



Flexibilität der Altersgrenze – psychologische Aspekte*

von Ursula L e h r

- I. Zur Problemlage in den verschiedenen Ländern.
- II. Argumente für eine Flexibilität der Altersgrenze: Das kalendarische Alter – als Maßstab ungeeignet
 1. Die Veränderung geistiger Fähigkeiten
 2. Die Veränderung beruflicher Leistungsfähigkeit
- III. Probleme einer Flexibilität
 1. Notwendigkeit einer Entscheidungshilfe
 2. Der Zusammenhang zwischen Erwartungshaltung und Anpassungsprozeß
 3. Vorbereitungskurse auf die Pensionierung.
- IV. Lösungsversuche

I. Zur Problemlage in den verschiedenen Ländern

Das Thema Flexibilität der Altersgrenze hat in dem letzten halben Jahr zunehmend an Aktualität gewonnen. Es war ein heftig umstrittener Diskussionspunkt am Ende der vorzeitig beendeten Legislaturperiode des 6. Deutschen Bundestages und es beschäftigte auch den 7. Deutschen Bundestag gleich zu Beginn seiner Legislaturperiode. Die Regierungserklärung und die Debatte der Regierungserklärung am 25. Januar dieses Jahres ging darauf ein.

Bei den vielen Diskussionen schien es manchmal, als ob manche Leute nicht so ganz wissen, was unter dem Begriff der „Flexibilität“ zu verstehen ist. Man spricht – zumindest bei uns in der BRD – zwar von Flexibilität und meint dabei aber vor allem einseitig eine Durchlässigkeit nach unten, eine Ermöglichung des Berufsendes mit 63 Jahren, eine vorzeitige Pensionierung als äußeres Zeichen sozialen Wohlstandes und „erhöhter Lebensqualität“. Man lehnt eine zusätzliche Ermutigung zur Weiterarbeit jenseits der 65 unter Hinweis auf die zumeist begrenzte psycho-physische Leistungsfähigkeit und die Überforderung älterer Menschen durch die Streßsituation des modernen Arbeitslebens und die notwendigerweise damit ein-

hergehenden gesundheitlichen Probleme strikt ab. Eine solche Begründung ist zumindest in dieser generalisierenden Form keineswegs stichhaltig oder gar belegbar, ist aber ein geradezu klassisches Beispiel für eine Diskriminierung der älteren Bevölkerung; sie verstärkt das ohnehin vorhandene negative Image des älteren Menschen in der Bevölkerung und reiht die über 63jährigen generell in die Gruppe der nicht mehr Leistungsfähigen ein – schiebt sie gewissermaßen schon vor 65 Jahren auf ein Abstellgleis. Denn zumindest im subjektiven Erleben des einzelnen gilt: „Altern beginnt mit der Pensionierung“; und Altern ist in unserer Gesellschaft nun einmal nicht gerade ein erstrebenswerter Zustand.

In einer dpa-Meldung vom 16. Februar 1973 konnte man in der Zeitung lesen, daß der UNO-Generalsekretär WALDHEIM in einem Bericht die Zwangspensionierung mit dem 65. Lebensjahr kritisierte, die den Menschen vorzeitig in ein Gefühl des „Sich-überflüssig-Vorkommens“ stürze. Er spricht sich damit indirekt für eine Hinausschiebung des Berufsendes aus.

Fest steht: Unser in der BRD von manchen Politikern einseitig nach unten verstandener Flexibilitätsbegriff ist etwas problematisch. – Interessant und sicher nicht weniger problematisch ist jedoch auch die Propagierung einer ebenso einseitigen „Flexibilität“, die nur als Ausdehnung des erwerbsfähigen Alters in die 70 hinein verstanden werden will.

Eine Analyse der in Ost und West durchgeführten Untersuchungen der letzten drei Jahre führt zu der Feststellung: Sowohl in Amerika (ROSE und MOGEY, 1972; PALMORE, 1972; RILEY und FONER, 1968; ROSE, 1972; STREIB und SCHNEIDER, 1971) und England (HEARNshaw, 1972; HEARNshaw und MARTIN, 1972) wie in der DDR (EITNER und TRÖGER, 1972), Rumänien (RUSHINE und DUDA, 1972) und der UdSSR (SHAKHBASYAN, 1972; EGLITE, 1972; ROSHCHIN und MARTINOVA, 1972; TRANGEIZER und BELOV u. a., 1972; KUNDIEV, NAVAKATIKYAN u. a.,

* Vortrag anlässlich des A-Kurses für Arbeitsmedizin vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München am 22. Februar 1973.

1972; PETROV 1972) spricht man sich eindeutig gegen eine zu frühe Aufgabe der Berufstätigkeit aus und weist nach, daß eine frühzeitige Beendigung des Erwerbslebens sowohl zum Schaden der Gesellschaft wie aber besonders zum Schaden des einzelnen führt.

So hat – wie viele Autoren auf dem letzten Internationalen Kongreß für Gerontologie in Kiew 1972 berichteten – die Sowjetunion gezielte Aktionen gestartet, um ältere Bürger zu ermuntern, weiter am Erwerbsleben teilzunehmen, zumal medizinisch-psychologische Untersuchungen zeigten, daß etwa 70 % der über 65jährigen – bei entsprechend gesundheitlicher Betreuung und günstigen Arbeitsbedingungen – noch durchaus in der Lage sind, weiterzuarbeiten (SHAKHBASYAN, 1972; EGLITE, 1972; ROSHCHIN und MARTINOVA, 1972) und ein höheres psycho-physisches Wohlbefinden erkennen ließen als die aus dem Berufsleben ausgeschiedenen.

In Ost und West spielt man in diesem Zusammenhang mit dem dem Bundesbürger inzwischen vertrauten Begriff der „Lebensqualität“. Der Engländer HEARNshaw führte 1972 wörtlich aus, für den (älteren) Menschen gelte: „The quality of his life is closely related to the nature of his work“ (1972, S. 82) und setzt sich für die Propagierung einer Weiterarbeit jenseits der 65 ein, die im Zusammenhang mit dem „life-long-learning“, mit der ständigen Weiterbildung im Erwachsenenalter, geradezu selbstverständlich sei und zum subjektiven Wohlbefinden des Individuums beitrage.

