt werden. Die fachliche Eignung wird durch die Absolvierung einer zweijährigen Ausbildung, die mit einer staatlichen Prüfung abschließt, erworben.

Die beabsichtigte Neuordnung der Besoldung im Hochschulbereich geht auf eine Gesetzesinitiative der Länder zurück. Der Gesetzentwurf stellt bei seinen Regelungen ausdrücklich auf die Personalstrukturreform ab, die ein Kernstück des in der vergangenen Gesetzgebungsperiode nicht mehr verabschiedeten Hochschulrahmengesetzes bildet. Darin werden einheitlich für alle staatlichen Hochschulen im Geltungsbereich des Grundgesetzes die Personalstruktur und die Dienstverhältnisse bestimmt, in denen das hauptberuflich tätige wissenschaftliche und künstlerische Personal künftig zu führen ist. Es besteht danach künftig aus den Professoren, den Assistenzprofessoren, den wissenschaftlichen und künstlerischen Mitarbeitern sowie den Lehrkräften für besondere Aufgaben.

Da die zur Zeit in den Ländern geltenden und durch Artikel V festgeschriebenen besoldungsrechtlichen Vorschriften für Hochschullehrer für die neue Personalstruktur nicht verwendet werden können, muß die Besoldung im Hochschulbereich neu geordnet werden. Zur Wahrung der Einheitlichkeit dieser Neuordnung als Voraussetzung für die Gleichheit der Entwicklungschancen aller Hochschulen hält der Bundesrat eine bundesgesetzliche Regelung in Ausübung der konkurrierenden Gesetzgebungsbefugnis als erforderlich.

Der Gesetzentwurf geht davon aus, daß die Neuordnung der Besoldung sich auf alle Einrichtungen des Bildungswesens erstrecken soll, die nach den jeweiligen landesrechtlichen Vorschriften Hochschulen sind, und auch die Hochschulen des Bundes erfaßt.

Hinsichtlich der Amtsbezeichnung Professor und Assistenzprofessor fordert der Bundesrat aufgrund der bestehenden Verhältnisse an den Hochschulen (Haupt- und Zuordnungsfächer, eng und weit ausgelegte Fächer usw.) eine Differenzierung in der Besoldung der Professoren, die sich innerhalb des im Bundesgebiet geltenden Besoldungssystems nur durch Einrichtung mehrerer Besoldungsgruppen verwirklichen läßt, für die Einordnung der Professoren in diese Besoldungsgruppen könnten sachbezogene allgemein gültige Kriterien gesetzlich nicht festgelegt werden. Um dennoch die notwendige Einheitlichkeit der Aufgabenbewertung bei allen Dienstherren wenigstens in gewissem Umfange zu sichern, wird es als notwendig bezeichnet, bei den wissenschaftlichen Hochschulen und den Fachhochschulen Obergrenzen für die Anteile der Professorenstellen in den einzelnen Besoldungsgruppen festzulegen.

Das von der Bundesregierung eingebrachte Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch enthält u. a. Bestimmungen über den Mißbrauch von Berufsbezeichnungen. Die bedeutsamste Änderung gegenüber dem geltenden Recht besteht darin, daß der vorliegende Entwurf einen allgemeinen Strafschutz gegen das unerlaubte Führen einer Berufsbezeichnung vorsieht. Zu einer solchen Lösung hatte sich die damalige Bundesregierung im Entwurf 1962 vor allem deshalb nicht entschließen können, weil das unbefugte Führen einer Berufsbezeichnung im neueren Recht zum Teil nur als Ordnungswidrigkeit eingestuft ist und weil in Ermangelung eines umfassenden Überblicks über das Nebenstrafrecht nicht klar erkennbar war, in welchen Fallgruppen der Mißbrauch einer Berufsbezeichnung, z. B. als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder Apotheker, als

Straftat und in welchen Fallgruppen ein solcher Mißbrauch nur als Ordnungswidrigkeit zu beurteilen ist. Nach Meinung der Bundesregierung haben sich bei der weiteren Rechtsentwicklung die einzelnen Fallgruppen, in denen der Mißbrauch einer Berufsbezeichnung als Straftat und in denen ein solcher Mißbrauch nur als Ordnungswidrigkeit zu bewerten ist, so deutlich herausgestellt, daß nunmehr eine umfassende Regelung einerseits sachgerecht und andererseits auch notwendig erscheine, um die Gefahr einer Rechtszersplitterung dieses Teilrechtsgebiets zu verhindern.

Nach den Bestimmungen im geltenden Recht, d. h. nach der Bundes-Ärzteordnung, ist der Mißbrauch der Bezeichnung „Arzt" strafbar. Nach diesem Gesetz wird festgestellt, wer ohne als Arzt bestallt oder zur Ausübung des ärztlichen Berufs befugt zu sein, die Berufsbezeichnung „Arzt" oder eine Bezeichnung führt, durch die der Anschein erweckt werden kann, er sei Arzt. Durch diese Umschreibung, die sich, abgesehen von kleinen Abweichungen, auch in den übrigen, die Heilberufe betreffenden Berufe findet, wird nicht nur die Bezeichnung „Arzt", sondern auch eine ähnliche Bezeichnung erfaßt. Als solche ähnlichen Bezeichnungen sind in der Rechtsprechung z. B. angesehen worden „Spezialist für Frauenkrankheiten", „Praktischer Vertreter der arzneilosen Heilkunde", „Homöopath".

Die Berufsbezeichnung „Zahnarzt" ist bisher im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde geschützt. Danach wird bestraft, wer, ohne eine Bestallung als Arzt oder Zahnarzt zu besitzen, oder sonst zur Ausübung der Zahnheilkunde berechtigt zu sein, eine Bezeichnung führt, durch die der Anschein erweckt werden kann, er sei zur Ausübung der Zahnheilkunde berechtigt. Diese Vorschrift unterscheidet sich von der entsprechenden Vorschrift der Bundes-Ärzteordnung dadurch, daß auch solche Bezeichnungen geschützt werden, durch die der Anschein erweckt werden kann, der sie Führende sei zur Ausübung der Zahnheilkunde schlechthin, also nicht nur unter der Bezeichnung „Zahnarzt" berechtigt. Ein so weitgehender Strafschutz, der z. B. auch die Bezeichnung „Zahnpraktiker" und „Zahnheilkundiger" erfaßt, ist nach Auffassung der Bundesregierung im Vergleich zur Berufsbezeichnung „Arzt" nicht berechtigt und nicht erforderlich, da es den Berufsstand Zahnheilkundiger oder Zahnpraktiker praktisch kaum noch gebe.

Die Berufsbezeichnung „Apotheker" ist in der Bundes-Apothekerordnung geschützt, ebenso ist die Berufsbezeichnung „Tierarzt" in der Bundes-Tierärzteordnung geregelt. Beide Vorschriften entsprechen sachlich den Bestimmungen der Bundes-Ärzteordnung, so daß die Ausführungen zur Aufnahme der Berufsbezeichnung „Arzt" und zur Beseitigung der besonderen Strafvorschriften im Nebenrecht entsprechend gelten.

Wie eingangs erwähnt, werden sich die Bundestagsausschüsse in nächster Zeit u. a. mit Gesetzesvorlagen aus den Bereichen der Gesundheits-, Sozial- und Gesellschaftspolitik befassen, unter denen sich eine Anzahl Vorlagen befinden, die zum Teil bereits in der vergangenen Legislaturperiode vorgelegen haben und wegen der vorzeitigen Auflösung des VI. Bundestages ebenfalls nicht mehr verabschiedet werden konnten.

Die Bundesregierung hat am 22. Juni 1965 ein Übereinkommen über die Ausarbeitung eines Europäischen Arzneibuches unterzeichnet. Der Gesetzentwurf zu dem Übereinkommen vom 22. Juli 1964 über die Ausarbeitung eines Europäischen Arzneibuches dient der Ratifizierung des Übereinkommens durch die gesetzgebenden Körperschaften. Da die Vorschriften des Europäischen Arzneibuches in der Bundesrepublik durch Rechtsverordnung in Kraft gesetzt werden sollen, bedarf es einer zusätzlichen Ermächtigung im Arzneimittelgesetz. Band I des Europäischen Arzneibuches ist inzwischen fertiggestellt.

Mit dem Inkrafttreten von Vorschriften des Europäischen Arzneibuches werden die entsprechenden Vorschriften des Deutschen Arzneibuches (Monographien und Vorschriften aus dem Allgemeinen Teil) aufgehoben.

U. a. gelten dadurch

- *Allgemeine Vorschriften des Arzneibuches auch für Arzneimittel, die keinen in einer Monographie beschriebenen Stoff enthalten. Das entspricht auch der Vorstellung der Kommission zur Auserbeitung des Deutschen Arzneibuches, 7. Ausgabe.*
- *Für das Inverkehrbringen von Arzneimitteln, die bisher nicht den Vorschriften des Arzneibuches entsprechen mußten, ist eine Übergangsvorschrift vorgesehen. Bereits hergestellte Arzneimittel dieser Art sollen noch innerhalb einer angemessenen Frist von zwei Jahren in den Verkehr gebracht werden dürfen.*
- *Nach Ablauf von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes sollen die Vorschriften des Arzneibuches auch für die noch nicht registrierten Arzneispezialitäten gelten, die am 30. September 1961 bereits im Verkehr waren und weiterhin in den Verkehr gebracht werden dürfen.*

Das Internationale Einheitsübereinkommen über Suchtstoffe, das von den gesetzgebenden Körperschaften – Bundesrat und Bundestag – ratifiziert werden muß, sieht vor, daß die Anlagen zum Übereinkommen, die die unter den Regelungsbereich des Übereinkommens fallenden Suchtstoffe und Zubereitungen enthalten, durch Beschlüsse der Suchtstoffkommission des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen oder des Rates selbst geändert werden können. Die Beschlüsse sind verbindlich; die Vertragsparteien haben ihr innerstaatliches Recht den so begründeten völkerrechtlichen Verbindlichkeiten anzupassen. Entspre-

chende Änderungen der Anlagen zum Übereinkommen sollen vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit im „Bundesgesetzblatt" veröffentlicht werden.

Zum Schutz der Arbeitnehmer vor ionisierenden Strahlen hat die Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorgelegt, dessen Ziel es ist, die Ratifikation des Übereinkommens der Internationalen Arbeitsorganisation über den Schutz der Arbeitnehmer, die bei ihrer Arbeit ionisierenden Strahlen, d. h. sowohl Strahlen radioaktiver Stoffe als auch Röntgenstrahlen, ausgesetzt sind.

Nach einer abgegebenen Stellungnahme der Bundesregierung entsprechen die deutschen Strahlenschutzvorschriften weitgehend den Forderungen des Übereinkommens. Zum Teil enthalten sie noch strengere Anforderungen.

Durch das Gesetz über den Beruf des Diätassistenten soll erstmals die Zulassung zum Beruf des Diätassistenten bundeseinheitlich geregelt werden.

Nach dem Entwurf sollen für die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Diätassistent" oder „Diätassistentin" Voraussetzung sein:

1. Teilnahme an einer dreijährigen Lehrgangsausbildung an einer staatlich anerkannten Lehranstalt für Diätassistenten, zu der Bewerber mit Realabschluß oder einer gleichwertigen Ausbildung Zugang haben,
2. Bestehen der staatlichen Prüfung,
3. Zuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs und
4. geistige und körperliche Eignung zur Ausübung des Berufs.

Der Entwurf sieht eine Ermächtigung für den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit vor, die Mindestanforderungen an die Ausbildung und das Nähere über die staatliche Prüfung zu regeln. Er enthält ferner Vorschriften, die die Anerkennung von außerhalb des Geltungsbereichs des Gesetzes erworbenen Ausbildungen sowie die Anrechnung anderer Ausbildungen betreffen.

Mit der vorliegenden Novelle zum Unterhaltssicherungs- und Arbeitsplatzschutzgesetz soll die Unterhaltssicherung für Grundwehrdienstleistende geändert werden. U. a. werden die Leistungen für die verheirateten Grundwehrdienstleistenden angehoben. Die Regelung, nach der Grundwehrdienstleistende, die das 25. Lebensjahr vollendet haben, eine bessere Abfindung erhalten, wird beseitigt.

Für die grundwehrdienstleistenden Sanitätsoffiziere wird eine neue Leistung eingeführt.

Zur Verwirklichung der Niederlassungsfreiheit auf dem Gebiete des Arzneimittelwesens hat die EG-Kommission der Bundesregierung Richtlinienvorschläge zugeleitet, die jetzt dem Bundestag vorliegen. Nach diesen Richtlinienvorschlägen sollen die EG-Mitgliedstaaten, die bereits Vorschriften über die geographische Verteilung von Apotheken in ihrem Hoheitsgebiet erlassen haben, diese beibehalten können, sofern die freie Standortwahl die Volksgesundheit gefährdet und objektive Kriterien bestehen, die eine Nichtdiskriminierung gewährleisten.

Mitgliedstaaten, in denen noch keine entsprechenden Rechtsvorschriften bestehen, sollen diese Regelungen entsprechend dem Richtlinienvorschlag einführen. Es soll dadurch verhindert werden, daß in den Ballungszentren zu viele und in den ländlichen und Stadtrandgebieten zu wenige Apotheken vorhanden sind. Ferner sollen innerhalb der Gemeinschaft der Mitgliedstaaten gleiche Verhältnisse geschaffen werden, damit vermieden wird, daß die Verwirklichung der Niederlassungsfreiheit einen übermäßigen Zustrom von Bewerbern, insbesondere aus Ländern mit Zulassungsstop nach denjenigen Mitgliedstaaten führt, in denen Apotheken frei errichtet werden können, d. h. wie z. B. in der Bundesrepublik, wo eine Niederlassungsfreiheit für Apotheken besteht.

Angesichts der verschiedenen Systeme in der EG wird vorgeschlagen, daß die Erlaubnis zur Eröffnung einer Apotheke persönlich und nicht übertragbar erteilt wird, um eine Kapitalisierung des Geschäftswertes auszuschließen. Dies gilt allerdings nicht für die Apotheker, die bei Erlaß der Richtlinie bereits erworbene Rechte haben, sondern nur für die von diesem Datum ab zu eröffnenden Apotheken.

Die Richtlinie sieht für die Mitgliedstaaten die Verpflichtung vor, eine Frist anzusetzen, nach deren Ablauf die Erlaubnis nicht die am Tage der Inkraftsetzung der Richtlinie bereits eröffneten Apotheken, sondern nur die von diesem Datum ab zu eröffnenden Apotheken betrifft. Außerdem verpflichtet die Richtlinie die Mitgliedstaaten, eine Frist festzusetzen, nach deren Ablauf die Erlaubnis zur Eröffnung einer Apotheke verfällt, wenn sie nicht innerhalb dieser Frist genutzt wurde.

Anschr. d. Verf.: Peter Mandt, 5300 Bonn, Wolkenburgstraße 1

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologischss Kardiotonicum für dis kleine Herztherapia Cratsegus-Adonistherspis 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. āā 8,7 g, Apium grav., Auncul. āā 7,3 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 4,20

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Landespolitik

Mitgliederversammlung des Verbandes freier Berufe e. V.

Am Nachmittag des 30. November 1972 eröffnete der Vorsitzende des Verbandes, Herr Senator WIRSCHINGER, die ordentliche Jahresversammlung im Gebäude des Bayerischen Landtages. Nach Feststellung der Beschlußfähigkeit begrüßte er die Vertreter der Mitgliedsverbände und die zahlreich erschienenen ausländischen Gäste, unter ihnen die Vertreter der Bundeskonferenz der Kammern der freien Berufe Österreichs, en ihrer Spitze Generalsekretär Dr. KLADOSEK, die Vertreter der Arbeitsgemeinscheft der freien Berufe im Österreichischen Wirtschaftsbund, der Rechtsanwaltskammern von Wien, Niederösterreich und dem Burgenland. Weiterhin dankte er Professor Dr. K. SPECHT, Leiter des Instituts für freie Berufe e. V. an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, für seine Anwesenheit und erwähnte die fruchtbare Zusammenarbeit des Verbandes mit dem Institut im abgelaufenen Jahr.

Der Vorsitzende eröffnete dann die Tagesordnung mit einem Überblick über die Arbeit des vergangenen Jahres. Mit Freude und Genugtuung konnte er auf den weiteren Ausbau der Mitarbeit der Freischaffenden in zahlreichen Gremien des öffentlichen Lebens hinweisen, so im Landesausschuß für Berufsbildung, im Landesplanungsbeirat und in den Bezirksplanungsbeiräten. Mit der Novellierung des bayerischen Rundfunkgesetzes erhielt der Verband auch einen Sitz im bayerischen Rundfunkrat, dem Beirat der Akademie für politische Bildung gehört nunmehr auch ein Vertreter der freiberuflich Tätigen an. Ferner wurde der Verband Mitglied in der Vereinigung der bayerischen Arbeitgeberverbände, mit denen sich bereits ebenso enge Kontakte ergaben, wie sie seit vielen Jahren mit den österreichischen und Schweizer Verbänden der freien Berufe bestehen. Mit diesen neu geschaffenen Möglichkeiten in Verbindung mit der Intensivierung der Bemühungen auf dem Sektor der Öffentlichkeitsarbeit gelingt es zunehmend, eine objektive Darstellung berufsständischer Probleme auf vielen Ebenen zu erreichen.

Anschließend wurde der Kassenbericht vorgetragen und nach dem Bericht des Verbandsrevisors die Entlastung des Vorstandes einstimmig gebilligt. Die Mitgliederversammlung befaßte sich anschließend mit den Berichten aus der Arbeit im Landesplanungsbeirat, Rundfunkrat und über das Institut für freie Berufe. Danach beschloß die Versammlung einstimmig, dem Aufnahmeantreg der Steuerberaterkammer München stattzugeben, wodurch auch diese Berufsgruppe der Freiberufler nunmehr im Verband repräsentiert ist. Ein Antreg der Bayerischen Landeszahnärztekammer auf Änderung der Fessung der Ziffer 9 b mußt wegen rechtlicher Bedenken aufgrund von Fristenversäumnis abgesetzt werden.