Ähnliche Maßnahmen werden aus den USA berichtet (HENDRICHs und DAVIS), wo man festgestellt hat, daß 63 % der Pensionierten sich sogar zu einer Vollzeitbeschäftigung fähig fühlten.

Eine sehr kritische Auseinandersetzung zum Problem Zwangspensionierung oder Flexibilität der Altersgrenze finden wir neuerdings bei PALMORE (1972), der auf die Diskussionsergebnisse der White-House-Conference on Aging im Dezember 1971 mit einging (vgl. auch STREIB, 1971). Auch hier wird allerdings „Flexibilität“ nur im Sinne einer Hinausschiebung der starren Altersgrenze (als Flexibilität nach oben) interpretiert, was mir auch problematisch erscheint. –

Diese einleitende Analyse der Problemlage in den verschiedenen Ländern zeigt

1. eine weitgehende, fast völlige Übereinstimmung hinsichtlich der Ablehnung einer starren Altersgrenze und
2. in Ost und West – mit Ausnahme der BRD – eine Ablehnung frühzeitigen Austritts aus dem Berufsleben und eine Propagierung der Verlängerung der Berufstätigkeit zum Wohle der Gesellschaft wie vor allem zur Erhöhung der „Lebensqualität“ des einzelnen.

Gestützt auf psychologische Forschungen möchte ich nun zunächst generell zum Problem „Flexibilität“ oder „Starrheit“ der Altersgrenze Stellung nehmen.

II. Argumente für eine Flexibilität der Altersgrenze:

Das kalendarische Alter – als Maßstab ungeeignet

Eine starre Altersgrenze – bzw. eine Zwangspensionierung geht – davon aus, daß mit einem bestimmten Lebensalter sowohl die physische als auch die psychische Leistungsfähigkeit eine solche Einbuße erleidet, daß dann ein Weiterarbeiten nicht mehr sinnvoll ist. Forschungsergebnisse zwingen zu einer Revision derartiger Annahmen. Von einem generellen Leistungsabbau, der in einer bestimmten Lebensphase einsetzt (meist schon im vierten, fünften Lebensjahrzehnt), kann nicht die Rede sein.

1. Die Veränderung gelistiger Fähigkeiten

Wir wissen heute, daß das Defizit-Modell des Alterns bzw. der Veränderung intellektueller Fähigkeiten (vgl. LEHR, 1972), das in den dreißiger Jahren von MILES, CONRAD und JONES und auch WECHSLER erstellt wurde, auf einer Reihe methodischer Fehler basiert. Faktoren der Altersstabilität verschiedener Funktionsbereiche, Faktoren der Zeitbegrenzung, der Ausgangsbegabung aber auch der Schulbildung, des beruflichen Trainings, des Stimulationsgrades der Umgebung und schließlich der gesundheitlichen Situation wurden hier nicht berücksichtigt. Wir können heute etwas generalisierend feststellen, daß bei guter schulischer Ausbildung, bei einem lebenslangen Training intellektueller Fähigkeiten bzw. bei entsprechender beruflicher Herausforderung zu Denk- und Problemlösungsaufgaben und bei einem entsprechenden Anregungsgrad der Umgebung sowie bei gesundheitlichem Wohlbefinden die intellektuellen Fähigkeiten mit zunehmendem Lebensalter keineswegs nachlassen.

Das gleiche gilt auch für die Lernfähigkeit, die – bei entsprechender Lerntechnik und Lernmotivation (LÖWE, 1971) – keineswegs eingeschränkt ist, wie auch für psychomotorische Fähigkeiten (vgl. LEHR, 1972).

Wir wissen heute, daß dem kalendarischen Alter, d. h. der Anzahl der Lebensjahre, die das alternde Individuum hinter sich gebracht hat, im Hinblick auf die psychische Leistungsfähigkeit eine äußerst geringe Bedeutung zukommt. Die Leistungsunterschiede von verschiedenen Personen der gleichen Altersgruppe sind sogar erheblich größer als die Leistungsunterschiede zwischen jüngeren und älteren Personengruppen.

2. Die Veränderung beruflicher Leistungsfähigkeit

Wie steht es nun konkret mit der beruflichen Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer? Es ist offenbar sehr schwierig, verläßliche Daten über das Ausmaß der beruflichen Leistungsfähigkeit eines Menschen im höheren Erwachsenenalter zu erhalten. Die „nachlassende Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz“ ist geradezu zum Schlagwort geworden und dient oft dazu, die Situation des älteren Arbeitnehmers in den düstersten Farben zu schildern (vgl. BLUME, 1972); fragt man jedoch selbst Arbeitswissenschaftler nach den Kriterien

der Leistungsmessung, so stößt man auf eine gewisse Hilflosigkeit bzw. erfährt, daß eine wirkliche Leistungsmessung nahezu unmöglich sei, es sei denn, man interessiere sich nur für Akkordarbeiter.

Ein Zugang wird vielfach in bevölkerungsstatistischen Erhebungen gesehen, wobei aus der Tatsache, daß in der Gruppe der über 60jährigen der Prozentsatz der Erwerbstätigen sinkt, fälschlicherweise auf die geringere Leistungsfähigkeit dieser Altersgruppe geschlossen wird. Hier ist einmal zu berücksichtigen, daß für verschiedene Berufsgruppen (z. B. Polizei, Militär, Piloten) eine frühere Pensionierungsgrenze gesetzlich vorgeschrieben ist; darüber hinaus dürfte sich hier ganz stark eine bei Personal- und Betriebsleitern verbreitete vorurteilsbehaftete negative Einstellung gegenüber älteren Arbeitnehmern bemerkbar machen. HOFBAUER und Mitarbeiter (1968) wiesen auf die Vielseitigkeit der Gründe hin, durch die ältere Arbeitnehmer ihren Arbeitsplatz verlieren, und betonen, daß es keineswegs allein „Mängel“ der Arbeitnehmer seien, sondern andere Faktoren wie Betriebsstilllegung, Rationalisierung und Arbeitsauftragsmangel.

Ein weiteres Kriterium für die berufliche Leistungsfähigkeit ist die erbrachte Arbeitsleistung. Hier gilt: je nach spezifischer Betriebssituation fand man entweder keinerlei Unterschiede zwischen Älteren und Jüngeren oder konstatierte ein besseres Abschneiden der Älteren oder auch ein besseres Abschneiden der Jüngeren. Es fanden sich keinerlei Unterschiede, wenn es sich um geübte Tätigkeiten handelt, wenn man in gleicher Weise „erfahrene“ Arbeiter miteinander verglich. Handelte es sich jedoch um eine neue Tätigkeit, schnitten zunächst Jüngere besser ab, produzierten mehr; nach einer gewissen Einübungszeit waren die Unterschiede jedoch ausgeglichen.

Weiterhin fand man bei Jüngeren mehr intraindividuelle Leistungsschwankungen, während Ältere stetiger arbeiten. Allerdings sind die interindividuellen Schwankungen mit zunehmendem Lebensalter größer. So ist es problematisch, von Gruppenleistungen auszugehen; oft schneidet die Gesamtgruppe der Älteren schlechter ab, weil einige wenige erhebliche Minderleistungen erbringen, der überwiegende Teil jedoch weit besser ist als die jüngere Vergleichsgruppe (vgl. LEHR, 1972; THOMAE und LEHR, 1973).

Altersunterschiede ergeben sich je nach Tätigkeit und Belastung. Eine differenziertere Betrachtung findet sich bei WITTE, STEHENSKAJA und Mitarbeitern (1968). Bei ihren in der UdSSR durchgeführten Untersuchungen (1966) stellten sie einen Anstieg der Arbeitleistung bis zu 35 bis 45 Jahren, vor allem bei Hochofenarbeitern, Bohrhauern und Hauern fest, dann allerdings einen gewissen Leistungsabfall. Besonders stark wird in dieser Untersuchung der Einfluß der Betriebs- und Arbeitsbedingungen herausgestellt: Betriebliche Belastungen im Laufe eines Arbeitstages wirken sich danach bei geistig tätigen Personen im Alter von 35–40 Jahren (z. B. bei Projektierungsingenieuren)

besonders aus, was sich in der Produktivität ihrer Berechnungs- und Zeichnertätigkeiten nachweisen läßt, während bei gleicher betrieblicher Belastung mit zunehmendem Alter bessere Leistungen erzielt wurden und Prüfungs- und Kontrollfunktionen sogar zunahmen.

CLAY (1956) verfolgte die Arbeitsleistung von Maschinensetzern, Handsetzern und Korrektoren zweier verschiedener Druckereien durch drei Jahre hindurch. Bei den Maschinensetzern lag das Leistungsmaximum im allgemeinen bei den 48 bis 50jährigen, jedoch übertraf die Leistung der 50 bis 60jährigen zum Teil noch die der 20 bis 30jährigen. Bei den Handsetzern ergeben sich unterschiedliche Alterstrends in zwei Betrieben je nach Produktionsart: In Betrieb A (Handsatz von fremdsprachigen Manuskripten, Musiknoten und Mathematik, verlangt mehr Aufmerksamkeit und Genauigkeit), lag das Leistungsmaximum zwischen 40 bis 59 Jahren und fiel erst danach ab. In Betrieb B (fließbandähnlicher Satz von Standardtexten) lag das Leistungsmaximum zwischen 30 bis 40 Jahren; die Leistung der über 50jährigen war signifikant niedriger als die der 30- bis 40jährigen. — Bei den Korrektoren zeigte sich dagegen eine zunehmende Leistungsverbesserung bis zum 60. Lebensjahr und danach ein leichter Leistungsrückgang. Also: je größer die Anforderung an Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, je länger bleibt die Leistungsfähigkeit erhalten (vgl. LEHR, 1972).

Derartige differenziertere Analysen zeigen, daß man schwer von einem generellen Absinken oder Ansteigen der Produktivität sprechen kann. BELBIN (1953) fand in seiner Untersuchung, daß mit zunehmendem Alter die Arbeiter dann den Anforderungen nicht mehr gewachsen waren und sich eine Minderung der Produktivität zeigte, wenn maschinelles Arbeiten mit einem hohen Grad an Genauigkeit verlangt wurde, wenn sehr viele Details zu beachten waren, wenn Angaben auf Instrumenten genau zu lesen waren und auch komplexe Instruktionen zu verstehen waren. Wenn jedoch die Arbeit ein starkes Maß an Verantwortungsbewußtsein verlangte, ebenso auch ein gewisses Maß an körperlicher Anstrengung und selbst wenn schlechte Arbeitsbedingungen — wie z. B. Staub, Rauch, Hitze — gegeben waren, dann schnitten ältere Arbeitnehmer besser ab als jüngere (vgl. hierzu auch HERON und CHOWN, 1961).

Es wäre hier überhaupt die Frage aufzuwerfen, ob es sinnvoll ist, die Produktivität generell als Maßstab für die Leistungsfähigkeit anzusehen. BIRREN gibt zu bedenken, daß der gute, erfahrene Arbeiter mit zunehmendem Alter häufig zum Vorarbeiter oder in ähnliche „gehobene“ Stellungen aufrückt. Damit stellen jene älteren Kolonnenarbeiter, die in solchen Studien mit Jüngeren verglichen werden, von vornherein eine gewisse negative Auslese dar. — Weiterhin stellte BIRREN fest, daß der ältere Arbeiter häufiger an älteren und damit schlechteren Maschinen zu finden sei, daher auch eher unter ungünstigen Bedingungen arbeite,

was sich auf die Produktivität nachteilig auswirke. Das Verbleiben des Älteren an der ihm gewohnten Maschine entspräche vielleicht sogar zum Teil dem eigenen Wunsch des Arbeiters, dem eine geringere Umstellungsfähigkeit nachgesagt werde; es sei aber auch – so betont BIRREN – das Bestreben mancher Firma, neuere Maschinen mit jüngeren Arbeitskräften zu besetzen, vor allem dann, wenn eine Umschulung auf diese Maschine nötig werde, da dann der für das Anlernen erforderliche Kostenaufwand bei jüngeren Kräften rentabler angelegt erscheint, zumal man ihre Arbeitskraft länger nützen könne.