Der Vorsitzende stellte den neuen Verbandsgeschäftsführer, Herrn Assessor SÜFFERT, vor. Anschließend übergab Herr Senator Wirschinger den Vorsitz an den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Senator Professor Dr. H. J. SEWERING.

Eine längere und angeregte Diskussion widmete sich der Problematik, die Herr Architekt Dr. v. SEIDLEIN vortrug, nämlich die Schwierigkeiten und Benachteiligungen für die Angehörigen freier Berufe, wenn sie sich öffentlichen Aufgaben widmen oder ein politisches Mandat übernehmen; entweder können sie dadurch ihrem Beruf nicht voll nachgehen oder sie müssen die freiwillig übernommenen öffentlichen Verpflichtungen vernachlässigen. Mit der Untersuchung dieses Fragenkomplexes wurde eine Kommission beauftragt, der Herr Senator KLEIN, Herr Dipl.-Kaufmann DAHMEN v. BUCHHOLZ und Herr Architekt v. SEIDLEIN angehören.

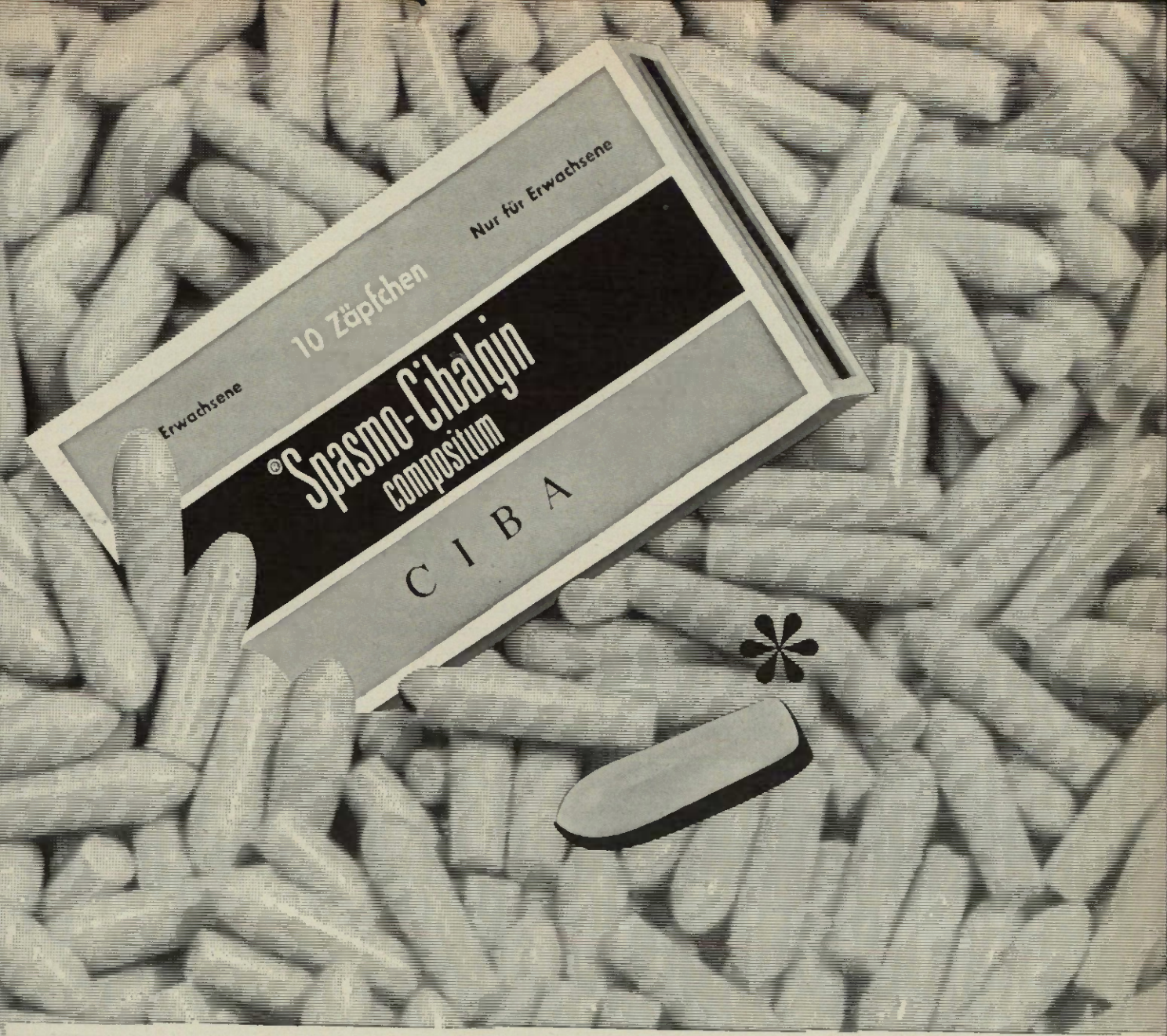
Professor Dr. H. J. Sewering schloß die Sitzung und dankte allen Anwesenden für ihr Erscheinen.

Der Präsident des Bayerischen Landtages, Herr Rechtsanwalt Rudolf HANAUER, gab am gleichen Abend für die Angehörigen der freien Berufe im Senatssaal einen Empfang. Er begrüßte die Anwesenden, an ihrer Spitze den Präsidenten des Bayerischen Senats, Freiherr POSCHINGER v. FRAUENAU, und wies auf die große Bedeutung hin, die dem Schaffen der freien Berufe in unserer Gesellschaftsordnung zukommt. Insbesondere würdigte er das Engagement der freiberuflich Tätigen auf den verschiedenen Gebieten des öffentlichen Lebens und ging auch auf ihre Sorgen und Nöte ein. Herr Senator Wirschinger dankte dem Gastgeber und sprach die Gewißheit aus, daß die Vertreter der freien Berufe auch in Zukunft die freiwillig übernommenen Verpflichtungen im Interesse des Gesamtwohles erfüllen werden.

Die anschließenden frohen Stunden der Geselligkeit brachten einen regen Erfahrungsaustausch mit den zahlreichen Vertretern der Legislative, der Staatsregierung, den leitenden Beamten der Ministerien und den etwa 300 Anwesenden des Verbandes, die einen breiten Querschnitt der freien Berufe repräsentierten.

„Heimdialyse" mit künstlichen Nieren

Die Staatsregierung will neben dem weiteren Ausbau der Transplantations- und Dialysezentren in den Krankenhäusern auch die sogenannte „Heimdialyse" fördern, bei der es sich um in neuester Zeit entwickelte



Das ist das 370.942.375. Zäpfchen ®Spasmo-Cibalgin compositum der 370.942.375. Therapieeinsatz bei starken Schmerzen und Spasmen

Zusammensetzung

	Amino-phenazon	Diallyl-barbitur-säure	Trasen-tin®-6H	Codein-phosphat
Dreg.	0,220 g	0,030 g	0,025 g	0,020 g
Zäpfch.	0,500 g	0,060 g	0,050 g	0,040 g

Indikationen Krampf- und Schmerzzustände im Bereich der Gallenwege, des Magen-Darm-Trakts sowie des Urogenitalsystems; Migräne, Dysmenorrhoe.
Postoperetive und posttraumetische Schmerzen; zur Schmerzlinderung in der Gynäkologie und in der Geburtshilfe, in der zahnärztlichen Praxis.

Kontraindikationen Akute intermittierende Porphyrie, akute Intoxikation durch Alkohol, Schlafmittel u. ä., für längere Anwendung euch echwere Nieren-, Leber- und Myokardschäden; Atemdepression bei Asthma bronchiale und Lungenemphysem.

Zu beachten Aufgrund individuell unterschiedlicher Ansprechbarkeit des Patienten kann das Reaktionsvermögen, besonders bei gleichzeitiger Alkoholeinnahme – z. B. im Straßenverkehr –, beeinflußt werden. Ein länger dauernder, pauseloser Gebrauch ist im allgemeinen zu vermeiden; gegebenenfalls sind periodische Blutbildkontrollen angezeigt.
Spasmo-Cibalgin compositum ist nicht für Kinder bestimmt. Für die Pädiatrie wurden ®Cibalen und ®Cibalen S entwickelt.

Handelsformen und Preise
Dragées 20 Stück – DM 6,55
Zäpfchen 5 Stück – DM 4,60; 10 Stück – DM 8,85
Anstaltspackungen

2732

künstliche Nieren handelt, die zu Hause beim Patienten installiert werden und ihn damit wesentlich von der Klinik unabhängig machen. Das geht aus der Beantwortung einer Schriftlichen Anfrage des SPD-Abgeordneten Karl WEISHÄUPL durch Arbeits- und Sozialminister Dr. Fritz PIRKL hervor.

In Bayern sind derzeit 15 Heimdialysegeräte im Einsetz, die auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden, ellerdings unter dem Vorbehalt einer späteren endgültigen Kostenteilung. Die Kassen streben dabei unter dem Rehabilitationsgesichtspunkt eine Beteiligung der Rentenversicherungsträger sowie der Kommunen und des Staates eufgrund des Entlastungseffekts für die Krankenhäuser an. Die Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassenverbände hat deshalb beim Arbeitsministerium die Bildung einer entsprechenden Arbeitsgemeinschaft in Bayern unter staatlicher Beteiligung angeregt.

Das Arbeitsministerium hat die Anregung aufgegriffen, weil es der Ansicht zuneigt, daß die Kosten der Heimdialyse nicht ausschließlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen gehen dürfen. In Verhandlungen mit den Landesversicherungsanstalten und den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern konnte bereits die grundsätzliche Bereitschaft über die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft zum Zwecke der organisatorischen Vorbereitung, Durchführung und finanziellen Sicherstellung der Versorgung chronisch nierenkranker Patienten erzielt werden. Das Arbeitsministerium verhandelt derzeit mit dem Finanzministerium über einen einmaligen Zuschuß des Freistaates Bayern in engemessener Höhe. Es kann damit gerechnet werden, daß die Arbeitsgemeinschaft in Bälde ihre Tätigkeit aufnimmt. r/V.

Vollversammlung des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU

„Auf das persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient kann als unabdingbare Voraussetzung für die Erheltung oder Wiederherstellung der Gesundheit nicht verzichtet werden. Dieses Prinzip setzt nicht nur die Eigenverantwortung des Patienten voraus, sondern auch die Freiberuflichkeit der Ärzte." Zu dieser Feststellung kam der Gesundheitspolitische Arbeitskreis der CSU bei seiner ersten Vollversammlung nach der Bundestagswahl, die vor allem der Diskussion gesundheitspolitischer Leitsätze und Zielvorstellungen diente.

In das Verhältnis zwischen Arzt und Patient dürfe der Staat nicht eingreifen, stellte der Arbeitskreis fest. Gesundheitspolitik dürfe nicht endgültig zum Schauplatz ideologischer Auseinandersetzungen werden. Wichtigste Themen der kommenden Arbeitstagungen werden vor allem das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Krankenhausplanung sowie die Wiedereingliederung körperlich und geistig Behinderter in die Gesellschaft sein.

Zum Landesvorsitzenden des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU wurde Professor Dr. Dr. Konrad-Friedrich DIETRICH, München, gewählt. Seine drei Stellvertreter sind Dr. Ernst Theodor MAYER, München, Dr. Hartwig HOLZGARTNER, München, und Dr. elle gesundheitspolitische Fragen fungieren Frau Dr. Otto SCHLOSSER, Rosenheim. Als Beiräte für aktu- Mathilde BERGHOFER-WEICHNER, MdL, Frau Maria GEISS-WITTMANN, MdL, Frau Marielies SCHLEICHER, MdL, Frau Dr. H. THEN-BERG, Franz v. PRÜMMER, MdL, Professor Dr. Hans-Joachim SEWERING, Ministerialdirektor Dr. Hans SCHMATZ und Dr. Helmut ZEDELMAYER.

Aus aller Welt

Marx und der Leistungszwang an der Humboldt-Universität

Gespräche mit Studenten in der DDR

von H. Carden

Zwei würdige Herren, überlebensgroß in Stein gehauen, bewachen das alte Portal der Universität, die noch immer ihren Namen trägt: Humboldt-Universität. Der Platz auf dem Denkmalsockel an der Renommierallee „Unter den Linden" in Ost-Berlin war für die Brüder Wilhelm und Alexander von Humboldt nie gefährdet. Für das Ideal von der humanistischen Bildung, das die belden zu Anfang des 19. Jahrhunderts entwickelt hatten, gibt es allerdings in den Lehrplänen der 54 Hochschulen und Universitäten der DDR keinen Platz mehr. Es wurde von den Ideen des Gelehrten-Kollegen Karl Marx verdrängt.

Sozialistische Kriterien

„Wir können an den Hochschulen nicht wählen zwischen gegensätzlichen Arten ideologischer Unterweisung", räumt Harald M., angehender Naturwissenschaftler, ein. Und er liefert mir auch gleich die Erklärung dafür: „Bei uns hat man sich ein für allemal für das sozialistische Gesellschaftssystem entschie-

den. Und da wir Studenten in ein paar Jahren schon an entscheidender Stelle für eine weitere Verbesserung des Sozialismus in der DDR werden arbeiten müssen – dies steht ausdrücklich in der Hochschulordnung –, ist der gesamte Studienplan eben nach sozialistischen Kriterien ausgerichtet."

Harald studiert Biologie im dritten Jahr. Auf die Zusammenhänge zwischen Studium und Politik in der DDR will er detaillierter eingehen, „gerne, aber bitte erst heute abend. Zunächst muß ich mich mal nach ein paar ganz bestimmten Holzschrauben umsehen, die ich für ein neues Regal brauche. Samstags schließen die Läden bei uns schon um ein Uhr." Ich war mit Harald am Eingang zur Humboldt-Universität verabredet. An dem kalten Samstagmorgen passierten nur wenige Studenten das Hochschulportal. Eine Gruppe junger Leute schleppt dicke Bücherpakete an. Ein Student mit breitem Schlapphut auf schulterlangem Haar erklärt einem schwarzen Kommilitonen den Weg zur Schinkelschen Ehrenwache. Am Tor vorbei geht der Strom der Wochenendbesucher aus dem „Westen" in Richtung Alexanderplatz. Viele bestaunen im Vorbeigehen ganz unverhohlen den langhaarigen Jungen mit dem Hut.

Demonstrationen unbekannt

Der Schlapphut ist in der DDR allerdings ebensowenig repräsentativ für studentisches Äußeres wie das leuchtend blaue FDJ-Hemd. Modischen Revoluzzerlook sucht man an den Universitäten der Deutschen Demokratischen Republik vergeblich. Rote Fahnen, Wandzeitungen und aufmüpfige Parolen aus der Sprühlackdose sind hier unbekannt. Protestaktionen und Demonstrationszüge der angehenden Akademiker, wie sie in der Bundesrepublik regelmäßig für Schlagzeilen sorgen, finden in der DDR nicht statt. Für „Marx an der Uni!" braucht man nicht auf die Straßen zu gehen, für mögliche Proteste – etwa gegen unliebsame außenpolitische Geschehnisse wie den US-Bombenkrieg gegen Nordvietnam – werden ordentlich Unterschriftenlisten ausgelegt. Und wer darüber hinaus noch Lust zu politischem Engagement verspürt, arbeitet in der Freien Deutschen Jugend (FDJ) mit, deren Mitglieder die Studenten und Schüler ohnehin zu rund 80 % sind.

Auf dreierlei Weise sorgt man in der BRD von Staats wegen dafür, daß der akademische Nachwuchs überwiegend fleißig, strebsam und karrierebewußt ist: wegen der knappen Zahl der Studienplätze ist die Zulassung zu den Hochschulen stark eingeschränkt. Das Studium ist straff organisiert, die Studiendauer kurz. Für besonders gute Leistungen erhält man zum Monatswechsel von Vater Staat, dem Grundstipendium von 195 Mark, das fast jeder Student bekommt, ein zusätzliches Leistungsstipendium.

Je nach Notendurchschnitt sind dies 40 bis 80 Mark im Monat. Mit dem Stipendium läßt es sich leben, wenn auch recht knapp. Für einen Platz im Zweibettzimmer in einem Berliner Studentenwohnheim zahlt man monatlich 18 Mark. Lehrmittel sind frei, und ein typisches Mensa-Essen ist für 60 Ptennig zu haben. Die öffentlichen Verkehrsmittel sind billig. Für größere Anschaffungen wie Kleidung und Schuhe oder ein besonders teures Fachbuch reicht das Geld allerdings nicht. „Da müssen die Eltern aushelfen. Oder man verdient mit Werkarbeit etwas hinzu, besonders in den Ferien. Auch bei den obligatorischen Arbeitseinsätzen kann man was verdienen", erläutert Harald.

Russisch obligatorisch

Der angehende Biologe Harald hat vor ein paar Wochen den ersten Teil seines Studiums, das Grundstudium, erfolgreich beendet. „Damit wir nicht zu Fachidioten werden, wie man bei euch sagt, besteht der Lehrstoff dieser ersten Studienphase zu etwa einem Drittel aus dem Studium des Marxismus–Leninismus. Russisch ist ebenso obligatorisch wie eine zweite Fremdsprache (meist Englisch), hinzu kommt die Ptlicht zur Teilnahme am wöchentlichen Sportunterricht." Zwischenprüfungen sorgen dafür, daß der Studieneifer nicht erlahmt.

Im zweiten Teil seines Studiums, dem Fachstudium, kann Harald sich ganz seinem Spezialgebiet widmen.

Dismenol®

1 Tablette enthält: Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyrazolon 0,25 g

Prämenstruelle Beschwerden, Kopf- und Kreuzschmerzen bei Dysmenorrhoe, Blasen-Tenesmen, Spasmen der glatten Muskulatur.

Kontra-Indikationen der Pyrazolonderivate
Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

Dosierung: 2–3 mal täglich eine Tablette

Packung mit 15 Tabletten DM 3.10
Packung mit 150 Tabletten DM 24.–
Klinikpackung mit 500 Tabletten DM 58.–

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

Die ideologische Unterweisung ist mit dem Grundstudium beendet. Allerdings erwartet man von ihm euch weiterhin ein Minimum an „gesellschaftlicher Aktivität": regelmäßigen Besuch von FDJ-Veranstaltungen etwa, von Perteiveranstaltungen an der Hochschule („das ist auch mal ein Filmabend oder sonst was Kulturelles") und sportliche Betätigung. Von den zweimonatigen Ferien muß ein Teil entweder für Praktike oder für „gesellschaftlich nützliche" Tätigkeit (Einsatz bei der Ernte, bei Streßenbauarbeiten oder in Betrieben) aufgewendet werden.

Für die meisten Studenten ist das Studium nach vier Jahren mit der Diplomprüfung beendet. Nur wer hohe wissenschaftliche Quelifiketionen vorweisen kann, wird zu einem weiteren Studienjahr zugelassen und kann promovieren.

Ständige Kontrollen

Während in der Bundesrepublik in den letzten Jahren besonders die progressiven, „linken" Studenten immer wieder für einen Abbau von zu viel Leistungszwang im Studium plädiert haben, weil er krank machen kann, neurotisch, und Kontektarmut und Prüfungsängste erzeuge, hört man als westlicher Besucher in der DDR keine studentischen Klagen über die Fülle an Lehrstoff, über den straffen, ständigen Kontrollen unterworfenen Studiengang und die Reglementierung des gesamten Studiums. Die Zulassung zum Studium ist eine Auszeichnung, für die man nur zu gerne büffelt. Das intensive Studium des Marxismus-Leninismus (im Jargon kurz M.-L.-Studium genannt) scheint aus den Studenten eher Konformisten als Sozialisten zu machen. „Der Stoff des M.-L.-Lehrplans wird bei den Prüfungen einfach abgefragt. Viele Kommilitonen haben viel eher Schwierigkeiten, glatt durch die Russisch-Prüfungen zu kommen, ohne die sie sich das Leistungsstipendium vermasseln können", berichtet Haralds Freundin Helga S. Sie studiert in Leipzig Literaturwissenschaften und ist übers Wochenende nach Berlin gekommen. Sie und Harald schätzen den Anteil gestandener Sozialisten (in offizieller Terminologie die „gesellschaftlich zuverlässigen Kräfte") unter den Studenten auf etwa 10 %. „Die meisten von uns finden es zwar gut, in einem sozialistischen Staat zu leben, doch die verkrusteten Parteistrukturen sollten hin und wieder mal durch ein bißchen Zweifel am Apparat aufgelockert werden dürfen", wünscht Harald. Und Helga fügt hinzu: „Wir dürfen schon mal kritische Fragen stellen. Doch dann findet sich schnell ein Offizieller, der uns lieber mit Verlautbarungen aus dem letzten Parteiprogramm abspeist, anstatt mit uns zu diskutieren."

Verschlossener „Giftschrank"

Selbst nachzudenken – kaum jemandem scheint man es zuzutrauen. So findet auch der Germanistik-Student Wolfgang R. nichts dabei, wenn er es einerseits bedauert, daß ihm nicht aller Lesestoff, den er eigentlich für seine Prüfungsarbeit einsehen müßte, zugänglich ist. „An den ‚Spiegel' läßt man mich auch nicht ran". Aber gut finde er es doch, „daß nicht jeder an den ‚Giftschrank' rankann." Wolfgang genügt ellen Ansprüchen gesellschaftlicher Zuverlässigkeit. Er ist engagiertes Mitglied der SED, des FDGB und der FDJ. Nach der Promotion möchte er sich der Schulungsarbeit in der Pertei und Gewerkschaft widmen. „In zehn Jahren, denke ich, werden wir es uns leisten können, unsere Staatsgrenzen auch nach Westen zu öffnen, ohne befürchten zu müssen, noch einmel so viele Arbeitskräfte an die Bundesrepublik zu verlieren wie in den fünfziger Jehren. Wenn wir erst mal die Versorgungsengpässe bei begehrten Konsumgütern abgeschafft haben und die Leute nicht mehr fasziniert auf die Werbesendungen im Westfernsehen starren, weil sie sich den Kram auch hier keufen können, dann braucht man sich in der DDR auch nicht mehr zu fürchten vor einer Massenflucht in euren Goldenen Westen", meint Wolfgang ironisch. Seine Schwester, die sich bisher nicht an der Unterhaltung beteiligt hat, fügt nachdenklich hinzu: „Manche Genossen in der Partei sind endlich dabei, zu begreifen, daß sie lernen müssen, sich mit unserer Kritik – an praktischen Problemen und auch em theoretischen Konzept – auseinanderzusetzen, anstatt sie einfach zu verbieten oder sie hartnäckig zu überhören." Denn: „Sozialismus ist schließlich ein lebendiges Gesellschaftsmodell, das sich nach den Bedürfnissen seiner Mitglieder zu richten hat. Und die sind nicht schon dann restlos erfüllt, wenn jede Familie in der DDR einen Wartburg ihr eigen nennt."

Zittern um Karriere

Besonders hart ins Gericht mit „seinem Staat", den er nicht sozialistisch nennen möchte, geht der Student der Schönen Künste, Volker A., von dem ich eigentlich erfahren wollte, wie man es in einem vor allem auf wirtschaftliche Effektivität bedachten Land wie der DDR anstellt, ein künstlerisches Fach studieren zu können. Wegen seiner „bürgerlichen" Herkunft hatte man Volker zunächst den Zugang zur Oberschule verwehrt. Er absolvierte eine Lehre, meldete sich dann für mehrere Jahre als Freiwilliger zur Volksarmee und durfte dann an der „Arbeiter- und Bauern-Fakultät", einer Eliteschule der SED, sein Abitur nachholen. Mit seinen vorzüglichen Noten erhielt der eifrige FDJ-Funktionär Volker euch sofort den erwünschten Studienplatz.

Sein Gesangsstudium verlief zur vollen Zufriedenheit seiner Lehrer.

Mit dem Studium des Marxismus-Leninismus allerdings gab es bald Schwierigkeiten. Statt des erwarteten Studiums der Werke von Marx, Engels und Lenin wurden, wie Volker es nennt, „Erkenntnisse aus Büchern über Bücher der Sozialismus-Väter vorgetragen." „Bald bin ich nicht mehr hingegangen und habe zu Hause oder im Park die Originale studiert." Dieses eigenwillige Selbststudium hätte um ein Haar Volkers

Für ein gesundes Wachstumsalter

»KalzanVit«
Vitamine + Calcium

WÜLFING W

I. Zusammensetzung:

1 Tablette enthält:

300	mg	Calciumcitrat
160	mg	Calciumhydrogenphosphat
500	I.E.	Vitamin A
0,4	mg	Vitamin B_1
0,4	mg	Vitamin B_2
1	mg	Calcium-D-pantothenat
20	mg	Vitamin C
350	I.E.	Vitamin D_3
0,4	mg	Vitamin E
5	mg	Rutin
0,041	mg	Calciumfluorid

II. Indikationen:

Zur Deckung eines erhöhten Vitamin- und Calcium-Bedarfs sowie zur Behandlung von Mangelzuständen während Wachstum und Dentition, zur Kariesprophylaxe, bei allergischen Reaktionen.

III. Kontraindikationen:

Hyperkalzämie, Hyperkalzurie

IV. Dosierung und Anwendung:

2 bis 3 mal täglich 1 Tablette gut zerkaut einnehmen. KalzanVit-Tabletten werden wegen ihres Schokoladengeschmacks von Kindern gerne genommen.

V. Handelsformen und Preise:

Packung mit 50 Tabletten DM 4,10
Packung mit 100 Tabletten DM 7,05

Wülfing Arzneimittel Neuss

akademische Lehrjahre vorzeitig beendet. Mit Marx und Engels unterm Arm trat er gegen seine öffentlichen Kritiker in der Studiengruppe an. „Die konnten mir gar nichts nachweisen. Ich mußte danach allerdings versprechen, zum M.-L.-Unterricht zu gehen, damit sich der Lehrer nicht blamiert fühlte."

Volker ist fest davon überzeugt, Sozialist zu sein, seine Kommilitonen hält er in der Mehrzahl für karrieresüchtige Konformisten. „Kritik verkneifen sich die meisten, weil sie um ihre Karriere zittern, um die zahlreichen Privilegien, die ihnen ein erfolgreicher Studienabschluß sichert". Und: „Von Sozialismus haben die doch keine Ahnung."

Der angehende Sänger Volker und der zukünftige Parteifunktionär Wolfgang sind Beispiele dafür, zu welch unterschiedlichen Ergebnissen selbst ein so straff ideologisch ausgerichtetes Studiensystem wie das der DDR führen kann. Die beiden hätten erhebliche Verständigungsschwierigkeiten, sollten sie sich jemals über den Weg laufen und über Sozialismus diskutieren wollen.

(aus „General-Anzeiger für Bonn und Umgebung")

Amtliches

Mitwirkung von Ärzten bei Veröffentlichungen in der Laienpresse, im Hörfunk, Fernsehen und bei Filmdarstellungen sowie bei öffentlichen Vorträgen

Die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns untersagt dem Arzt in § 19 Abs. 1 „jegliche Werbung und Anpreisung." „Besonders standesunwürdig ist es, Heilmittel oder Heilverfahren durch Veröffentlichung in Wort und Ton, Schrift und Bild in einer Weise zu behandeln, die geeignet ist, für die eigene Praxis zu werben."

Das erfreulich gesteigerte Gesundheitsbewußtsein und das damit verbundene Informationsbedürfnis der Bevölkerung auch über die Fortschritte der Medizin in der Früherkennung, Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie über Einrichtungen, welche diesen Aufgaben dienen, führt dazu, daß darüber in der Tagespresse von oftmals wenig sachkundigen Verfassern Artikel erscheinen, welche die befragten Ärzte mit ihren Namen, dem Ort ihrer Tätigkeit und teilweise mit ihren Abbildungen enthalten.

In vielen Fällen sind sich die Ärzte nicht im klaren, in welcher Weise ihre im Sinne einer sachlichen Information der Leser gegebenen Auskünfte von den Berichterstattern im journalistischen Stil aufgemacht werden, damit sie bei den Lesern entsprechend ankommen.

Um den Ärzten für ihre Mitwirkung in den verschiedenen Medien zur Unterrichtung der Öffentlichkeit über medizinische Probleme Anleitungen in bezug auf die Sache wie auch auf ihre Person zu geben, hat der Vorstand der Bundesärztekammer die nachstehenden Richtlinien zur Beachtung empfohlen. Sie sollen die ihnen durch die Berufsordnung hierbei gesetzten Grenzen aufzeigen und sie vor Verstößen gegen die für sie verbindlichen Berufspflichten und damit vor etwaigen berufsaufsichtlichen Folgen bewahren.

Die Richtlinien lauten wie folgt:

„Die sachbezogene Mitarbeit von Ärzten als Vertreter ihres Berufsstandes in der Presse, bei Rundfunk und Fernsehen ist aus medizinischen und standespolitischen Erwägungen geboten; zur fachlich einwandfreien und medizinischen Aufklärung des Individuums, zur Förderung der Gesundheitspflege der Bevölkerung und zur Schaffung und Gewinnung von Verständnis und Unterstützung für die Anliegen der Ärzteschaft.

Die Standesorganisationen und Berufsvertretungen stehen den Ärzten bei publizistischer Tätigkeit beratend zur Verfügung. Daraus ergibt sich die zwingende Forderung, daß bei der Behandlung sowohl medizinischer als auch standespolitischer Themen in den Massenmedien die Sache und nicht die Person im Vordergrund zu stehen hat. Zu vermeiden ist die standesunwürdige Herausstellung und Betonung der Person des Arztes als persönliche Werbung und Darstellung besonderer diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten eines einzelnen Arztes, die beim Laienpublikum den Eindruck der Allgemeingültigkeit oder der Exklusivität erwecken.

Individuelle Diagnosestellungen und Therapieanweisungen im Sinne der Fernbehandlung sind sowohl in der Presse wie auch im Rundfunk und Fernsehen unzulässig.

Für die publizistische Praxis sind insbesondere folgende Punkte zu beachten:

1. Die Erwähnung des Namens des Arztes und der nach der Berufsordnung zulässigen Bezeichnung ist erlaubt, hingegen bleibt die wiederholte, betonte oder auffällige Nennung des Namens untersagt. Zu vermeiden sind beispielsweise unverhältnismäßig große Namenstitel in Illustrierten oder die häufige Einblendung des Namens bei Fernsehsendungen.
2. Das Bild des ärztlichen Autors ist nur dann zu verwenden, wenn es aus sachlichen Gründen unab-

dingbar ist (z. B. Fernsehen) oder wenn die Verwendung des Bildes zur Art des Mediums gehört.

3. Ärztliche Leistungen sollen werberisch nicht herausgestellt werden.
4. Herabsetzende Äußerungen über Kollegen, ihre Tätigkeit und über medizinische Methoden sind zu unterlassen.
5. Bei Veröffentlichungen sind persönliche Auffassungen nicht als Normen für ärztliches Handeln herauszustellen.
6. Vor Veröffentlichungen soll sich der Arzt das Recht vorbehalten (auch bei Funk- und Fernsehsendungen) Einsicht zu nehmen und Korrekturen anzubringen. Die endgültige Form der Veröffentlichung ist nach Möglichkeit zu überprüfen.
7. Bei Life-Sendungen und Magnetaufzeichnungen ist im Hinblick darauf, daß nachträgliche Korrekturen nicht mehr möglich sind, besondere Sorgfalt geboten."

Versicherung des Praxis- und Klinikpersonals gegen Berufskrankheit und -unfall

Die in der Praxis mitarbeitenden Personen (Assistenten, Medizinalassistenten, Ehefrauen, Arzthelferinnen und -lehrlinge) sind gesetzlich gegen Berufskrankheiten und -unfall bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg zu versichern. Das gleiche gilt für das Personal in Kliniken, Sanatorien u. ä.

Die Entrichtung der Prämien für diese Personen erfolgte bis zum 31. Dezember 1972 aufgrund eines Ärztetagsbeschlusses in Form der korporativen Beitragszahlung seitens der in Betracht kommenden Ärzte über die Bayerische Landesärztekammer mit dem in der Beitragsordnung festgesetzten Kammerbeitrag bzw. dem zusätzlichen Kammerbeitrag, sofern mehr als drei Personen beschäftigt wurden.

Der 25. Bayerische Ärztetag 1972 hat im Rahmen der Beratungen über den Finanzbericht der Kammer beschlossen, entsprechend der Anregung der Berufsgenossenschaft sowie dem Beispiel der übrigen Landesärztekammern folgend, das bisherige Verfahren zugunsten des Einzelveranlagungsverfahrens seitens der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zum 31. Dezember 1972 zu kündigen, nachdem die Berufsgenossenschaft ihre Kartei inzwischen auf EDV umstellen konnte und auf diesem vereinfachten Weg die Beitragserhebung durchgeführt werden kann.

Die Veranlagung zum Beitrag für 1973 wird seitens der Berufsgenossenschaft aus technischen Gründen jedoch erst Anfang 1974 erfolgen.

Der gesetzliche Versicherungsschutz der eingangs genannten Personen wird für das laufende Jahr 1973 davon nicht berührt, d. h., er bleibt in vollem Umfange bestehen.

TAMPO-VAGAN®

Vaginalkugeln C-N

Sicher und reizlos wirksam bei Fluor vaginalis verschiedener bakterieller Genese, bei Cervical- und Vaginalinfektionen. Juckreizstillend und entzündungshemmend. Kontraindikationen: Spezifische Infektionskrankheiten. Keine Nebenwirkungen.

Zus. Hydrocortisonazetat 0,005 g, Neomycinsulfat 0,005 g, Sulfanilamid 0,4 g, Sulfathiazol 0,1 g.

Packung mit 8 Globuli DM 5,15

Bestellschein an: AGM, 1 Berlin 21, Eresmusstr. 20-24
Schrifttum und Muster von Tempovagan erbeten.

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel) BayÄ

AGM AKTIENGESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE 1 BERLIN

URICOPATHIE

Dosierung: 1 Tablette täglich.

Hinweis: Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbesondere zu Beginn der Behandlung, mindestens 1,5 bis 2 Ltr. Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen. Bei Steindiathese empfiehlt sich die Einstellung des Urins auf den annähernd neutralen Bereich von pH 6,4 – 6,8, speziell bis zur Normalisierung der Serumharnsäurewerte.

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 mg Benzbromaronum

Kontraindikationen: Mittelschwere bis schwere Niereninsuffizienz. Bei niereninsuffizienten Patienten mit einer glomerulären Filtratrate unter 20 ml/min bzw. bei Serumkreatininwerten über ca. 3,5 mg % ist eine ausreichende serumharnsäuresenkende Wirkung von URICOVAC nicht mehr mit Sicherheit zu erwarten.
Obwohl URICOVAC in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.

Handelsformen: OP mit 30 Tabletten = 1 Monatspackung DM 29,– m. MwSt., AP mit 300 Tabletten.