Ein besonderes Problem stellt die „Schwerarbeit“ dar; hier scheint sich auf den ersten Blick noch am ehesten die These zu bestätigen, daß die Arbeit und der berufliche Streß den Menschen kaputt mache, so daß er schon frühzeitig verbraucht sei. Hier ist allerdings darauf hinzuweisen, daß, wie JOKL (1954), EITNER, TRÖGER und MASIUS (1971) und andere festgestellt haben, ein jahrelanges Training auch ein Absinken der körperlichen Kräfte hinauszögert. Den „mehrdimensionalen Aspekt“ einer Schwerarbeit im Alter haben erneut EITNER, TRÖGER und MASIUS (1971) hervorgehoben. Wenn heutzutage ältere Personen vielleicht auch eher Abbauerscheinungen erkennen lassen, dann können diese weitgehend durch eine ganz spezifische Lebensentwicklung, also biographisch und situationsbedingt gesehen werden. Es bleibt anzunehmen, daß die Jüngeren, die durch Maßnahmen der ständigen Weiterbildung und Qualifikation im Erwachsenenalter, durch ständiges Training, auf dem Laufenden gehalten werden, auch bis ins höhere Alter hinein (zur Schwerarbeit) voll leistungsfähig bleiben.

EITNER und Mitarbeiter (1971) weisen darauf hin, daß sich gerade bei älteren „männlichen Personen mit relativ geringer Qualifikation“ häufig eine Reihe von gesundheitlichen Störungen zeige, die man aber nicht als Folge der Schwerarbeit deuten dürfe, sondern als Folge von Lebensbedingungen, Verhaltensweisen und Einstellungen, die nichts mit der Arbeitsanforderung direkt zu tun haben.

So wird das gehäufte Auftreten bestimmter Formen des Bronchiel-, Magen-, Nieren- und Blasenkarzinoms genannt. „Hier spiegelt sich ein exogener Einfluß-Faktorenkomplex wider, der bestimmte krenkeitsfördernde Traditionen und Verhaltensweisen, EB- und Verzehrgeohnheiten sowie unhygienische Verhältnisse beinhaltet ...“

Ein weiterer Gefahrenkomplex liegt vonseiten einer ungünstigen stomatologischen Situation bei wenig qualifizierten Schwerarbeitern vor. Besonders engelernte Kräfte und Hilfsarbeiter vernachlässigen in großem Umfang die Regeln einer lebensabieufstetigen Stomatohygiene. Ihr Wissen um die Zusammenhänge von stomatologischer Situation, Gesundheit und Leistungsvermögen, ist meist unzureichend. Sie haben Vorbehalte gegenüber dem Stomatologen, und die Angst vor dem Schmerz sowie vor den Extraktionsfolgen erweist sich als störendes Moment in dem Verhältnis von Zahnarzt und Patient. In der Industrie wirken in dem Ursachengefüge der

im Alter zunehmend zu beobachtenden Kauinsuffizienz Schadstoffe der Arbeitsumwelt sicherlich mit. Vor allem sollten die Gefahren des Nikotinabusus auch für den Zustand des Gebisses nicht unterschätzt werden.

Es steht fest, daß die Kauinsuffizienz die Magen-Darmfunktion ungünstig beeinflusst. Eine Eiweißmangeldystrophie im Alter erweist sich als Schrittmacher von Resorptionsstörungen, Leistungseinbußen und damit einer beschleunigten oder vorzeitigen Alterung. Die mathematisch-rechnerisch ausgewiesenen Interkorrelationen zwischen stomatologischem Status, Magen-Darmstörungen, ungünstiger Trophik und vorgealtertem Erscheinungsbild bei wenig qualifizierten Schwerarbeitern sind hochsignifikant“ (1971, S. 142 bis 143).

EITNER, TRÖGER und MASIUS stellten zusammenfassend fest: „Die Aufzählung der nachgewiesenen Korrelationen zwischen Schwerarbeit und gesundheitlichen Störungen berechtigt allerdings keineswegs zu der globalen Schlußfolgerung, ‚schwere körperliche Arbeit‘ sei generell pathogen“ (1971, S. 143). – Nicht die körperliche Schwerarbeit, die Muskelarbeit an sich, begünstige eine Voralterung, sondern allein Schwerarbeit unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen. Hingegen wirke „schwere dynamische Muskelarbeit mit Erholungsmöglichkeiten und bei gesicherter Reproduktion der Arbeitskraft durch Schonung in der Freizeit, ausreichenden Schlaf, Ausgleichsbetätigung und Anpassung des Freizeit- und Urlaubsverhaltens an die Erfordernisse der Arbeit als ein Faktor, der der biologischen Alterung entgegenwirkt“ (EITNER und Mitarb. 1971, S. 143).

Es werden von den Autoren die Ergebnisse umfangreicher Erhebungen über den Gesundheitszustand bei 5000 älteren Schwerarbeitern angeführt. Der Anteil der „überdurchschnittlich Gesunden und Hochleistungsfähigen im 60. bis 70. Lebensjahr“ dürfte etwa bei 10 bis 20% der gesamten Bevölkerung dieses Alters liegen. Bei älteren Schwerarbeitern handle es sich um eine positive Auswahlgruppe, deren Lebenserwartungen höher als die der übrigen arbeitenden Bevölkerung liegen dürfte. „Das Leistungsvermögen dieser Gruppe ist sogar besser als dasjenige von untrainierten oder an Muskelarbeit nicht angepaßten Vergleichspersonen im Alter von 45 bis 60 Jahren“ (S. 114). Die Autoren warnen vor den gesundheitsschädigenden Folgen einer plötzlichen Inaktivierung nach einer Periode der Schwerarbeit. „Es wäre ein schwerwiegender arbeitsmedizinischer Fehler, hochtrainierte, überdurchschnittlich gesunde und leistungsfähige Schwerarbeiter bei Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze aus dem Arbeitsprozeß herauszunehmen und sie somit der Gefahr des Trainingsabbruchs auszusetzen. Nur sollte dafür Sorge getragen werden, daß der Dauerleistungsgrenzwert nicht überschritten wird“ (S. 144).

Zur Frage der Unfallhäufigkeit und des Absentismus möchte ich hier nicht näher eingehen, die Ergebnisse sind einmal widerspruchsvoll, zum anderen möchte ich mit STIRN und PAUL (1963) kritisch auf den „Ausgangswert des Krankenstandes“ hinweisen, bei dem

Momente des Betriebsklimas, des Kontaktes zum Vorgesetzten und zu den Mitarbeitern, das Ausmaß beruflicher Mitverantwortung, der Zufriedenheitsindex mit der Tätigkeit u. a. m. eine große Rolle spielen.