LABAZ GMBH
Pharmazeutische Präparate · 4000 Düsseldorf · Postfach 5126

Änderung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung

vom 25. Januar 1973

Aufgrund des Art. 9 Abs. II des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. Dezember 1933 (BayBS I S. 242), zuletzt geändert am 29. Mai 1970 (GVBl. S. 201), wird die Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung vom 9. Juni 1971 (GVBl. S. 210) auf Beschluß des Landesausschusses und mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern (Schreiben vom 12. Oktober 1972, Nr. I A 4 – 938 – 40/34) sowie mit fachaufsichtlicher Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr (Schreiben vom 21. September 1972, Nr. 5141 g – IV/6 a – 42852) wie folgt geändert:

1. § 63 wird wie folgt geändert:
   a) Der bisherige Wortlaut wird bezeichnet mit Absatz „1".
   b) Es werden zwei neue Absätze angefügt mit folgendem Wortlaut:

   „(2) Ist die durch eine Erklärung gemäß § 22 Absatz 2 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 Nr. 1 in Lauf gesetzte Frist von 10 Jahren verstrichen, so kann eine erneute Erhöhung des Sterbegeldes auch dann vereinbart werden, wenn das Mitglied zwar älter als 45 Jahre ist, das 55. Lebensjahr jedoch noch nicht vollendet hat. Die erneute Erhöhung muß zeitlich unmittelbar an die abgelaufene Frist anschließen. Für die Vereinbarung gelten § 22 Absatz 2 und § 40 Absätze 2 und 3 entsprechend; die Beiträge ergeben sich aus den Tabellen 1 a oder 3 der Anlage zur Satzung.

   (3) Für die in den Jahren 1971 und 1972 abgelaufenen Fristen gilt der unmittelbare Anschluß im Sinne von Absatz 2 Satz 2 gewahrt, wenn die Erklärung zum Zwecke der erneuten Erhöhung des Sterbegeldes bis 31. Dezember 1972 der Bayerischen Ärzteversorgung zugegangen ist."

2. Nach Tabelle 1 der Anlage zur Satzung wird eingefügt:

„Tabelle 1 a (Zu § 63 Abs. 2)

Abgabe der Erklärung im	Höhe der ¼jährlichen Mehrzahlung DM
46. Lebensjahr	18,–
47. „	19,50
48. „	21,50
49. „	23,–
50. „	25,50
51. „	27,50
52. „	30,–
53. „	33,–
54. „	36,–
55. „	39,50"

3. Diese Satzungsänderung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1971 in Kraft.

(aus: „Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt" Nr. 3/1973)

Rechtsfragen

Standeswidrige Werbung eines Sanatoriums in Zeitungsanzeigen

Auch nach der Neufassung der ärztlichen Berufsordnung zum Thema „Anzeigenwerbung von Sanatorien usw." ist davon auszugehen, daß auch auf diesem Sektor kein Sonderrecht für Ärzte in Sanatorien geschaffen wurde. Erlaubt wurde lediglich die Angabe des Hauptindikationsgebiets bei Anzeigen, nicht aber weitere Hinweise, die nach wie vor standeswidrige Anpreisung sind.

Das Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München hatte am **12. Dezember 1972 (Az.: BG Ä 3/72)** den Tatbestand zu würdigen, daß ein ärztlicher Sanatoriumsinhaber neben dem Hauptindikationsgebiet eine Fülle von „Spezialleistungen" anbot (z. B. operationslose Heilung von Hämorrhoiden, Darmvorfall usw.; Frischzellenbehandlung; biologisch-naturgemäße Ganzheitsheilmethoden usw.). Das Berufsgericht kam zu einer eindeutigen Verurteilung des Arztes. Von Interesse ist dabei, daß auch die unzutreffende Ratserteilung durch einen Rechtsanwalt, die Werbung trotz Informierung seitens der ärztlichen Standesorganisation im bisherigen Umfang fortzusetzen, nicht als Rechtfertigung des Verhaltens des Arztes anerkannt wurde.

Aus den Gründen:

. . .

„Grundsätzlich ist von der Einheit des Begriffs der Standesehre auszugehen, d. h., die Pflichten derjenigen Ärzte, welche ein Sanatorium oder eine Klinik leiten, sind nach den gleichen Grundsätzen zu beurteilen wie diejenigen der übrigen Ärzte. Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen den Standespflichten des ein Sanatorium oder eine Klinik leitenden Arztes und des eine Praxis betreibenden Arztes ist nicht anzuerkennen. Insbesondere kann ein solcher Unterschied aus der Notwendigkeit der Anlockung des Publikums zugunsten des Klinikleiters nicht gerechtfertigt werden. Die Tatsache der Leitung einer Klinik erzeugt für den Arzt kein Sonderrecht in dem Sinn,

daß er befugt wäre, sich rein kaufmännischer und gewerblicher Reklame zu bedienen. Es läßt sich allerdings nicht leugnen, daß zwischen den Verhältnissen des seine Praxis auf regelmäßige Art und Weise ausübenden und des eine Klinik leitenden Arztes eine gewisse Verschiedenheit obwaltet. Der Klinikleiter hat in erhöhtem Maß eine Beziehung zur Öffentlichkeit. Er ist oft nicht nur im eigenen, sondern auch im fremden Interesse auf das Publikum angewiesen. Die Klinik muß sich Patienten nicht nur aus ihrem Standort, sondern aus weiter entfernten Gebieten heranziehen. Der eine Klinik leitende Arzt arbeitet mit einem größeren Risiko als der einzelne seine Praxis ausübende Arzt. Den Patienten in Kliniken wird außer der ärztlichen Behandlung auch Beherbergung und Verpflegung gewährt. Diese Verschiedenheit kann aber eine verschiedenartige Normierung der Standespflichten nicht herbeiführen. Sie rechtfertigt nur gewisse Modifikationen bei Erfüllung dieser allen Ärzten gemeinsamen Pflichten. Im Laufe der Zeit hat sich nun der Grundsatz herausgebildet, daß ein gewisser Spielraum für die Bekanntmachung einer Klinik dem ärztlichen Leiter gelassen werden muß. § 19 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1971 (veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt", Sondernummer vom November 1970) trägt der Sonderstellung der Sanatorien, Institute oder Kliniken bezüglich des Inserierens Rechnung. Danach sind als Werbung nicht solche Anzeigen und Ankündigungen anzusehen, in denen neben dem Hauptindikationsgebiet der ärztliche Inhaber oder leitende Arzt mit seinem Namen und seiner Arztbezeichnung angegeben wird.

Die Anzeigen Dr. X. halten sich nicht in diesen Grenzen. Dr. X. hat sich nicht darauf beschränkt, das Hauptindikationsgebiet anzuzeigen. Er hat vielmehr zahlreiche Indikationen und Behandlungsmaßnahmen in die Anzeige aufgenommen.

Die fortlaufende Veröffentlichung der Anzeige trotz Hinweises auf die einschlägige Vorschrift der Berufsordnung und die damit verbundene Abmahnung durch die Ärztekammer und den Ärztlichen Kreisverband stellt einen fortgesetzten und daher groben Verstoß gegen § 19 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns dar.

Dr. X. hat zwar von Rechtsanwalt Y. in dem Schreiben vom ... den Rat erhalten, die Werbung im bisherigen Umfang fortzusetzen. Er hat aber außerdem durch Vermittlung dieses Anwalts einen Abdruck der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, des Urteils des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München, Heft 3/1971, Seite 282, des „Bayerischen Ärzteblattes" und des Schreibens der Ärztekammer vom ... erhalten. Aus diesen Unterlagen mußte Dr. X. ersehen, daß innerhalb des Berufsstandes eine einheitliche und gefestigte Standesauffassung über Art und Umfang der Klinikwerbung besteht. Er hat sich bewußt über diese berufsständischen Anschauungen hinweggesetzt, deren Einhaltung die berufsständische Ehre nach der Auffassung der Standesgenossen verlangt.

Mit Rücksicht darauf, daß Dr. X. in seinem standeswidrigen Verhalten durch den Rat des Anwalts bestärkt worden ist und nunmehr die beanstandete Werbung unterbunden hat, kann ohne Hauptverhandlung im abgekürzten Verfahren nach Art. 51 Abs. 3 KaG entschieden werden. Dem Berufsgericht erscheinen ein Verweis und eine Geldbuße von DM 200,– noch als ausreichende Ahndung.

Nach Art. 62 Abs. 1, Art. 64 KaG in Verbindung mit § 465 StPO hat Dr. X. die Kosten des Verfahrens einschließlich der gerichtlichen Auslagen zu tragen.

Die Verfahrensgebühr ist nach Art. 62 Abs. 2 KaG auf DM 200,– festzusetzen."

Poellinger, München

Personenstand

Der Personenstand eines Menschen wird in dem Personenstandsgesetz vom 30. November 1937 i. d. F. vom 8. August 1957 geregelt. Er umfaßt die zu einer Familie begründete Rechtsstellung des Menschen. Das Gesetz enthält insbesondere Bestimmungen über das Aufgebot, Heiratsbuch und Familienbuch, das Geburten- und Sterbebuch und die Beurkundung des Familienstandes und das Standesamt. Für den Arzt sieht das Gesetz in einigen Fällen Anzeigepflichten vor. So ist der Arzt, „der bei der Geburt zugegen war", nach dem ehelichen Vater und der Hebamme anzeigepflichtig. Die Pflicht zur – mündlichen – Anzeige der Geburt besteht aber für ihn nur, wenn eine in der Reihenfolge früher genannte Person nicht vorhanden oder an der Anzeige verhindert war. In öffentlichen Krankenanstalten hat der Anstaltsleiter oder der von der zuständigen Behörde ermächtigte Beamte die Anzeige zu erstatten. Bei Sterbefällen kann sich eine mündliche Anzeigepflicht für den Arzt ergeben, wenn ein Familienoberhaupt oder eine Person in der Wohnung, in der sich der Sterbefall ereignet hat, nicht vorhanden oder an der Anzeige verhindert ist. Das Personenstandsgesetz trifft auch Bestimmungen über Fehl- und Totgeburten. Wenn eine Leibesfrucht weniger als 35 cm lang ist und keine Lebensmerkmale gezeigt hat, gilt sie als Fehlgeburt. Sie wird nicht in den Personenstandsregistern beurkundet, eine Anzeige ist daher auch nicht erforderlich. Wenn eine Leibesfrucht mindestens 35 cm lang ist und keine Lebensmerkmale festzustellen sind, gilt sie als ein totgeborenes oder in der Geburt verstorbenes Kind. Hier ist entsprechend den Vorschriften über Lebendgeburten die Anzeigepflicht gegeben. Eine Eintragung erfolgt nur im Sterbebuch.

Die Problematik, die sich in den letzten Jahrzehnten auf den Gebieten der Intersexualität und der Transsexualität ergeben hat, ist in dem Personenstandsgesetz noch nicht berücksichtigt. Sie läßt sich auch

schwer generell in einem Gesetz regeln. Nach dem geltenden Gesetz erfolgt die personenstandsrechtliche Geschlechtsbestimmung durch die Eintragung im Geburtenbuch, der meist die Anzeige einer Entbindungsanstalt zugrunde liegt. Eine Berichtigung der Eintragung wird nach der Rechtsprechung nur zugelassen, wenn eine von Anfang an bestehende Unrichtigkeit der Eintragung vorgelegen hat. Das ist der Fall, wenn eine vorgenommene Korrektur mit einer schon bei der Eintragung vorhanden gewesenen natürlichen Anlage zusammenhängt, die nicht eindeutig erkannt worden war. Im Gegensatz zu diesen Fällen der Intersexualität wird dagegen dann, wenn durch eine Operation erst mit einer nachträglichen Veränderung der körperlichen Erscheinung eine Geschlechtsänderung bewirkt wird, eine Änderung der Geschechtszugehörigkeit im Geburtenbuch nicht vorgenommen. Es dürfte bei dieser Rechtsprechung angebracht sein, einen Patienten vor einer geschlechtsumwandelnden Operation auf die Rechtslage hinzuweisen, die künstlich geschaffene, nicht naturbedingte Veränderungen nicht als Geschlechtsveränderungen anerkennt.

Dr. jur. Georg Schulz

(aus „Medical Tribune" Nr. 5, 2. Februar 1973)

Brief aus Bonn

Der Weg für den Erlaß einer neuen Bundespflegesatzverordnung ist frei. Der Bundesrat hat dem Regierungsentwurf, der noch im November von Bundesgesundheitsminister Frau Strobel vorgelegt worden war, zugestimmt. Der Bundesrat, in dem die CDU-regierten Länder über eine knappe Mehrheit verfügen, hat freilich noch eine Reihe wichtiger Änderungen durchgesetzt. Eine davon betrifft den Termin des Inkrafttretens. Aus dem 1. Juli 1973 ist in der Verordnung der 1. Januar 1974 geworden. So unwichtig, wie das auf den ersten Blick erscheinen mag, ist das nicht. Auf der einen Seite haben die Krankenhäuser ein halbes Jahr länger auf kostendeckende Pflegesätze zu warten. Auf der anderen Seite könnte den Ländern aber auch daran gelegen sein, so wird in Bonn spekuliert, noch in diesem Jahr die Pflegesätze kräftig anzuheben. Im Krankenhausfinanzierungsgesetz ist nämlich festgelegt, daß die Pflegesätze der Krankenhäuser wegen der neuen Pflegesatzverordnung bis Ende 1977 jährlich um nicht mehr als zehn Prozent angehoben werden dürfen. Mit dieser Gesetzesklausel sollten die Finanzen der Krankenversicherung und damit deren Beitragszahler geschont werden. Die Wirksamkeit dieser Schutzklausel könnte von den Ländern unterlaufen werden, wenn sie im laufenden Jahr, um die eigenen Finanzen zu entlasten, die Pflegesätze erst einmal kräftig in die Höhe steigen ließen.

Die Beschreibung dieser Randprobleme soll nicht das zentrale Anliegen der neuen Pflegesatzverordnung verdrängen. Die Verordnung ergänzt das Krankenhausfinanzierungsgesetz und schafft die Voraussetzung zur wirtschaftlichen Sicherung unserer Krankenhäuser. Die Verordnung geht davon aus, daß alle medizinisch notwendigen Kosten einer stationären oder einer halbstationären Behandlung in einem pauschalierten Pflegesatz zusammengefaßt werden. Die zusätzliche Berechnung medizinisch notwendiger Leistungen wird also künftig nicht mehr möglich sein. Mit dem Pflegesatz müssen die Kosten des Behandlungsfalles voll abgedeckt werden. Nach den Grundsätzen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes übernehmen Länder und Bund aber die Investitionsaufwendungen.

Der neue Gesundheitsminister, Frau Focke, bezeichnete es vor dem Bundesrat als das erste Ziel der Verordnung, in Zukunft jedem Patienten unabhängig von seinen Vermögensverhältnissen die medizinisch notwendige Versorgung mit Krankenhausleistungen zu sichern. Daran hat es doch wohl auch bisher nicht gefehlt. Oder? Hauptanliegen der Krankenhausreform sollte es doch vielmehr sein, die Krankenhäuser von ihren Milliarden-Defiziten zu befreien und damit die Voraussetzungen für ein insgesamt moderneres leistungsfähigeres Krankenhauswesen zu schaffen.

Frau Focke hat auch von einem „entscheidenden Schritt" zur Chancengleichheit aller Patienten im Krankenhaus gesprochen, weil für alle ein gleicher Pflegesatz gelte, und zwar unabhängig davon, ob der Patient selber oder die Sozialversicherung die Kosten letztlich trage. So weit, so gut. Dennoch erscheint die Meinung des Hartmannbundes, bei der Reform sei man auf „halbem Wege" steckengeblieben, nicht ganz unbegründet. Jeder Patient soll künftig die Möglichkeit erhalten, im Krankenhaus in einem Einbett- oder Zweibettzimmer zu liegen, sofern entsprechende Zimmer frei sind und der Patient die höheren Kosten übernimmt. Die Wahl einer besseren Pflegeklasse soll nicht mehr an eine besondere ärztliche Behandlung und die private Liquidation des Chefarztes gekoppelt sein. CDU-regierte Länder wie Schleswig-Holstein hatten sich zunächst dafür eingesetzt, in der Verordnung verbindlich vorzuschreiben, auch den Patienten der allgemeinen Pflegeklasse die freie Arztwahl, verbunden mit der Privatliquidation, einzuräumen. Dazu ist es nicht gekommen. Frau Focke hat sich vor dem Bundesrat ausdrücklich gegen eine Ausweitung der Privatliquidation ausgesprochen. Die Bundesratsmehrheit hat eine Formulierung durchgesetzt, die nicht ausschließt, daß ein Krankenhaus künftig Arztleistungen auch im Mehrbettzimmer als gesondert berechenbare Leistungen anbietet und auch gesondert berechnet. In dieser Frage wird es künftig wohl weitgehend auf die politische Philosophie der zuständigen Landesregierungen ankommen, die letztlich über die innere Struktur an den Krankenhäusern zu entscheiden haben.

Auf die Zuständigkeit der Landesregierungen in allen Fragen der Krankenhausstruktur hat insbesondere der hessische Sozialminister Schmidt hingewiesen. Er will sich nicht auf dem Umweg über die Pflegesatzverordnung in seine eigenen Reformpläne hineinreden lassen. Schmidt stellte vor dem Bundesrat in Zweifel, ob das Liquidationsrecht der Chefärzte in die Systematik der neuen Verordnung passe, da ja der Pflegesatz alle notwendigen Leistungen abdecken solle. Immer wieder sei ihm versichert worden, daß sich die leitenden Ärzte um alle Patienten gleichermaßen kümmerten. Eine besondere Honorierung durch einzelne Patienten sei daher nicht gerechtfertigt. Viele Chefärzte würden diesen Widerspruch sehen und deshalb eine leistungsgerechte Honorierung ihrer gesamten verantwortungsvollen Tätigkeit viel lieber sehen. So Schmidt, der freilich einräumte, daß eine solche leistungsgerechte Honorierung der Chefärzte in keine bestehende Besoldungsordnung passe. Der hessische Minister forderte deshalb die Bundesregierung auf, diese Frage schnell und ernsthaft zu prüfen. Schmidt wird kaum damit rechnen, aus Bonn bald eine Antwort zu bekommen. Der Bund ist zwar für die Beamtenbesoldung zuständig, darauf spielte Schmidt an, aber die Neigung, neue Besoldungsgruppen zu eröffnen, ist in Bonn denkbar gering. Man fürchtet die Berufungsfälle und damit die finanziellen Folgen eines solchen Schrittes.

Die Verordnung wird die Lage der Krankenhäuser verbessern, daran ist wohl nicht zu zweifeln. Daß nunmehr alle Probleme gelöst seien, wird niemand behaupten wollen. So ist noch immer kein Weg gefunden, mit Hilfe der Pflegesatzregelung die Verweildauer im Krankenhaus zu senken. Es bleibt beim einheitlichen Satz für jeden Tag. Zu begrüßen ist, daß die Länder der geplanten finanziellen Diskriminierung des Privatpatienten entgegengetreten sind. Die Bundesregierung hatte den Privatpatienten nicht nur mit der Arztrechnung belasten, sondern zusätzlich mit einem Zuschlag für das Zimmer bestrafen wollen. Der Bundesrat hat die höheren Zuschläge bei privater Arztbehandlung schlicht gestrichen, was gewiß zu begrüßen ist. Wer als Patient im Krankenhaus die Privatbehandlung wünscht, muß freilich alle liquidationsberechtigten Ärzte, soweit sie tätig werden, honorieren. In der Verordnung wird ausdrücklich festgestellt, daß nicht in laufende Chefarztverträge eingegriffen werden kann. Es bleibt abzuwarten, ob die Krankenhäuser nun auf eine Anpassung dieser Verträge drängen werden.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Der Arzt, Schriftsteller und Journalist Dr. med. Armin JÜNGLING, 8211 Unterwössen, hat zu dem Thema des Weltkongresses der Union Mondiale des Écrivains Médecins (UMEM) „Homo ludens" in Regensburg nachfolgenden Beitrag „Spiel mit dem Leben" vorgetragen. Das Essay ist dem Zyklus „Die Strohpuppe" entnommen. Am Vorabend des Kongresses hatte Confrère Jüngling schon im vollbesetzten Saal des Buch- und Pressemarktes Alers aus der von ihm gestalteten Anthologie „Lyrik deutschsprachiger Ärzte der Gegenwart" (Werkverlag Dr. Edmund Banaschewski) gelesen. Seine geschickt vorgenommene Auswahl und die einfühlende Rezitation der Gedichte gaben einen vorzüglichen Überblick aus dem Schaffen der ärztlichen Lyriker unserer Zeit. Der Beifall der Zuhörer, die sich zum größten Teil aus Mitgliedern der Regensburger Schriftstellergruppe zusammensetzten, war dementsprechend groß.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

neu von Nattermann

Defluina®

bewirkt mehr

gegen arterielle Durchblutungs-störungen.

Leonardo da Vinci: Der Mensch, das Maß aller Dinge

Indikationen: Durchblutungsstörungen (Peripher, coronar, cerebral), Vasoneurosen (M. Raynaud, Akrocyanose, Erythromelalgie). **Kontraindikationen:** Dekompensierte Herzinsuffizienz, Klappenstenosen des Herzens, starke Einengung der Lungenstrombahn. **Gebrauchsanleitung:** Tabletten: nach Vorschrift des Arztes 1–4 Tabletten pro Tag, in besonderen Fällen bis zu 6 Tabletten einnehmen. Tropfen: bis zu 30 Tropfen 3 x täglich nach ärztlicher Verordnung einnehmen.

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Raubasinhydrochlorid 2 mg, Dihydroergocristinmethansulfonat 0,2 mg, Dihydroergotaminmethansulfonat 0,05 mg. 30 ml Tropfen enthalten: Raubasin 240 mg, Dihydroergocristinmethansulfonat 24 mg, Dihydroergotaminmethansulfonat 6 mg. **Packungsgrößen:** 50 Tabletten DM 15,90; 100 Tabletten DM 28,90; Klinikpackung 500 Tabletten; 30 ml Tropfen DM 21,90; Klinikpackung 300 ml. (Apoth.-Verk.- Preise m. MwSt.)

NATTERMANN

Spiel mit dem Leben

Lustlos stand Mirko am Strand. Ich sah ihn schon von weitem. Es war unten bei den Booten am kleinen Hafen. Das Wasser hatte eine bleigraue Farbe. Öllachen schwammen darauf, in ihnen dümpelte eine halbe Zitrone und ein kleiner toter Fisch. „Hallo", rief ich, Mirko sah mich an. Von seinem roten Gesicht wich die müde Schläfrigkeit und machte geheucheltem Interesse Platz. „Na, alter Junge, hast Du Langeweile?" Er zeigte euf ein graues Schlauchboot, das schmatzend am Steg lag. „Muß mal wieder raus mit dem Ding." Der graue „Luftsack" schwappte wie ein eufgetriebener Fisch zwischen den weißen, makellosen großen Geschwistern auf und nieder.

„Hast Du Lust?" fragten seine Augen, und etwas später auch sein wenig geöffneter Mund, aus dem die Worte wie gequetschte Kartoffeln quollen. Morgen ums Kap, war der Sinn und die Frage seiner Worte.

Es kam, wie es kommen mußte. Lust hatte ich nicht, wohl auch Bedenken. Aber am nächsten Morgen stand ich mit einem Korb voll Lebensmitteln und meiner Angel unten am Steg, der noch nachttaunaß auf die ersten Sonnenstrahlen wartete.

„Alter Bär", war Mirkos Begrüßung. Er stopfte, was man so alles brauchte ins Boot: Flaschen, einen Eimer, einen Kocher, Schwimmwesten, einen Korb mit Tomaten, eine Kühlbox und weiß der Teufel noch was alles. Eigentlich war das Boot jetzt voll. Aber dennoch nahmen wir Platz. Wir stießen ab, meinen rechten Arm hatte ich auf dem Tomatenbehälter, zwischen den Füßen den Eimer. Mirko kniete hinten. Er riß am Anlasserseil. Der Motor kam nicht. Mirko, glänzend von Schweiß, atmete schneller. Endlich antwortete die Maschine in gleichmäßiger Sprache und stellte ihr Husten ein. Kapitänsstolz lag greifbar auf Mirkos breitem Gesicht. Der graue „Sack" kam jetzt euf Touren. Die Schnauze hatte er aus dem Wasser, hinten lag er bedenklich tief in der Brühe. Aber die Beschleunigung, die das Ding jetzt ertaßt hatte, hob es irgendwie aus dem Wasser. Es machte erste Flugversuche, wie ein Düsenflugzeug, das von der Rollbahn nicht hochkommt. Der Stolz hatte jetzt auch Mirkos Brust ergriffen. Sie hob sich zusehends. Vor allem, als heimkehrende Fischer eine Art Achtungszeichen mit den Zelgefingern ihrer rechten Hand an ihren schmierigen Kappen vollführten.

Der Brummbaß des Motors sang so richtig ein berauschendes Lied. Göttliche Seefahrt. In der Brust eine kleine Beklemmung, wie eine Schraube. Was ist der Mensch doch für ein Angsthase. Der Quirl rührte im Meer wie in einer Suppe. Weiß war das Band, das wir hinterließen. Vor uns war das Meer schwarzblau. Die Windfeile hatte die Wellen angeritzt. Es waren weiße Späne, die über den Wasserbergen tanzten. Äolus blies stärker. Es gab jetzt Berge und Täler. Das „Luftboot" klatschte, wie Ohrfelgen ins Gesicht, mit dem Bauch aufs Wasser. Klitsch-klatsch. Motor- und Bootsgeräusch sangen ein Duett banaler Töne.

Das Land zur Rechten war im Dunst wie hinter einem Brautschleier erkennbar. Es nährte tropfenweise die Hoffnung, nicht ganz alleine auf der Welt zu sein.

Auch Mirkos Gedanken schienen auf diesem Fluß zu schwimmen. Das „Schlauchboot" nahm jetzt Kurs auf die Küste. Bäume waren zu erkennen und einzelne Gehöfte. Dahinter gingen die Berge bis in den Himmel. Parallele Straßen treffen sich im Unendlichen. Danach hendelte Mirko und hielt Abstand zum Ufer. Der Singsang des Motors war ein monotones Lied. Dankbar empfanden wir das Vorüberrauschen einer Jacht, Abziehbild aus einem Bootsmagazin. Durch seine Wellen kippten wir zwar beinahe aus den Latschen, aber das Schiff war reale Wirklichkeit. Dankbar empfundene Abwechslung, euch in seiner sterilen Wohlstandsangabe.

Das Cap Ferra trat ins Bild. Vor uns auf rotblutigem Fels thronte ein Leuchtturm. In Ermangelung der Nacht spielte die Sonne als Feuer in den Hohlspiegeln. Sie sandte ein Dauerspiegellicht eus. Vor unserer „Gummiqualle" ein Riesenstahlkoloß, rostig bis in die Knochen. Menschenleer fuhr er seine Bahn vom Dienst. Das Leben in ihm bewies er mit tönender Sirene, die wie eine irdische Ernüchterung unsere Ohren quälte. Der Leuchtturmwärter antwortete mit einem Flaggengruß. Wir Nichtgemeinten fühlten uns geehrt.

Kurs Südost brachte ruhigeres Wasser. Leere im Magen verlangte gebieterisch nach Essen. Ausschau nach Buchten. Die Küstengliederung hatte uns zuliebe Formen angenommen, die solche erwarten ließ. Von Felsen umschlossen, geuferter Strand, sandgelbes Gestade. Ein einzelner Baum gab Trost und Schatten. Unser „grauer Hecht" lag am Ufer. Wir luden aus. Das Schlemmen begann. Kühle Biere gaben Ruhe und Kraft. Fleisch brutzelte in der Pfanne. Brot und Wein zelebrierten das Mahl. Homerische Ruhe überkam uns. In einer Höhle klatschte klagend das Wasser gegen die niederen Decken. Polyphem war hier gewesen. Die Schafe fehlten. Das Gefühl der Odyssee hatte Platz genommen. Es lag euf Felsen, Steinen und Sand. Was sind Jahrtausende? In einfachen Dingen sind sie gleich dem Heute. Des gebratene Fleisch schmeckte heute wie damals, der Wein narkotisierte die Sinne wohl noch genau so. Statt auf Holz fahren wir zwar auf Luft, aber das Meer war dasselbe geblieben. Seine Sprache war noch dieselbe, an Sonnentagen und in Sturmnächten.

Mirko schlief schnarchend. Das Boot rieb träumend im Sand. Der Nachmittag flog wie eine Schwalbe ein.

Das **Inhaltsverzeichnis für 1972** des „Bayerischen Ärzteblattes" kann über die Schriftleitung, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, angefordert werden.

Aufbruch. Start in die nahe Zukunft, die sich uns abendnah zu bieten schien. Wir klappten das Buch der Odyssee zu und wandten uns realen Dingen zu.

Sturm kam auf. Windböen zogen Furchen durch den Acker des Meeres. Berge und Täler einer Meeresgebirgslandschaft entstanden. Der „Sack voll Luft" schwebte auf den Höhen, schoß in die Tiefe hinab. Die Schraube des Motors probierte in Luftdrehungen das Fliegen. Die Strömung zog sich uferwärts hin. Mit ihr unser Boot. Drohendes Unheil verkündeten senkrechte Felswände, himmelwärts, wolkenbohrend. Der Motor begann zu husten. Nach dem Husten das Schweigen. Er hatte Wasser geschluckt und sich erkältet.

Immer noch der Sog zum Felsufer. Mirko und ich, Reiter auf Bootswülsten, paddelbewehrte Ruderer, Streiter um das nackte Leben. Wie Magnete zogen uns die Felsen an. Gegenströmung spie uns wieder hinaus aufs offene Meer. Tomaten und Eimer, Decken und Kissen schwammen um uns herum. Schwimmwesten blähten uns auf wie Walt Disney-Figuren. Blasen und blutige Finger, aber die Paddel wie verschraubt in den Händen. Rudern, Rudern. Die Zeit stand still.

Auf grauen Wolken ritt der Abend heran. In einer Schüssel brachte er ruhigeres Wasser. Wir hatten es nötig. Boote, vormittagsgemieden, waren Hoffnungsanker des Abends. Wer erspähte das erste? Natürlich Mirko! Kurs Ost. Das Fischerboot in Greifnähe, stach Mirko der Hafer. Er riß den Anlasser an. Der Motor hustete. Schwieg, hustete wieder und lief, als ob er nie krank gewesen. Verwunderte Fischer. Verwunderung auch unsererseits.

Kurs Ost. Wie alte Taschenlampen, müde vom vielen Gebrauch, glühten die Uferlichter. Der Kiel kratzte am Boden des Strandes. Wir sprangen an Land, die Erde hatte uns wieder.

Das war freitags gewesen. Montag ging ich wieder einmal die Strandpromenade entlang. Bald entdeckte mich Mirko. „Alter Bär, nett dich wiederzusehen." Jungenhaft sprudelte es aus ihm heraus. Ich antwortete Belangloses. Unternehmungslustig sah er mich an. Ganz unvermutet begann er: „Ich fahre morgen zum Mulhacen. Herrliche Schneelage. Nachts Frost. Nordkar Pulver. Hat noch nie jemand mit Skiern gemacht." Dabei lachte er wie ein Junge, der sich auf ein Abenteuer freut. „Du kommst doch sicher mit?" Ich dachte kurz nach. In der Tat war es verlockend als Kontrast zur Bootsfahrt eine Skitour zu machen. Aber irgendwie knickte ich innerlich ein. Ich versuchte zwar, den inneren Schweinehund zu besiegen, wurde aber nicht Herr über mich. Ganz fremd, fast tonlos kam es aus mir heraus: „Du, ich hab keine Lust." Mirko sah mich kurz an. Es war mir, als taxiere er mich. Ich schaute ihn fest an. Gar nicht irgendwie unsicher. „Na, dann laß man," sagte er. Und grußlos ging er von dannen. Gar nicht so aufrecht, wie man vermuten sollte, fast ein bißchen gebeugt.

Dr. med. A. Jüngling, 8211 Unterwössen

Sedierung löst keine Probleme

in der Psychopharmako-Therapie

DOGMATIL ist in erster Linie ein nicht sedierendes, stimmungsaufhellendes, entriebssteigerndes Psychopharmakon. Als Brückensubstanz besitzt es sowohl bestimmte neuroleptische als auch antidepressive Eigenschaften und verbindet damit den Grenzbereich zwischen Neuroleptika und Thymoanaleptika.
DOGMATIL ist das erste Glied einer neuen Generation von Psychopharmaka, die in Pharmakodynamik und Therapie bisher keine Parallelen hat.
DOGMATIL sediert nicht, dämpft nicht, macht nicht müde.
DOGMATIL ist von keiner der herkömmlichen Psychopharmakegruppen abgeleitet.
DOGMATIL vertritt die aufdeckende Psychopharmakotherapie.
DOGMATIL führt sicher zu bewußter Konfliktvererbeitung.
DOGMATIL verursacht keine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur.
DOGMATIL wirkt als Antidepressivum thymoanaleptisch, antriebssteigernd, stimmungsaufhellend, hemmungslösend.
DOGMATIL wirkt als Neuroleptikum antipsychotisch, halluzinolytisch, antiautistisch.

DOGMATIL®

(Sulpirid)

ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel enthält 50 mg Sulpirid N-[(1-Äthyl-pyrrolidin-2yl)-methyl]-2-methoxy-5-sulfamoyl-benzamid. **INDIKATIONEN:** Psychovegetative Syndrome mit depressiver Komponente, Stimmungslabilität mit Leistungs- und Initiativverlust, Psychoneurosen, Phobien, endogen-depressive Verstimmungszustände, larvierte Depressionen, reaktive Depressionen, depressive Syndrome im Alter, abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern, Ängste- und Affekthemmungen jeder Genese. Psychosomatische Erkrankungen, Organneurosen, stressbedingte Erschöpfung, psychische Dekompensation, psychogene Anorexie. Zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren. Weiterhin: Schwindelsyndrome jeder Genese. **DOSIERUNG: Psychische oder psychovegetative Syndrome:** 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln. **H. N. O.** (Vertigo): 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln. **Pädiatrie:** 5 mg/kg/Körpergewicht (= 1 ml DOGMATIL Saft) verteilt auf 3 Einzelgaben pro die.
Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. **NEBENWIRKUNGEN:** Gelegentlich sexuelle Stimulation, Transpiration, Allergien, Mundtrockenheit, Nausea, Akkomodationsstörungen, Hypotonie, Erregungszustände, Dyskinesien, extrapyramidale Erscheinungen; Parkinsonismen, Zyklusstörungen, Galaktorrhoen, Einschlafstörungen, Gewichtszunahme, übermäßige Speichelsekretion. **KONTRAINDIKATIONEN:** Absolut: Keine. Relativ: Epilepsie, manische Phasen. In der Schwangerschaft nur wenn es nach Ansicht des Arztes für den Zustand der Patientin notwendig ist. **HINWEIS:** Infolge der positiven Wirkung auf das Wachbewußtsein empfiehlt es sich, DOGMATIL nicht nach 16.00 Uhr einzunehmen. Da die Reaktion auf Alkoholgenuß nicht vorauszusehen ist, sollte die gleichzeitige Einnahme von Alkohol und DOGMATIL vermieden werden. Das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr und bei der Arbeit kann verändert werden, mit individuellen Unterschieden ist zu rechnen. Bei cardial vorgeschädigten Patienten ist die Dosierung der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Sorgfältige ärztliche Überwachung wird empfohlen.
VERSCHREIBUNGSFORMEN: DOGMATIL Kapseln, 20 zu 50 mg DM 16,95, 60 zu 50 mg DM 38,45. DOGMATIL Saft, Flasche mit 200 ml Saft (1 Teelöffel = 5 ml Saft = 25 mg Sulpirid) DM 17,50 – DOGMATIL Ampullen, 6 Ampullen zu 2 ml (1 Ampulle entspricht 100 mg Sulpirid) DM 13,50 – DOGMATIL FORTE Tabletten, 12 Tabletten zu 200 mg DM 29,90 incl. MWST. Ferner: Anstaltspackungen. Ärztemuster, Literatur und Basisinformation durch:

CHEMISCHE FABRIK SCHÜRHOLZ GMBH, 5 Köln 51, Gottesweg 64, Tel.: 373085/6/7.