III. Probleme einer Flexibilität

1. Notwendigkeit einer Entscheidungshilfe

Von diesen Resultaten aus ist eine starre Altersgrenze heute keinesfalls mehr gerechtfertigt; es empfiehlt sich unbedingt eine individuelle Regelung. Für manch einen dürfte im Hinblick auf seine Leistungsfähigkeit sogar das Alter von 63 schon viel zu hoch sein; ihm wäre ein noch früheres Ausscheiden aus dem Berufsleben zu wünschen. Für viele Personen jedoch dürfte die Vollendung des 65. Lebensjahres ein viel zu früher Zeitpunkt sein, der sich für ihr körperlich-seelisches Wohlergehen eher negativ auswirkt und durch plötzlichen Abbruch der beruflichen Forderungen, durch plötzlich einsetzende Inaktivität oder Passivität, erhebliche Schäden hervorrufen kann.

Allerdings — und darauf muß man als Psychologe hinweisen — bedeutet eine Flexibilität der Altersgrenze für den einzelnen eine Entscheidung und damit eine „Qual der Wahl“, ein Stadium vorübergehender Unsicherheit und Belastung. Dies läßt sich am besten veranschaulichen durch den wörtlichen Kommentar einer Frau eines älteren Stahlarbeiters, den wir in unseren Untersuchungen erfaßt hatten: „65 ist schon gut; hört mein Mann mit 63 auf, heißt es hier in der Nachbarschaft ‚so ein Schlappschwanz!‘, und arbeitet er bis 67/68 heißt es ‚der kann den Hals auch nicht voll genug kriegen!‘, der ist geldgierig!“.

Darüber hinaus wäre zu erwähnen, daß eine starre Altersgrenze verwaltungsmäßig leichter zu handhaben ist; sie ermöglicht eine bessere Planung sowohl für den einzelnen wie auch für den Betrieb und — je nach Auffassung des Flexibilitätsbegriffs — sie kann eine Überalterung verhindern und dem fähigen Nachwuchs bessere Aufstiegschancen sichern. Hier spielt jedoch die wirkliche Leistungsfähigkeit des Älteren eine Rolle; ist sie in Frage gestellt, sollte er zur Berufsaufgabe gezwungen werden, ist sie vorhanden, warum sollte er denn nur aufgrund seines Alters diskriminiert werden (PALMORE, 1972)?

Eines dürfte jedoch feststehen: Mit der Einführung einer Flexibilität der Altersgrenze wird auch der Arzt häufiger zur Entscheidungshilfe aufgerufen werden, wobei für ihn im Hinblick auf den psycho-physischen Wechselwirkungsprozeß neben medizinischen Aspekten auch psychologische und soziologische Gesichtspunkte mit ausschlaggebend sein sollten. Welche Forschungsergebnisse können hier Entscheidungshilfe bieten?

2. Der Zusammenhang zwischen Erwartungshaltung und Anpassungsprozeß

Die erste These, die durch eine Vielzahl von Untersuchungen gestützt wird, lautet: „Die Erwartungshaltung dem Berufsende gegenüber bestimmt

die Anpassung an die Situation des Pensionärs, des Ruheständlers“.

Die Einstellung zur bevorstehenden Pensionierung läßt sich aufgrund verschiedener Daten für den einzelnen anhand einer breiten Skala messen, deren Extrempunkte eine äußerst positive Sicht — als „endliches Erreichen eines Zieles, auf das man jahrelang hingearbeitet hat“, als Hoffnung, möglichst bald in den wohlverdienten Ruhestand zu kommen (DAVIDSON und KUNZE, 1965) — zu umschreiben wäre und entsprechend als äußerst negative Sicht mit der Befürchtung des Überflüssigseins, des „nicht-mehr-Gebraucht-Werdens“, des „Anfangs vom Ende“ oder gar mit Stichworten wie „Pensionierungstod“ oder „Pensionierungsbankrott“ (STAUDER, 1955) zu charakterisieren wäre.

Immerhin läßt sich anhand relevanter Studien nachweisen, daß diese Annahme einer generell krankmachenden Wirkung der Pensionierung heute keineswegs aufrechterhalten werden kann. Die Annahme, daß jene Personen, die bis zum Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze arbeiten, gesundheitlich weit über ihre körperliche Leistungsfähigkeit hinaus belastet sind und dann nach dem 65. Lebensjahr sehr bald „zusammenbrechen“, ist aber ebenso falsch wie die Verheißung, daß ein freiwilliges vorzeitiges Eintreten in den Ruhestand mehr Jahre gesundheitlichen Wohlbefindens versprechen. Studien haben gezeigt, daß die Mortalitätsrate bei freiwillig frühzeitig Pensionierten höher ist als bei der Vergleichsgruppe. Allerdings sollte man dabei berücksichtigen, daß in ihrem Gesundheitszustand bereits beeinträchtigte Personen eher in einem jüngeren Lebensalter freiwillig aus dem Arbeitsprozeß ausscheiden.

Eine zweite These, ebenso durch exakte Ergebnisse abgestützt, lautet dann: Diese Erwartungshaltung wird durch eine Vielzahl von Faktoren unterschiedlicher Gewichtigkeit — wie Lebensalter, Berufssituation, finanzielle Aspekte, Zukunftsplanung u. e. — bestimmt.

Die Altersvariable

Die Tatsache, daß bei Umfragen von Meinungsforschungsinstituten Anfang des Jahres 1972 ein hoher Prozentsatz der westdeutschen Bevölkerung sich für eine Flexibilität der Altersgrenze im Sinne einer Vorverlegung ausgesprochen hat, daß man andererseits in Betrieben, in denen man den 63jährigen nahelegte, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen, auf Ablehnung der Betroffenen stieß, verwundert aufgrund internationaler Forschungsergebnisse gar nicht (KUHLEN, FLEMING, GORDON, SALEH, ASH). Auch westdeutsche Untersuchungen mit adäquaten Methoden bestätigen, daß bis zum Alter von etwa 55, 60 Jahren der Mensch einer vorzeitigen Beendigung des Berufslebens eher positiv gegenübersteht und das Ende der Berufstätigkeit geradezu herbeisehnt (LEHR 1969, DREHER 1969), dann aber, wenn das 60. Lebensjahr überschritten ist und der Zeitpunkt des Berufsendes

Realität zu werden verspricht, möchte er diesen Zeitpunkt eher vor sich herschieben, möchte eher weiterarbeiten, über die 65 hinaus.

Die Berufssituation

Berufsspezifische Gründe wirken hier modifizierend (DAVIDSON und KUNZE, 1965; GEIST, 1968; DREHER, 1970; FILLENBAUM, 1971 u. a. — vgl. LEHR, 1972). Je größer die körperliche Anstrengung um so positiver steht man einem vorzeitigen Berufsende gegenüber; je stärker die Betriebsverbundenheit um so eher möchte man bis ins hohe Alter hinein weiterarbeiten (GORDON, 1961; LEHR und DREHER, 1969; DREHER, 1969; THOMAE 1969). Dort, wo ein hohes Maß an Zusammengehörigkeitsgefühl innerhalb der Betriebsbelegschaft gegeben war, stand man dem Berufsende eher negativ gegenüber; dort, wo dieses Zusammengehörigkeitsgefühl fehlte, fand sich eine positivere Einstellung zur Aufgabe der Berufstätigkeit.

Finanzielle Aspekte

Daß die Verdienstfrage in diesem Zusammenhang eine große Rolle spielt, wurde ebenso nachgewiesen, aber nicht nur in jenen Ländern, in denen eine große Diskrepanz zwischen Verdienst des Erwerbstätigen und seinem Ruhegehalt gegeben ist. Diese Diskrepanz findet sich besonders in den USA, wo im Durchschnitt eine Reduzierung des Einkommens um etwa 50% erfolgt (STREIB und SCHNEIDER, 1968; PALMORE, 1972) und so viele der über 65jährigen unterhalb der „poverty line“ gelangen. Dennoch ist es falsch, ein Streben nach höherem Verdienst als Hauptmotiv einer Weiterbeschäftigung jenseits der 65 herauszustellen, wie dies heute in der Öffentlichkeit häufig geschieht. Gewiß, eine finanzielle Sicherheit muß gewährleistet sein, doch man sollte den finanziellen Aspekt nicht überbetonen. Die sehr eingehenden Untersuchungen von FRIEDMAN und HAVIGHURST (1954) an fünf verschiedenen Berufsgruppen weisen in gewisser Hinsicht in eine geradezu entgegengesetzte Richtung: dort, wo einem Mensch der Beruf in erster Linie Geldquelle und Verdienst bedeutete, war man am ehesten bereit, die Berufstätigkeit aufzugeben; — dort, wo stärker außerökonomische Werte im Beruf gesehen wurden wie Aufgaben anderen Menschen gegenüber, Möglichkeiten sozialer Kontakte; dort wo Arbeit als Quelle neuer Erfahrungen, als Horizonterweiterung, als Voraussetzung des „Selbstrespektes“ erlebt wurde, begegnete man der Pensionierung mit einer eher negativen Erwartungshaltung. —

Zukunftsorientierung

Nach einem Zusammenhang zwischen Zukunftsorientierung und Einstellung zur Pensionierung wurde besonders in amerikanischen Forschungen gefragt (ASH, 1966; OLIVER, 1960; ANDERSON, 1966; PHELPS, 1966). Man stellte fest, daß jene Menschen, die bestimmte konkrete Pläne für die Zeit nach der Pensionierung hatten, dieser selbst mit mehr positiven

Erwartungen begegneten als jene Menschen, die sich gedanklich mit ihrer Zukunft weniger auseinandergesetzt hatten. Auch ein stärkeres Ausmaß genereller Informiertheit über die Zeit nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben (hinsichtlich Verdienst, Versicherungsfragen, Wohnungsfragen und dergleichen) scheint zu positiven Erwartungen beizutragen.

3. Vorbereitungskurse auf die Pensionierung

Von diesen Erkenntnissen ausgehend, hat man im anglo-amerikanischen Sprachraum bereits in den fünfziger Jahren sogenannte „Vorbereitungskurse auf die Pensionierung“ eingerichtet. Die ersten Erfahrungen des „pre-retirement-counseling“ und der „pre-retirement-education“, die es sich zur Aufgabe gemacht hatten, durch intensive, bereits nach dem 55. Lebensjahr einsetzende Beratung den Blick der Arbeitnehmer auf die Zukunft zu lenken und sie auf die „unerwartete Zeit aufgezwungener Muße“ vorzubereiten, zeigten einmal, daß in den Jahren 1951 bis 1965 die Zahl derjenigen, die positiv zur Pensionierung eingestellt waren, gewachsen ist, zum anderen, daß eine solche Vorbereitung auf die Pensionierung die Anpassung erleichtert. Die Zahl der zufriedenen Pensionäre — das Ausmaß der Zufriedenheit wird häufig als Indikator für den Grad der Anpassung gesehen — stieg nach den oben genannten Untersuchungen in den letzten 15 Jahren unter den „Vorbereiteten“ erheblich an, während sich bei den „nichtvorbereiteten“ Pensionären zunehmend mehr und mehr Anpassungsschwierigkeiten zeigten und die Unzufriedenheit mit der Lebenssituation nach der Aufgabe der Berufstätigkeit zunehmend stärker wurde.

In den letzten Jahren sind einige deutsche Betriebe diesem Beispiel gefolgt. Die Firmen Bayer/Leverkusen, Glanzstoff/Wuppertal wie auch Henkel/Düsseldorf veranstalten regelmäßig derartige Vorbereitungskurse, die sich jeweils auf acht Abende erstrecken.

Eine weitere Erkenntnis internationaler Untersuchungen zeigt, daß jene Personen, die freiwillig in den Ruhestand traten, eine bessere Anpassung erkennen ließen als jene, die zur Aufgabe der Berufstätigkeit mehr oder minder gezwungen wurden. Hierbei kam es nicht darauf an, ob man „freiwillig“ eine Vorverlegung der Altersgrenze oder eine Hinausschiebung nach 65 wählte. Von den „freiwillig Pensionierten“ wollten fünf Jahre nach der Pensionierung nur 5% wieder arbeiten, was als Zeichen einer nicht gelungenen Anpassung an die Situation des Pensionärs gesehen werden könnte; von den aufgrund gesetzlicher Altersgrenze „Zwangspensionierten“ hatten bereits 12% schon drei Jahre nach der Pensionierung eine neue Tätigkeit gefunden, weitere 11% wünschten sich sehnlichst, baldmöglichst eine Arbeit aufzunehmen, waren also äußerst unzufrieden mit dem Pensioniertsein.