Kongresse

23. Lindauer Psychotherapiewochen

vom 30. April bis 12. Mai 1973

Vom 30. April bis 12. Mai 1973 veranstaltet die Vereinigung für psychotherapeutische Weiterbildung e.V. die 23. Lindauer Psychotherapiewochen unter der Leitung von Privatdozent Dr. Helmuth Stolze.

Veranstaltungen in der ersten Woche:

Vorträge an den Vormittagen zu den Themen:

a) **Kommunikationsmedien zwischen Arzt und Patient** (30. April bis 3. Mai)

b) **Das Problemkind in der Ärztlichen Praxis** (4./5. Mai)

Nachmittagskurse (vom 30. April bis 4. Mai) in Form von Fallbesprechungsgruppen, BALINT-Gruppen und analytischen Selbsterfahrungsgruppen, sowie Arbeitsgruppen über psychotherapeutische Behandlungstechniken und -methoden

Demonstrationen verschiedener apparativer Kommunikationsmedien: Vorführung einschlägiger Filme (2. Mai nachmittags).

Veranstaltungen in der zweiten Woche:

Einführung in die psychosomatische Medizin – Indikationen zur allgemeinen und analytisch orientierten Psychotherapie – Diagnostik und Dynamik von Ehe und Familie – durchlaufende Vorlesungen

Seminare über Kinder- und Jugendpsychiatrie – Traumbearbeitung – Ethologisch-Instinktpsychologisch fundierte Entwicklungspsychologie – Psychoanalytische Triebiehre – Autogenes Training – Kinderpsychotherapeutische Behandlungstechnik

Übungen in verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren und Behandlungstechniken, Fallbesprechungs- und analytische Selbsterfahrungsgruppen

Das wissenschaftliche Programm wird ergänzt durch eine Ausstellung über Kommunikationsmedien in der ärztlich-psychotherapeutischen Praxis. Ferner ist die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch über Fragen der Psychotherapie in der Praxis gegeben.

Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, 8000 München 81, Adalbert-Stifter-Straße 31, Telefon (0811) 981002

Fortbildungskurs für Phonokardiographie Teil I

am 11./12. Mai 1973 in München

Am 11./12. Mai 1973 findet unter der Leitung von Professor Dr. D. Michel ein Fortbildungskurs für Phonokardiographie, 1. Teil, statt.

Ort: Stiftsklinik Augustinum München, 8000 München 70, Stiftsbogen 74 (früher Gondrellplatz)

Teilnehmergebühr: DM 25,–. Dieser Betrag ist zu überweisen auf das Konto Stiftsklinik Augustinum – Kongreß –, Nr. 3/213144, Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank, München-Pasing

Freitag, 11. Mai 1973

9.15 – 11.00 Uhr:
Normale Herztöne – Extratöne

11.30 – 13.00 Uhr:
Herzgeräusche

15.00 – 18.00 Uhr:
Schallbilder bei verschiedenen Herzfehlern

Samstag, 12. Mai 1973

9.00 – 11.00 Uhr
Auswertung von Phonokardiogrammen

11.00 – 12.00 Uhr:
Praktische Demonstrationen

Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Telefon (0811) 476087, Apparat 95

Fortbildungskurs Bad Kissingen

am 12./13. Mai 1973

Samstag, 12. Mai 1973

Ernährungsprobleme bei inneren Krankheiten

9.00 – 9.15 Uhr:
Prof. Dr. Kühn
Einleitung

9.15 – 10.00 Uhr:
Prof. Hötzel, Bonn
Anpassung der Ernährung an heutige Lebensbedingungen
Ernährungsprobleme bei Stoffwechselkrankheiten

10.00 – 10.30 Uhr:
Prof. Knick, Wiesbaden
Ernährungsprobleme bei Diabetes

11.00 – 11.30 Uhr:
Priv.-Doz. Kasper, Würzburg
Ernährungsprobleme bei Adipositas und Gicht

11.45 – 12.15 Uhr:
Priv.-Doz. Canzler, Hannover
Diätetische Therapie der Hyperlipoproteinämien

15.00 – 15.30 Uhr:
Priv.-Doz. Schlierf, Heidelberg
Ernährungsprobleme bei Arteriosklerose und Folgekrankheiten

Ernährungsprobleme bei gastroenterologischen Erkrankungen

15.45 – 16.25 Uhr:
Priv.-Doz. Dr. Malwald, Würzburg
Ernährungsprobleme bei Magen- und Darmkrankheiten

17.00 – 17.30 Uhr:
Prof. Philippen, Köln
Ernährungsprobleme bei Leber- und Gallenkrankheiten

Sonntag, 13. Mai 1973

9.00 – 9.30 Uhr:
Dr. Sommer, Priv.-Doz. Kasper, Würzburg
Ernährungsprobleme bei Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse

9.45 – 10.15 Uhr:
Prof. Heidland, Würzburg
Ernährungsprobleme bei Nierenkrankheiten

Vasomotorische Kopfschmerzen, Migräne, Wetterfühligkeit?

Ergo-Lonarid®

tonisiert die Hirngefäße
harmonisiert das Vegetativum
befreit vom Schmerz

ndikationen:
lle Formen von Kopfschmerzen, ie ihre Ursache in funktionellen törungen im Bereich des Gefäß- ystems der A. carotis haben, d. h. asomotorische Kopfschmerzen Cephalaea vasomotorica), ligräne sowie Kopfschmerz bei öhn und Wetterwechsel.

Zusammensetzung:	Tabl.	Supposit.
Dihydroergotemin-tartrat	0,5 mg	1,5 mg
4-Acetylaminophenol	400,0 mg	400,0 mg
Codeinphosphat	10,0 mg	20,0 mg
Amobarbital	30,0 mg	50,0 mg
Coffein	100,0 mg	100,0 mg

Besondere Hinweise:
Die maximale Tagesdosierung beträgt bei Erwachsenen und Jugendlichen 6 Tabletten bzw. 3 Suppositorien. In der Schwangerschaft sowie bei Angina pectoris, Koronarsklerose, erteriellen Durchblutungsstörungen, schweren Leber- und Nierenerkrankungen sollte die Dosierung möglichst niedrig gehalten werden.

Packungen:	lt. A.T.
20 Tabletten	DM 5,50
50 Tabletten	DM 12,35
10 Suppositorien	DM 7,65
Klinikpackungen	

Boehringer Ingelheim

BOEHRINGER INGELHEIM

73

10.30 – 11.00 Uhr:
Prof. Berg, Erlangen
Parenterale Ernährung

11.15 – 11.45 Uhr:
Prof. Heepe, Stade
Ernährungsprobleme des alten Menschen

Auskunft: Dr. H. Brügel, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20

5. Fortbildungstagung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg

am 19. Mai 1973

Am 19. Mai 1973 findet die 5. Fortbildungstagung der Medizinischen Universitäts-Poliklinik Würzburg statt.
Thema: Langzeitbehandlung chronischer Erkrankungen – Gewinn und Risiken
Auskunft: Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg, 8700 Würzburg, Klinikstraße 8

Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Sportärztebundes, ausgerichtet vom Bayerischen Sportärzte-Verband

vom 31. Mai bis 2. Juni 1973 in Bayreuth

Vom 31. Mai bis 2. Juni 1973 findet eine Fortbildungsveranstaltung, ausgerichtet vom Bayerischen Sportärzte-Verband e. V., in Bayreuth, Stadthalle, statt.
Thema: Schulsport mit medizinischen, pädagogischen und psychologischen Beiträgen.
Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV, Telefon (08 11) 18 35 03

Sozialmedizinischer Informationskurs III

vom 21. bis 25. Mai 1973 in München

Vom 21. bis 25. Mai 1973 findet in München der Sozialmedizinische Informationskurs III statt.
Thema: Umwelt und Freizeitverhalten
Für die Teilnahme an den Kursen wird um schriftliche Anmeldung gebeten.
Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (0811) 3 85 01.
Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84 259-260

50. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg

vom 31. Mai bis 3. Juni 1973

Vom 31. Mai bis 3. Juni 1973 findet die 50. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regensburg statt.
Mit dieser Tagung tritt die Ärztliche Fortbildung Regensburg in das 25. Jahr seiner Bemühungen ein. Anläßlich dieser Veranstaltung wird ein Überblick über die bisher geleistete Arbeit durch den Jahresvorsitzenden, Professor Dr. Dr. h. c. H. E. Bock, Tübingen, gegeben.
Den Festvortrag hält der Präsident der Deutschen Forschungsgemeinschaft, Professor Dr. Julius Speer, Bonn-Bad Godesberg, mit dem Thema „Die Forschung in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Pflege".
Die Hauptthemen lauten:
Freitag, 1. 6. 1973:
Tagesvorsitz: Professor Dr. L. Demling, Erlangen
Fortschritte in der Gastroenterologie
Samstag, 2. 6. 1973:
Tagesvorsitz: Professor Dr. F. Erbslöh, Gießen
Aktuelle Neurologie in der Praxis
Sonntag, 3. 6. 1973:
Tagesvorsitz: Professor Dr. R. Gross, Köln
Kleine und große Blutungen
Außerdem findet ein Laborseminar mit dem Titel „Das qualifizierte Labor in der Praxis (Fehlerkontrolle, Ringversuche usw.)" mit Geräteunterrichtung statt.
Die Uraufführung des wissenschaftlichen Filmes „Der kranke Magen" wird ebenfalls vorbereitet.
Eine Ausstellung der pharmazeutischen Industrie ist auch im Jahr 1973 im bisherigen Umfang angeschlossen.
Auskunft: Ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zi. 5a, Telefon (09 41) 5 07 21 83/21 82

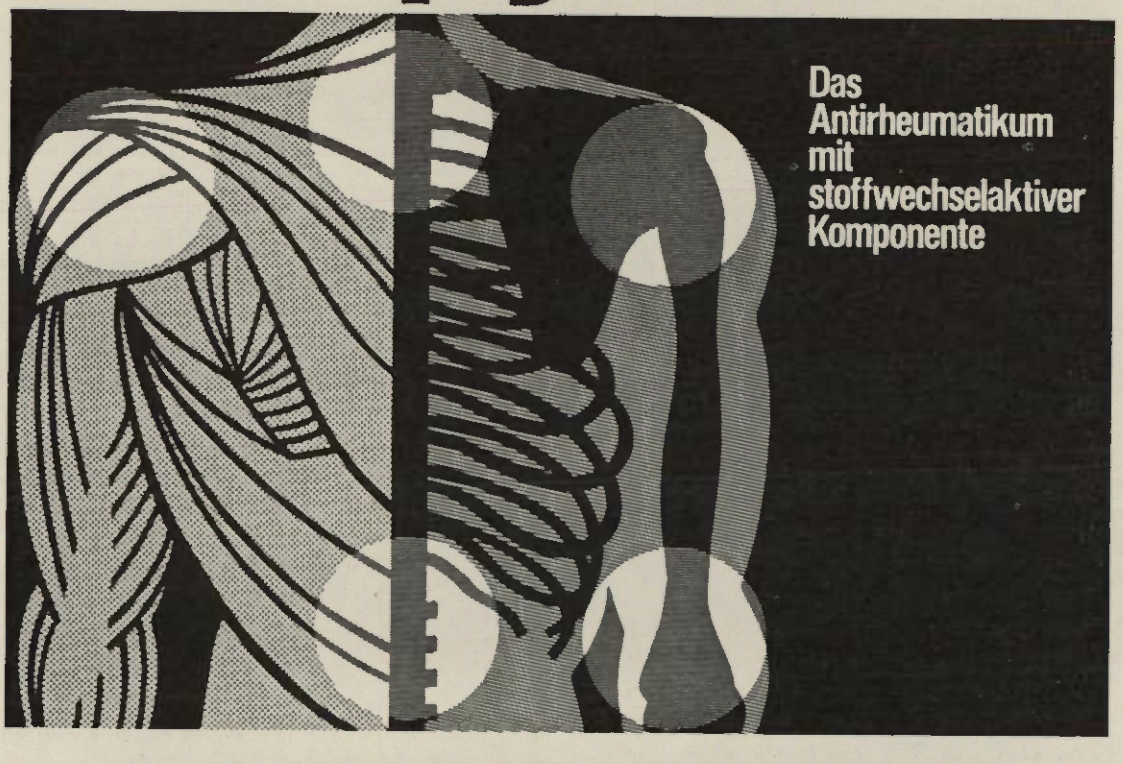
6. Bad Reichenhaller Kolloquium

vom 15. bis 17. Juni 1973

Thema: Moderne Therapie broncho-pulmonaler Krankheiten
Freitag, 15. Juni 1973
Nachmittag
Zur Therapie der respiratorischen Insuffizienz mit Noleptan
A. Zimmer, Biberach:
Pharmakokinetik und Metabolismus von Noleptan am Menschen
H.-D. Renovanz, Biberach:
Einführung und ausgewählte neue klinische Prüfungsergebnisse mit Noleptan
F. Felix, Bonn:
Computerszintigraphische Untersuchungen beim obstruktiven Syndrom
R. Schindl, Linz:
Hustensedierung und Atemfunktion bei respiratorischer Funktionsminderung durch Noleptan
C. F. Michel, Gießen:
Der Einfluß von Noleptan auf den Sauerstoffpartialdruck im fetalen Blut
L. Grabow, Duisburg:
Noleptan in der Anästhesiologie
F. R. Weist, Nürnberg:
Blutgasanalytisch kontrollierte Therapie mit Noleptan in der Alterschirurgie
K. Bühlmeyer, München:
Einfluß von Noleptan auf pathologische Blutgaswerte bei zyanotischen Säuglingen mit kongenitalen Herzfehlern
O. Wieser, Klagenfurt:
Quantitative Messungen des Hustens

(Fortsetzung Seite 422)

Dipyron®



dämpft Schmerz und Entzündung
verbessert Durchblutung und Stoffwechsel
aktiviert die Fibrinolyse

Zusammensetzung
1 Dragee enthält:
125 mg Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon
125 mg Phenyldimethylpyrazolon
150 mg 7- [2- Hydroxy-3-(N-2-hydroxyäthyl-N-methylemino) propyl]-1,3-dimethylxanthin-pyridin-3-carboxylat (Xentinol-nicotinet)

Indikationen
Rheumatische Gelenk- und Muskelerkrankungen, Ischias sowie sonstige Neuralgien und Neuritiden; Periarthritis, Spondylosis und Arthrosis deformans; rheumatische Kreislaufschäden, Thrombophlebitis.

Kontraindikationen
Dekompensierte Herzinsuffizienz, frischer Myokardinfarkt, akute Blutungen. Akute intermittierende Porphyrie.

Hinweis
Nach Dipyron kann ein Flush auftreten (Rötung, Wärmegefühl speziell im Gesicht und am Oberkörper). Es empfiehlt sich, die Patienten vor Behandlungsbeginn auf das mögliche Auftreten einer solchen Reaktion, die in der Rheumatherapie meist als angenehm empfunden wird, hinzuweisen.

Dosierung
3 mal 1–2 Dragees täglich.

Handelsformen
OP mit 20 Dragees DM 6,85
OP mit 60 Dragees DM 17,90
AP mit 150 Dragees

Wülfing Arzneimittel · Neuss

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Januar 1973 *

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie bisher jeweils zu Jahresbeginn war auch im Januar 1973 die Zahl der Scharlacherkrankungen niedriger als im vorangegangenen Dezember, so daß die Erkrankungsziffer von 95 auf 60 je 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr) sank. Die Häufigkeit von Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung blieb ziemlich unverändert.

Ebenfalls merklich zurück ging im Januar die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung), nämlich von 17 Fällen im Dezember auf 10 Fälle, jeweils auf 100 000 Einwohner. Etwas mehr Menschen erkrankten dagegen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung). Die Erkrankungsziffer stieg von 39 im Vormonat auf 42 je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. Dezember 1972 bis 3. Februar 1973 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung		Übertragbare Hirnhautentzündung: Meningokokken-Meningitis		Übertragbare Hirnhautentzündung: übrige Formen		Übertragbare Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa: Salmonellose		Enteritis infectiosa: übrige Formen		Botulismus	
	E[1]	ST[2]	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	–	–	212	–	–	–	6	–	14	2	–	–	1	–	–	–	–	–	42	–	4	–	–	–
Niederbayern	–	–	98	–	–	–	4	1	1	–	2	1	–	–	–	–	–	–	5	–	5	–	–	–
Oberpfalz	–	–	23	–	–	–	3	–	2	–	1	–	1	–	–	–	–	–	16	–	1	–	–	–
Oberfranken	–	–	77	–	–	–	3	1	15	–	1	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–
Mittelfranken	–	–	104	–	–	–	4	1	6	–	1	1	2	–	–	–	3	–	22	–	3	–	–	–
Unterfranken	–	–	59	–	–	–	1	–	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	–	–	–	2	–
Schwaben	–	–	45	–	–	–	4	–	7	–	–	–	1	–	–	–	–	–	7	–	2	–	–	–
Bayern	–	–	618	–	–	–	25	3	52	2	5	2	5	–	–	–	3	–	101	–	15	–	2	–
München	–	–	78	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–	–	–	24	–	–	–	–	–
Nürnberg	–	–	38	–	–	–	1	1	3	–	1	–	1	–	–	–	2	–	12	–	–	–	–	–
Augsburg	–	–	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–
Regensburg	–	–	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24
	Hepatitis infectiosa		Ornithose: Psittacose		Ornithose: (übrige Formen)		Leptospirose übrige Formen		Meiarie-Ersterkrankung		Toxoplasmose		Trachom		Wundstarrkrampf								Verdachtsfälle von Tollwut[3]
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	142	1	–	–	2	–	–	–	1	–	2	–	–	–	–	–								2
Niederbayern	54	–	1	–	–	–	–	–	–	–	5	–	–	–	1	1								–
Oberpfalz	57	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–								6
Oberfranken	28	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–								–
Mittelfranken	29	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–								20
Unterfranken	44	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–								1
Schwaben	78	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–								16
Bayern	432	1	1	–	3	–	1	–	1	–	10	–	1	–	1	1								45
München	53	–	–	–	–	–	–	–	1	–	2	–	–	–	–	–								–
Nürnberg	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–								5
Augsburg	29	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–								–
Regensburg	12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–								–
Würzburg	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–								1

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.
[1]) „E" = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.
[2]) „ST" = Sterbefälle. [3]) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Das neue Therapie-Konzept der Osteoporose:

Ossin

Mehr als nur den Schmerz behandeln - dieses Ziel ist für die Osteoporose endlich erreichbar geworden.