Nach diesen Ergebnissen wäre eine dritte These aufzustellen, die lautet: Es besteht ein Zusammen-

hang zwischen einer Vorbereitung auf den Ruhestand, positiver Erwartung dieser Situation, freiwilligem Festsetzen des Austritts aus dem Berufsleben und gelungener Anpassung an die Situation des Pensionärs.

Allerdings weisen die Untersuchungen von HAVIGHURST und auch von HERON hier wieder auf berufsspezifische – und damit vielleicht sogar persönlichkeitspezifische – Differenzierungen hin: Von den Arbeitern war die Pensionierung zunächst weit stärker erwünscht als von Angehörigen sogenannter „höherer Berufe“, jedoch ein Jahr nach der Pensionierung zeigten gerade sie sich weit weniger angepaßt an die neue Situation, und trotz positiver Erwartung derselben wünschten sich 75% der Arbeiter wieder in das Berufsleben eingegliedert. Von den Angehörigen höherer Berufe hingegen, die mit negativer Erwartung dem Ende der Berufstätigkeit entgegensehen, wünschten sich weniger eine Rückkehr ins Berufsleben; in dieser Gruppe war der Prozentsatz der Zufriedenen und „Angepaßten“ weit höher.

Unsere eigenen Untersuchungen zeigten, daß zwar eine positive Einstellung zur Pensionierung die Anpassung sicher erleichtert, daß jedoch weiterhin ein Gefüge sozialer und situativer Bedingungen, das in die biographische Gesamtsituation eingeht, ausschlaggebend wird, so daß generalisierende Aussagen über die Voraussetzungen für gelungene Anpassung schwer zu vertreten sind.

Unter den verschiedenen sozialen Bedingungen, die auf die Anpassung an die Situation des Pensionierten Einfluß nehmen, wäre hier vor allem auf die in der Gesellschaft vorherrschende Rollenvorstellung des „Pensionärs“ oder „Rentners“ hinzuweisen.

Solange die „Rolle“ des „Pensionärs“ oder „Rentners“ in der Gesellschaft mit „Abbauerscheinungen“, „Pensionierungsbankrott“ oder „Pensionierungstod“ assoziiert wird und – wie bei uns – sicherlich nicht gerade zu positiven Anmutungen Anlaß gibt, wird manch ein Arbeitnehmer sich gehindert fühlen, freiwillig bei flexibler Altersgrenze vorzeitig diese Rolle zu übernehmen, selbst wenn es in seinem eigenen Interesse wünschenswert wäre.

IV. Lösungsversuche

Zunächst einmal ist es ein Aufgabengebiet der Wissenschaft und der Öffentlichkeitsarbeit, das verzerrte und negativ akzentuierte Bild des älteren Menschen in unserer Gesellschaft zu korrigieren und dafür zu sorgen, daß es nicht durch politische Maßnahmen verstärkt wird.

Weiterhin gilt es, darauf hinzuwirken, daß ein „Ende der Berufstätigkeit“ nicht mit dem endgültigen Einsetzen des „Alternprozesses“ gleichgesetzt wird. Vorbereitungskurse auf die Pensionierung sind als prophylaktische Maßnahmen zu fordern.

Weiterhin gilt es, neue Altersrollen aufzuzeigen, die dem aus dem Berufsleben Ausgeschiedenen neue Auf-

gabengebiete, neue Funktionen, Sozialkontakte und Zufriedenheit vermitteln. Bestrebungen, solche neuen „Altersrollen“ zu kreieren, sind da (vgl. White House Conference on Aging, 1971; COCKBURN et al, 1972; STREIB und SCHNEIDER, 1968), mögen jedoch für unsereinen manchmal etwas schwer realisierbar erscheinen.

Sowohl die „Freizeit-Rolle“ als auch die „Citizenship-service-Rolle“ sollten für ältere Menschen attraktiver erscheinen.

Mit BURGESS (1960) ist „the roleless role of the retired“ das Hauptproblem des Pensionärs, das bis zur Identitätskrise führen kann (STREIB und SCHNEIDER).

Aber eine solche „Freizeitrolle“ will gelernt sein (CLAGUE, 1971). Der natürliche jahreszeitlich bedingte Rhythmus zwischen Arbeit und Freizeit, wie man ihn noch in der Landwirtschaft findet, wo auch für den Älterwerdenden ein allmähliches Nachlassen und dann Ausklingen beruflicher Tätigkeit gegeben ist, ist in der Industrie verlorengegangen: einer über Jahrzehntelang mit gleicher Intensität erfolgten Tätigkeit folgt plötzlich ein abruptes Ende. Hier fordert CLAGUE (1971) alle fünf Jahre eine Arbeitsunterbrechung von drei Monaten, um die „Freizeitrolle“ einzuüben, ebenso die Möglichkeit einer Berufstätigkeit bis ins hohe Alter bei zunehmend reduzierten Arbeitsstunden. – Auch COCKBURN und Mitarbeiter (1972) setzen sich – von den Diskussionsergebnissen der White-House Conference ausgehend – für einen Wechsel von Arbeitsjahren mit Perioden arbeitsfreier Zeit, verteilt auf den ganzen Lebenslauf, ein. – Eine ähnliche Idee findet sich bei HEARNshaw (1972), der Vorschläge für eine Neustrukturierung des gesamten Lebenszyklus unterbreitet und diese sehr geschickt absichert mit der Feststellung, daß heutzutage die Ausbildungsphase sich durch das ganze Berufsleben erstrecken muß, daß dadurch ein ständiges Training (und damit eine Erhöhung oder gar Förderung der Leistungsfähigkeit) erfolge, so daß gar kein Altersabbau eintrete. Er fordert während des Erwerbslebens alle sieben Jahre ein „arbeitsfreies Jahr“, das zumindest zu 50% einer streng überwachten gezielten Weiterbildung dient und zur anderen Hälfte der Entwicklung und Förderung von Freizeitaktivitäten. Hiermit wäre eine echte „Geroprohylaxe“ geschaffen. Nun, diese Vorschläge – Ausbildung, Erwerbstätigkeit und Freizeit in jeder Lebensphase zu integrieren –, die mit der Bewegung des „life-long-learnings“, des Bildungsurlaubs einhergehen, sind sicher interessant, wenn auch noch nicht ganz ausgereift. – Sie sind aber mit Sicherheit kein Lösungsversuch für jene älteren Arbeitnehmer, die sich an uns mit der Bitte um Rat wenden.