Denn mit OSSIN erreichen Sie regelmäßig eine echte Knochenneubildung für Ihren Osteoporose-Potienten.

OSSIN baut den Knochen auf und öffnet damit ein neues Kopitel in der Osteoporose-Theropie, das mit der Kalzium- und Anabolikabehandlung nicht mehr zu vergleichen ist.

OSSIN enthält als Wirkstoff die Monosubstanz Natriumfluorid in einer besonderen galenischen Verarbeitung. Am Knochen entfoltet OSSIN eine Doppelwirkung:

- **Fluor regt die Osteablasten zu vermehrter Knochenneubildung an,**
- **gleichzeitig stabilisiert eingelagertes Fluor das Knochenmineral.**

Die Konsequenz der Osteoporose-Theropie mit OSSIN ist eine echte Knochenneubildung, die regelmäßig nachweisbar ist:

nachweisbar im Labar:
OSSIN führt zu einem geringfügigen Anstieg der alkalischen Phosphatase - ein Beleg für die vermehrte Osteoblosten-aktivität.

nachweisbar im Räntgenbild:
Natriumfluorid verursacht eine Zunahme der Schattendichte.

nachweisbar im histalagischen Präparat:
Beckenkammbiopsien zeigen unter der Therapie mit Natriumfluorid regelmäßig neben breiten Osteaidsäumen neugebildeten und verkalkten Knochen.

Ossin
Chemipharm

Ossin baut den Knochen auf

Zusammensetzung:
1 Drogée Ossin enthält 40 mg Natrium-Fluorid
Indikationen:
Idiopathische, postklimokterische und senile Osteoporose, Glucocorticoidosteoporose
Nebenindikationen:
Plasmozytom, Knochenmetastasen

Kontraindikationen:
Frauen im gebärfähigen Alter, Nierenleiden

Dosierung:
1. Intermittierend: 2 Dragées über 3 Monate, anschließend 3 Monate Pouse.
Dann erneut für 3 Monate 2 Drogées.
2. Abgestuft: 2 Dragées täglich über 4 Monate, onschließend Reduktion auf 1 Dragée täglich über einen Zeitraum von 1 Jahr.
Zusätzlich soll dem Patienten eine kalziumreiche Ernährung empfohlen werden.

Handelsform:
Packung mit 100 Dragées DM 16,80

Samstag, 16. Juni 1973
Vormittag

Akute Erkrankungen der Atmungsorgane
a) Akute broncho-pulmonale Störungen der Atmung

v. Wichert, Hamburg:
Die Behandlung des Status asthmaticus

Keller, Basel:
Die Behandlung des dekompensierten Cor pulmonale

Bühlmann, Zürich:
Die Behandlung des Lungenödems

Straub, Zürich:
Die Behandlung des Lungenödems nach Reizgas-Inhalation

Matthys, Ulm:
Die Behandlung des Lungenödems bei Entrinkungsunfällen

Miczoch, Wien:
Diagnostik und Therapie der Lungenblutung

Morawetz, Wien:
Diagnostik und Therapie der Lungenembolie

Meyer-Sydow, Frankfurt:
Chemotherapie akuter broncho-pulmonaler Infektion

Nachmittag

b) Akute extrapulmonale Störungen der Atmung

Trendelenburg, Homburg:
Diagnostik und Therapie des Pneumothorax

Konietzko, Ulm:
Saugdrainage mit dünnen Plastikkathetern

Maassen, Essen:
Indikation zur chirurgischen Behandlung

Sluiter, Groningen:
Die Therapie der Ateminsuffizienz bei neuromuskulären Erkrankungen

v. Clarmann, München:
Die Therapie der Ateminsuffizienz bei Vergiftungen

c) Die praktische Durchführung der Beatmung

Lawin, Hamburg:
Technik der Intubation am ateminsuffizienten Patienten

Wolff, Basel:
Neue Aspekte der Respirationstechnik

Foitzik, Hamburg:
Aerosol- und Physiotherapie während der Beatmung

Sonntag, 17. Juni 1973
Vormittag

Langzeitbehandlung der chronischen Bronchitis

Herzog, Basel:
Indikation und Technik der Aerosoltherapie

Ulmer, Bochum:
Indikation und Dauer der Chemotherapie

Schmidt, Reichenhall:
Indikation und Kontraindikation zur Kortikosteroidtherapie

Werner, Pinneberg:
Diagnostik und Therapie allergischer Faktoren

Schüren, Berlin:
Kardiale Therapie

Auskunft: Obermedizinaldirektor Dr. med. O. P. Schmidt, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums Trausnitz, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9

6. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie"

am 16. Juni 1973 in Erlangen

Am 16. Juni 1973 findet unter der Leitung von Professor Dr. med. F. Schelffarth die 6. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie" an der Universität Erlangen-Nürnberg statt.

Themen: Immunhämatologie — Immunologie chronisch-entzündlicher Lebererkrankungen

Auskunft: Sekretariat der Abteilung für klinische Immunologie des Universitätskrenkenhauses Erlangen, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (09131) 85/3363

8. Kongreß der Deutschen Diabetes-Gesellschaft

vom 21. bis 23. Juni 1973 in München

Vom 21. bis 23. Juni 1973 findet unter der Leitung von Professor Dr. H. Mehnert der 8. Kongreß der Deutschen Diabetes-Gesellschaft in München statt.

Themen: Diabetes mellitus und Schilddrüsenfunktionen — Leber und Diabetes — Immunologie des Diabetes — Der sekundäre Diabetes — Möglichkeiten und Ziele der Diabetesforschung — Untersuchungen über den asymptomatischen Diabetes junger Menschen — Die Ferienlager der Britischen Diabetes-Gesellschaft — Was ist eine gute Diabetes-Einstellung?

In Informationsstunden wird gesprochen über: Diagnostik des Diabetes mellitus — Therapie des Diabetes mellitus — Komplikationen, Zweiterkrankungen, Sozialmedizin

Auskunft: Privatdozent Dr. med. K. Hepp, Forschergruppe Diabetes, Städtisches Krankenhaus München-Schwabing, 8000 München 40, Kölner Platz 1

Seminar über „Präventiv-Kardiologie"

vom 25. bis 30. Juni 1973 an der Klinik Höhenried

Vom 25. bis 30. Juni 1973 findet unter der Leitung von Professor Dr. med. Halhuber ein Seminar über „Präventiv-Kardiologie" an der Klinik Höhenried statt.

Wegen begrenzter Teilnehmerzahl ist der letzte Anmeldetermin der **15. Juni 1973.**

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87, Apparat 95

Tagung der bayerischen Nervenärzte

am 29./30. Juni 1973 in Regensburg

Am 29./30. Juni 1973 findet eine Tagung der bayerischen Nervenärzte in Regensburg statt.

Themen: Gerichtspsychiatrie — Moderne Therapieformen in der Psychiatrie — Musiktherapie: Theoretische Einführung, praktische Vorführungen — Neurologie und Geriatrie

Auskunft: Dr. Sebastian Maier, Direktor des Nervenkrankenhauses, 8400 Regensburg, Universitätsstraße 84

2. Enzensberger Kolloquium

am 30. Juni 1973 in Hopfen am See

Am 30. Juni 1973 veranstaltet die Klinik Enzensberg unter der Leitung von Privatdozent Dr. H.-D. Hentschel das 2. Enzensberger Kolloquium.

Thema: Rheuma im Alter

Beginn: 10.00 Uhr — Ende: gegen 17.00 Uhr

Chefarzt Dr. H. Kaiser, I. Medizinische Klinik des Westkrankenhauses Augsburg

Entzündlicher Rheumatismus

Prof. Dr. P. Otte, Orthopädische Universitätsklinik Mainz

Arthrosen

Prof. Dr. W. Mohing, Hessingsche Orthopädische Anstalten, Göggingen-Augsburg

Degenerative Wirbelsäulen-Syndrome

Priv.-Doz. Dr. H.-D. Hentschel, Klinik Enzensberg, Hopfen am See

Therapeutische Prinzipien bei degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates

15.00 Uhr:

Ärzte und physiotherapeutisches Personal der Klinik Enzensberg

Demonstrationen zur Physikalischen Therapie beim rheumatischen Formenkreis — Bewegungstherapie, Massage, Elektrotherapie, Hydro-Thermotherapie — Allgemeine Diskussion zum Thema

Auskunft: Klinik Enzensberg, Sekretariat Frau Welz, 8959 Hopfen am See, Telefon (0 83 62) 1 24 53

Symposion französischer und belgischer Pädiater

am 6./7. Juli 1973 in Würzburg

Am 6./7. Juli 1973 findet ein Symposion französischer und belgischer Pädiater in der Universitäts-Kinderklinik Würzburg statt.

Thema: Diabetes mellitus und freie Vorträge

Auskunft: Privatdozent Dr. med. D. Gekle, Universitäts-Kinderklinik, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2

URLAUB

+ viel Sonne
+ baden
+ preisgünstig
+ moderne Hotels
+ Sehenswürdigkeiten
  z.B. Burgen, Grotten, Moscheen
+ malerische Inseln
+ FKK
+ kulinarische Spezialitäten
+ Desfektor Service
+ Konsulenzen
+ Reiten
+ Segeln
+ Sportfischen
+ Tauchen
+ günstige Verkehrsverbindungen
+ kein Visum erforderlich

= JUGOSLAWIEN

JAT Täglich Direktflüge mit DC 9

Schiffs- und Fährlinien innerhalb Jugoslawiens

Informieren Sie sich über Ferien in Jugoslawien. Schicken Sie den Coupon ein.
Jugoslawisches Fremdenverkehrsamt

6 Frankfurt/M., Goetheplatz 7
Tel. (0611) 28 56 25/28 51 63

4 Düsseldorf, Hüttenstr. 6
Tel. (0211) 32 67 35

8 München, Sonnenstr. 14
Tel. (0811) 59 55 45/46

Coupon: Erbitte kostenlos Informationen. BH

Name: _____

Anschrift: _____

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.

Mai 1973

1. – 3. 5. in Mainz:
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. Auskunft: Dr. med. h. c. K. Schürmann, Neurochirurgische Universitätsklinik, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.

3. – 5. 5. in Bonn-Bad-Godesberg:
Zweiter Europäischer Kongreß für Innere Medizin mit Ausstellung. Auskunft: Dr. Victor Harth, 8600 Bamberg, Hainstraße 9.

4. – 5. 5. in Bad Homburg:
15. Tagung der Gesellschaft für Hirntraumatologie und klinische Hirnpathologie. Auskunft: Dr. R. Walch, 6380 Bad Homburg, Tannenwaldallee 50.

7. – 18. 5. in Nautrauchburg:
Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie. Auskunft: Dr. med. K. Sell, 7972 Isny, Waldburg-Allee 7.

8. – 12. 5. in Halle/Saale:
22. Tagung der Deutschen Gesellschaft für klinische Medizin und der Gesellschaft für Orthopädie der DDR. Auskunft: Prof. Dr. med. habil. H. R. Mattner, X-402 Halle, Johann-Andreas-Segner-Straße 12.

11. – 12. 5. in München:
Fortbildungskurs für Phonokardiographie (1. Teil). Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16.

11. – 13. 5. in Kassel:
13. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen. Auskunft: Landesärztekammer Hessen – Abteilung Fortbildung und Kongresse –, 6000 Frankfurt/Main 90, Broßstraße 6.

12. – 13. 5. in Grafschaft:
Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4/6.

12. – 13. 5. in Hanau:
Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. med. D. Schnall, 5207 Ruppichteroth, Otto-Willach-Straße 2.

12. – 13. 5. in Bad Kissingen:
20. Ärztlicher Fortbildungskurs. Auskunft: Dr. med. H. Brügal, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20.

15. – 18. 5. in Karlovy Vary (CSSR):
3. Internationales Symposion über Nuklearmedizin. Auskunft: Tschechische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, Prag 2.

17. – 19. 5. in München:
Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Auskunft: Dr. med. G. Fuchs, 8000 München 50, Krauss-Maffei-Straße 2.

18. – 20. 5. in Baden-Baden:
Landesversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund). Auskunft: Hartmannbund, Landesverband Baden-Württemberg, 7000 Stuttgart 70, Jahnstraße 32.

22. – 25. 5. in Wiesbaden:
23. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Obermedizinalrat Dr. Böhm, 8000 München 19, Bothmarstraße 6.

26. – 29. 5. in München:
Internationales Symposion Radiologicum Pancreatis. Auskunft: Institut für Röntgendiagnostik im Klinikum rechts der Isar, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22.

26. 5. – 11. 8. in Montecatini Terme:
XI. Internationaler Fortbildungskongreß (Seminarkongreß) der Bundesärztekammer. (Thema: Der rheumatische Formenkreis als Praxisproblem.) Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

30. 5. – 2. 6. in München:
90. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1000 Berlin 15, Kurfürstendamm 179.

30. 5. – 3. 6. in Düsseldorf:
5. Diagnostik-Woche mit internationaler Fachausstellung „Medizin und Technik – Diagnostica – Therapeutica". Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik, 7000 Stuttgart, Hans-Neuffer-Weg 2.

31. 5. – 2. 6. in Oberammergau:
Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes. Auskunft: Dr. Hedda Hausar, 8203 Oberaudorf, Talweg 12 b.

31. 5. – 3. 6. in Oberstdorf:
KVDA-Bundestagung mit Verkehrsmedizinischem Symposion und KDVA Bundeshauptversammlung. Auskunft: Kraftfahr-Verband Deutscher Ärzte e. V., 6000 Frankfurt 70, Johanna-Melber-Weg 31.

31. 5. – 3. 6. in Regenburg:
50. Fortbildungsveranstaltung für Ärzte des Kollegiums für ärztliche Fortbildung Regenaburg. (Themen: Fortschritte in der Gastroenterologie der Praxis, Praktische Neurologie, Kleine und große Blutungen in der Praxis.) Auskunft: Sekretariat für ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 a.

Beilagenhinweis:
Dieser Ausgabe ist ein Programm der 5. Diagnostik-Woche sowie ein Prospekt der Firma Deutsche Linsay Pläffle KG, Vertragshändler und Werksvertretung Fa. Adiba A. Bause, 8221 Rückstetten, beigefügt.

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 51-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt"). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82 / 41 - 48, Fernschreiber: 05 / 23 662, Telegrammadresse: atlas-presa. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.
Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dachau.

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

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

Die Unabhängigkeit des Arztes

ist heute in vielfältiger Weise bedroht. Jeder Arzt, der Presse, Funk und Fernsehen verfolgt, weiß um diese Tatsache. Aber wer von ihnen kennt die beruflichen Alternativen als

medizinischer Fachreferent

für klinische Forschung
oder medizinisch-wissenschaftliche Abteilung

Wir sind ein deutsches Unternehmen der forschenden pharmazeutischen Industrie mit Sitz in einer großen Universitätsstadt mit reizvoller landschaftlicher Umgebung. Je nachdem, ob Sie mehr en der klinischen Erforschung neuer Substanzen oder an der Betreuung von bereits im Hendel befindlichen Arzneispezielitäten interessiert sind, bieten sich Ihnen bei uns interessante verantwortungsvolle und entwicklungsfähige Positionen. Nach Einarbeitung durch erfahrene Kollegen werden Sie in jedem Fell Gelegenheit zu weitestgehend selbständiger und eigenverantwortlicher Bearbeitung Ihres jeweiligen Fechgebietes erhalten. Ihre sachlich begründete Meinung entscheidet im Team Ihrer Kollegen über die Fregen unserer Forschungsektivität. Am Krenkenbett entscheiden Sie, was dem Patienten hilft. Helfen Sie uns, durch Ihre Mitarbeit die Medikamente zu entwickeln, die Ihnen dazu die Möglichkeit geben. Ihre Tätigkeit wird Sie mit führenden Wissenschaftlern in Universitäten und Kliniken in Verbindung bringen. Sie werden Gelegenheit haben, die bedeutenden Kongresse im In- und Ausland zu besuchen, um Ihr Fechwissen vertiefen und erweitern zu können. Als Gastarzt können Sie en deutschen Kliniken hospitieren.

Wir setzen keine Industrieerfahrung voraus, erwarten aber neben Approbation und möglichst Promotion eine solide klinische Ausbildung. Da sich Ihre Tätigkeit teilweise euch auf unsere euslándischen Tochtergesellschaften und Geschäftspertner erstreckt, wären zumindest gute englische Sprachkenntnisse von Vorteil.

Ihre Bezüge werden wir euf Basis eines guten Anfangseinkommens Ihren Leistungen entsprechend gestalten. Wenn Sie z. B. im Jahre 1967 Ihr Steatsexamen ebgelegt haben, können Sie bei Ihrem Eintritt bei uns mit einem Jahreseinkommen von über DM 48 000,– sterten. Falls Sie bereits mehr Berufserfahrung mitbringen, wird sich dies euch euf Ihr Anfengseinkommen euswirken. Alle übrigen Leistungen, wie z. B. Altersversorgung, Urlaub usw., entsprechen dem Standard moderner Großunternehmen.

Auch wenn Sie zunächst nur en einer auf etwa 3 Jehre befristeten Tätigkeit in der pharmazeutischen Industrie interessiert sind, bedeutet dies keinen Hinderungsgrund für ein Gespräch.

Fells auch Sie en einem ersten Kontakt, den wir selbstverständlich streng vertraulich behendeln werden, interessiert sind, schreiben Sie uns bitte unter Mitteilung der wichtigsten Daten Ihres bisherigen Werdeganges. Ein handschriftlicher Lebenslauf in Stichworten genügt für diesen Zweck völlig. Wir garantieren Ihnen, deß Sie innerhalb weniger Tage nach Eingang Ihrer Zuschrift unsere Antwort erhalten werden. In einem persönlichen Gespräch möchten wir dann mit Ihnen alle weiteren Einzelfregen diskutieren.

Zuschriften unter Chiffre Nr. 331/110 en die Anzeigenverwaltung Bayerisches Ärzteblett, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Am

Kreiskrankenhaus Kelheim

ist infolge Veränderung des bisherigen Stelleninhabers auf eine benachbarte Chefarztstelle

die Oberarztstelle

auf der geburtshilfl.-gynäkologischen Abteilung ab sofort neu zu besetzen.

Außerdem ist

eine Assistentenstelle

auf der geburtshilfl.-gynäkologischen Abteilung per sofort neu zu besetzen.

Die Abteilung umfaßt derzeit 36, nach Umzug (Erweiterung im Bau) etwa 70 geburtshilflich-gynäkologische Erwachsenenbetten. Derzeit 1 Oberarzt und 2 Assistenzärzte. Moderne Geburtshilfe mit C T G und Blutgasanalyse, Vidoson; reichlich operative Gynäkologie mit Bevorzugung vaginaler Operationen; große Ambulenz und Krebsvorsorge.

Der Oberarzt muß den Chefarzt selbständig vertreten können und sollte an guter Zusammenarbeit interessiert sein. Gutes Arbeitsklima, weitmögliche Selbständigkeit. Geboten wird Vergütungsgruppe I b, Chefarztzuwendungen, Bereitschaftsdienstpauschale, Umzugskostenvergütung.

Kelheim ist eine aufstrebende Industriestadt nahe Regensburg, hat Gymnasium, Frei- und Hallenbad am Ort und in unmittelbarer Nähe Realschulen. Es liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung (Donaudurchbruch, Altmühltal). Nach München 70, nach Nürnberg 70, nach Regensburg 20 Autominuten.

Bewerbungen bitte an:

Chefarzt Dr. Parchermaier, 8420 Kelheim Kreiskrankenhaus.

Am **Kreiskrankenhaus Ebersberg** ist die Stelle des

Chefarztes

der gynäkologischen Abteilung nach Fertigstellung des Umbaues voraussichtlich Anfang des Jahres 1974 neu zu besetzen. Der Bewerber soll über ausgedehnte Erfahrungen im gesamten Fachgebiet der Gynäkologie verfügen. Die Vergütung richtet sich nach tariflicher Regelung sowie den künftigen Richtlinien des KHG.

Die gynäkologische und geburtshilfliche Abteilung umfaßt nach Bauvollendung etwa 60 Betten. Im Endzustand verfügt das gesamte Haus über drei Hauptfachabteilungen (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe), sowie Belegabteilungen für HNO und Augen. Anästhesie-, Wach- und Intensiv-Pflegeabteilungen unter der Leitung eines Chefarztes sind ebenfalls vorhanden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen, einem eigenhändig geschriebenen Lebenslauf, Lichtbild, lückenlosem Tätigkeitsnachweis sowie Zeugnisabschriften sind bis zum 30. April 1973 beim **Landratsamt Ebersberg, 8019 Ebersberg**, einzureichen.

Die **Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle 8000 München 40,** Martiusstraße 4, Telefon (0811) 394074 sucht zum 1. April 1973

1 Facharzt für Chirurgie oder Orthopädie

Geboten wird bei Erfüllung der beamtenrechtlichen Voraussetzungen (Lebensalter, gesundheitliche Eignung) die Übernahme in das Beamtenverhältnis und Einweisung in die Besoldungsgruppe A 14 – Obermedizinalrat –. Die Genehmigung zur Ausübung einer Nebentätigkeit kann zugesichert werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an obige Dienststelle.

Kreiskrankenhaus Neu-Ulm

(Schwesterstadt der Universitätsstadt Ulm)

sucht für die chirurgische Abteilung für sofort einen Facharzt für Chirurgie als

Oberarzt

(Chefarztstellvertreter)

Die chirurgische Abteilung verfügt zur Zeit über 85 Planbetten. Der Stellenplan besteht aus 1 Chefarzt, 1 Oberarzt, 8 Assistenzärzten, 3 Medizinalassistenten.

Ausstattung: Hochmoderner Funktions- und Operationstrakt, neuer Bettentrakt im Bau.
Hohe Operationsfrequenz der gesamten Allgemeinchirurgie mit den Schwerpunkten der Abdominal- und Unfallchirurgie, DA-Verfahren, § 8 Fälle.

Bezahlung nach BAT I a, alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes, DM 1500,– monatlich für Rufbereitschaft, hohe Nebeneinnahmen duch Gutachtertätigkeit und vertraglich fixierte Beteiligung an den Gesamtliquidationen des Chefarztes (ambulant und stationär) durch Poolsystem.

Bewerbungen werden erbeten an den
Chefarzt der chirurgischen Abteilung
Dr. med. Rosch, 7910 Neu-Ulm, Kreiskrankenhaus, Telefon (0731) 81010

Die Kurklinik

der Landesversicherungsanstalt Württemberg

Bad Kissingen

bietet einem

Assistenzarzt (-ärztin)

vielseitiges klinisches Tätigkeitsfeld, das sich besonders zur Vorbereitung auf die internistische Fachpraxis eignet,

moderne diagnostische Einrichtungen: klin.-chem. Labor, Röntgen-Fernsehen, Endoskopie, EKG, große Fachbibliothek,

Ermächtigt zur Weiterbildung in innerer Medizin von 2 Jahren.

Vergütung nach BAT II a/I b, Ortsklasse S, zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung,

5-Tage-Arbeitswoche mit günstigen Arbeitszeiten und Bereitschaftsdienstbedingungen,

zusätzliche Altersversorgung und Beihilfeberechtigung im Krankheitsfall,

günstig gelegene Unterkünfte, evtl. Werkdienstwohnung und preisgünstige Hausverpflegung,

des anspruchsvolle Unterhaltungsprogramm des Staatsbades, vielseitige sportliche Möglichkeiten in reizvoller Umgebung, alle Schulen am Ort.

Bewerbungen erbittet der Chefarzt der Kurklinik:
Dr. med. G. Kunde, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 9

In unserem modern eingerichteten

Nervenkrankenhaus Kaufbeuren

(1000 Betten, 20 Arztstellen, 2 Psychologen, 2 Sozialarbeiter) erwartet Sie eine interessante Tätigkeit auf psychiatrischen und neurologischen Stationen.

Wir bieten einsatzbereiten Kollegen und Kolleginnen die

Möglichkeit zur vollen Facharztweiterbildung

für Neurologie und Psychiatrie aber auch jenen, die von der Wichtigkeit und Notwendigkeit psychiatrischer oder auch geriatrischer Grundkenntnisse in ihrem künftigen Beruf als Allgemeinpraktiker überzeugt sind, ein reiches Betätigungsfeld.

Wir sichern eine Bezahlung nach VergGr. II BAT und nach Einarbeitung eine vielseitige Gutachtertätigkeit zu. Bei Bewährung bieten wir günstige Aufstiegsmöglichkeiten, ggf. auch Übernahme als beamteter Arzt.

Unverheiratete erhalten Kost und Wohnung (gegen Bezahlung) im Hause; Verheirateten sind wir bei der Wohnungsbeschaffung behilflich. Außerdem gewähren wir alle weiteren, im öffentlichen Dienst üblichen Vergünstigungen.

Kaufbeuren mit über 40 000 Einwohnern verfügt über alle Schulgattungen (Mädchengymnasium in unmittelbarer Nachbarschaft), liegt 700 m hoch im reizvollen Voralpenland überaus verkehrsgünstig (z. B. sind München und Füssen mit seinen Seen in 60 bzw. 40 Autominuten erreichbar).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die **Direktion des Nervenkrankenhauses 8950 Kaufbeuren, Postfach 401.**

Im **Kreiskrankenhaus, 8300 Landshut, in Niederhatzkofen** (121 Betten) sind

1 Assistenzarztstelle

der internen Abteilung
(zur Weiterbildung als Facharzt für 1 Jahr zugelassen)

1 Medizinalassistentenstelle

der chirurgischen Abteilung

1 Medizinalassistentenstelle

der internen Abteilung

ab sofort zu besetzen. Die Bezahlung des Assistenzarztes erfolgt nach Lkr.AT II a und Bereitschaftsdienstvergütung und der Medizinalassistenten nach Lkr.AT III und Bereitschaftsdienstvergütung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an das **Landratsamt Landshut, Personalabteilung, 8300 Landshut.**

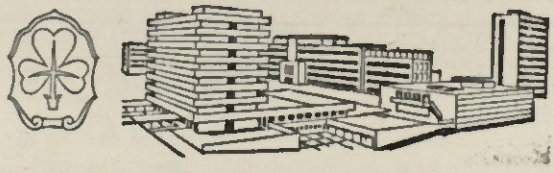
Im **Versorgungskrenkenheus Berchtesgaden (295 Betten)** mit großer Kurabteilung ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Die Vergütung erfolgt nach BAT II a/I b (Ortsklesse S) mit Bereitscheftsdienstzulage, beamtenähnlicher Altersversorgung durch Zusatzversicherung und sonstigen Sozialleistungen nach dem Bundesengestelltentarif (Beihilfen usw.). Wir besitzen die Ermächtigung zur Weiterbildung für 2 Jahre in der Inneren Medizin und für 3 Jahre für den Lungenarzt.

Schriftliche Bewerbungen erbeten en
Versorgungskrankenheus Berchtesgaden
Dr. med. Hebicht, Ärztlicher Direktor
Obermedizinaldirektor



Bei den **Städtischen Krankenanstalten Fürth/Bay.** ist an der **Anästhesieabteilung** (Chefarz Dr. Röllinger) eine

Assistenzarztstelle

zum 1. 4. 1973 zu besetzen. Das Haus umfaßt ca. 800 Betten und verfügt über selbständige Abteilungen für Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Anästhesie, Urologie, Geburtshilfe-Gynäkologie, Innere Medizin, Pädiatrie, Röntgenologie, Pathologie und Kieferchirurgie, sowie Belegbetten für HNO. Die Anästhesieabteilung versorgt alle Abteilungen des Hauses. Eine modern eingerichtete Intensivüberwachungs- und -behandlungsstation ist der Abteilung angeschlossen. Die Anästhesieabteilung ist zur Weiterbildung zum Facharzt voll zugelassen.

Wir bieten: Anstellung nach BAT II mit den im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen, Vergütung des Bereitschaftsdienstes, Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung. Die Stadt Fürth mit 100 000 Einwohnern liegt in unmittelbarer Nachbarschaft zu Nürnberg und Erlangen. Alle weiterführenden Schulen sind vorhanden.

Schriftliche Bewerbungen mit Unterlagen werden erbeten an die **Verwaltung der Städt. Krankenanstalten, 8510 Fürth/Bay., Postfach 530.**

Privatnervenklinik Gauting

Vorortsnähe München, in landschaftlich schöner Lage
Intime Atmosphäre, keine geschlossene Abteilung

Leitender Arzt Dr. Phiipp Schmidt
alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden
8035 Gauting, Bergstraße 50, Telefon (08 11) 8 50 60 51

Studiosus Studienreisen

Anerkannt ausgefeilte Reiserouten mit vielen touristischen Extras.
Engagierte landeskundige Reiseleiter. Ferientermine für alle Bundesländer von März bis Dezember.
Eine Katalogauswahl:

Ägypten-Libanon, 15 Tage, Flug	995,–	Griechenland, 8, 13, 18 Tage, Flug . ab	625,–
Südosteuropa (8 Balkanländer), 21 Tage, Bus	995,–	Indien, 26 Tage, Flug	3350,–
England-Schottland, 18 Tage, Bahn* . . .	1180,–	Algarien, 14 Tage, Flug	1325,–
Italien, 11 und 18 Tage, Bus* . . . . ab	525,–	Israel, 24 Tage, Schiff/Bus . . . . . ab	1350,–
Äthiopien, 22 Tage, Flug	2895,–	Marokko, 26 Tage, Bus*	1295,–
Persien-Irak, 21 Tage, Flug	2275,–	Norwegen-Finnland, 21 Tage, Bus* . . .	1380,–
Spanien-Portugal, 25 Tage, Bus*	1235,–	Türkei, 25 Tage, Bus*	1140,–
Polen-CSSR, 15 Tage, Bus	695,–	Sizilien, 17 Tage, Bahn/Schiff*	995,–

8 Tage Rom*, Florenz*, London*, Istanbul*, Wien-Budapest, Kopenhagen*.
* Auch mit Fluganreise möglich. - Assistenten und Studenten erhalten bei einigen Reisen Ermäßigung.

INFORMATION, KATALOG UND BUCHUNG BEI

Studiosus Reisen München 8 München 2, Luisenstraße 43, D 2
Telefon (08 11) 52 50 55

Ihr Traum-Urlaub an der Algarve

In Süd-Portugal am Atlantik. Luxuriöse Häuser, 3 Bäder, 3 Schlafzimmer, Kamin, Terrassen, Blick auf den Atlantik, heizbarer Swimming-pool.

Miete pro Woche DM 750,– incl. Hausmädchen, das mittags kocht. Verbilligte Flugreisen möglich.

Auch Winter-Urlaub an der Algarve ist Sonnen-Urlaub

Möller, 8500 Nürnberg, Krelingstraße 23, Tel. (09 11) 55 95 69

Praxisräume in Landshut

95 qm im 1. Stock eines Apothekenhauses, für Allgemeinpraxis konzipiert, beste Verkehrslage in Stadtteil mit starkem Bevölkerungszuwachs infolge reger Bautätigkeit, ab Frühjahr 1973 zu vermieten.

St. Wolfgang Apotheke, 8300 Landshut, Altdorfer Straße 4, Telefon (08 71) 7 34 05.

Umständehalber

Arztpraxisräume

In guter Lage in Bad Kissingen zu vermieten. Bisher von gutgehender Praxis belegt. 2 Wartezimmer, 1 Laborraum, 1 Bestrahlungsraum, 1 Untersuchungszimmer, 1 Arztzimmer, 1 Personalzimmer, 1 Toilette, 1 Toilette mit Dusche.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/111 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Anzeigenschlußtermin für die Maiausgabe ist der 5. April 1973

Elit! **Praxisräume für Allgemeinarzt frei.**

Marktredwitz, N.-O.-Bayern, Fichtelgebirge, ca. 18 500 Einwohner; großes Hinterland; alle Schulen, moderne Sportanlagen (Ozonhallenbad) – 8 Räume mit 2 sep. Eing. u. WC., 165 qm, in bester Zentrumslage.

Dr. Woköck, 8590 Marktredwitz, Tel. (0 92 31) 36 91, Markt 30 A

Ohne Maklergebühr!

Luxus-Eigentumswohnungen von Privat an Privat am Luganer See

Das Angebot:

Ca. 88 qm große Eigentumswohnungen auf einem 1150 qm großen abgeschlossenen Gelände in Hanglage mit einem herrlichen Blick auf See und die nahen Berge. – **9 x 4 m großer Swimmingpool und Sauna im Souterrain, Lift, Garagen und 120 qm großer Dachgarten mit 4 x 3 m großem Swimmingpool.** – Verwaltung durch zuverlässiges Hausmeister-Ehepaar.

Wasserski, Motor- und Segelsport und Golfspielmöglichkeiten sind gegeben.

Der Preis:

Von DM 94 600,– in der I. Etage bis DM 98 900,– in der 4. Etage. – Auf Wunsch Garage DM 5500,–.
Die Wohnungen sind bereits bis zum 2. Obergeschoß im Rohbau fertiggestellt. – Bezugsfertigkeit Ende 1973.
Einzahlungen nach Baufortschritt auf ein Noter-Anderkonto. – Verzinsung der Einzahlungen bis zur Bezugsfertigkeit mit 3 %. – Besichtigung nach Terminabsprache.

Anfragen an:

**Frau Helga Langlotz, 6420 Lauterbach/Hessen
Gabelsbergerstraße 2, Telefon (0 66 41) 28 10**

Repräsentative Praxisräume München-Bavariaring

zentrale Lage nächst U-Bahn Station Goetheplatz, 130 qm gut aufgeteilt, Erdgeschoß, 4½ Zimmer und Nebenräume, eigene Gasetagenheizung, vollständig renoviert, monatlich DM 1000,– und Kaution ab sofort zu vermieten. Direkt vom Hausbesitzer – ohne Maklergebühr.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/131 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Praxisräume - Raum München

(Neubaugebiet Erding – S-Bahnstation) 1. Etage, ca. 90 qm, zu vermieten. Besonders günstig für Fachärzte, vor allem Dermatologen, Neurologen, Urologen oder Lungen-Facharzt, da weiter Einzugsbereich. (Starthilfe möglich.)

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/127 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Eigentum-Praxis in Nürnberg
mondänste Wohngeg. Nbgs., 3 Zl., WC mit Waschraum gesamt ca. 63 qm, ÖZH, Bj. 71, 2 Eingänge, zu verk. VB DM 98 000,– und 3,33 % Maklergeb.

gf-immobilien dipl. kfm. g. fraunholz, 8500 nürnberg, stresemannplatz 11, telefon (09 11) 53 49 29

1½ Zl.-App. in Saalbach/Hinterglamm zu verk. Ca. 46 qm, voll möbl. Bez. Herbst 73, beste Kapitalanlage. Sommer- u. Wintersaison. Erf. EK DM 49 000,– und 3,33 % Maklergeb.

gf-immobilien dipl. kfm. g. fraunholz, 8500 nürnberg, stresemannplatz 11, telefon (09 11) 53 49 29