Hier wird man sich kaum auf ein Patentrezept verlassen können. In jedem Einzelfall wird man – wohl auf dem Hintergrund der mitgeteilten Ergebnisse – gesondert zu ergründen haben, worin der jeweilige „per-

sönliche Bedeutungsgehalt“ der Berufstätigkeit für den einzelnen liegt, wo sich am ehesten Deprivationserscheinungen nach der Pensionierung zeigen werden und gemeinsam überlegen, was sich dagegen unternehmen läßt. Weiter muß versucht werden, die jeweilige Motivationsstruktur für ein vorzeitiges Aufgeben oder eine verlängerte Erwerbstätigkeit zu ergründen. Diese Motivationsstruktur ist dem einzelnen selbst häufig gar nicht bewußt, sollte jedoch so weit wie möglich bewußt gemacht werden, vor allem, wenn er vor der Frage einer vorzeitigen Aufgabe der Berufstätigkeit steht: denn eine Aufgabe des Berufs bedeutet nicht nur Fortfall der unangenehmen, belastenden Momente, sondern auch Fortfall der angenehmen, positiv erlebten Momente. Und wie oft wird einem das Positive erst dann bewußt, wenn man es vermißt.

Schlußbetrachtung

Es sollte unsere Aufgabe sein, auf jene für den einzelnen positiven Aspekte des Berufslebens hinzuweisen, die man vielfach dann erst zu würdigen weiß, wenn es zu spät ist. Ich fühle mich geradezu verpflichtet, auf den Wert der geistigen Aktivität, der geistigen Regsamkeit und Aufgeschlossenheit, auf den Wert intensiver Kontakte für ein sinnvolles Altern hinzuweisen. Nicht für alle, aber immerhin für einen großen

Prozentsatz älterer Menschen ist nun einmal der berufliche Bereich jener, der diese vielseitigen besonders im Alter notwendigen Anregungen garantiert.

Berücksichtigt man die – wissenschaftlich nachgewiesene – höchst individuelle Form sowohl der physischen wie vor allem der psychischen Altersprozesse, so verbieten sich generalisierende Aussagen über das Alter, aber auch generalisierende Maßnahmen sollten weitmöglichst eingeschränkt werden. Insofern ist das Abrücken von der starren Altersgrenze und die Einführung einer „Flexibilität“ unbedingt zu bejehnen. Es muß allerdings mit Nachdruck davor gewarnt werden, den Flexibilitätsbegriff eingeengt zu einseitig als „Vorverlegung“ zu definieren. Für eine Vielzahl älterer Menschen – und gerade für jene, die ihre Berufstätigkeit nicht primär unter dem Aspekt des Geldverdienens sehen – wird nur die Möglichkeit einer Hinausschiebung der Altersgrenze zur Verbesserung der „Lebensqualität“ beitragen und zu einem größeren Wohlbefinden im siebten und achten Lebensjahrzehnt führen.

Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert werden.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. phil. Ursula L e h r, Direktor des Pädagogischen Instituts der Universität Köln, 5000 Köln 41, Albertus-Magnus-Platz

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 Welden, nächstes Krankenhaus in Neustadt/WN mit 120 Betten, Fachabteilung Chirurgie und Innere Krankheiten, nach Erweiterung auch gynäkologische Abteilung.

Ärztlicher Notdienst ist über die Notrufzentrale Welden 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 Welden eine weiterbildenden Schulen.

Beiersdorf Medical Programm



Bessere Wege zu schneller Heilung. Beweis Nr. 6: Hansavlies®

Der hypoallergene, hauchdünne Wund-schnellverband für Chirurgie und Ambulanz. Mit den überzeugenden Vorteilen:

1. Hansavlies ist sehr gut hautverträglich

Die hypoallergene Polyacrylatklebmasse ruft auch bei hypersensibler Haut keine Irritationen hervor.

2. Hansavlies verklebt nicht mit der Wunde

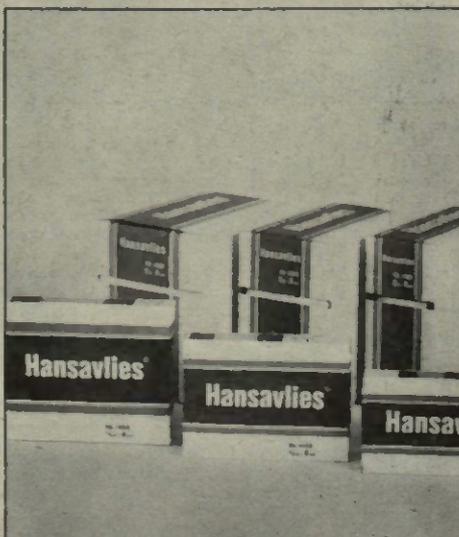
Die Spezialwundauflage verklebt selbst bei starker Sekretion nicht mit der Wunde. Die Wundauflage ist hervorragend saugfähig. Folge: Der Verbandwechsel ist schmerzlos, die Wundruhe wird nicht gestört.

3. Hansavlies ist luft- und wasserdampfdurchlässig

Die poröse Struktur von Hansavlies verhindert Mazerationen und ähnliche Erscheinungen. Selbst unter Dauerverbänden.

4. Hansavlies ist dehnbar – über volle Breite

Das dünne Polyamidvlies und die nicht



schmiegen und behindert nicht die Bewegung.

5. Hansavlies ist strahlenindifferent

Bei Röntgenaufnahmen oder für die Strahlentherapie braucht der Verband nicht entfernt zu werden.

6. Hansavlies ist pflegefreundlich

Die weißen Verbände sehen sauber und ansprechend aus. Schnell und schmerzlos kann der Verbandwechsel erfolgen. Der Verband ist auf seiner Oberseite wasserabweisend imprägniert und braucht deshalb beim Waschen nicht abgenommen werden.

Hansavlies gehört zur neuen Pflaster-Generation: Die hypoallergenen Pflaster, die schneller heilen helfen.

Hansavlies®
Beiersdorf
Medical Programm



mannheim  boehringer

Resorption nahezu vollständig Abklingquote 22% Wirkungseintritt per os 5-20 Min. i. v. 1-4 Min.

Bemerkenswert gute Magen-Darm-Verträglichkeit

Indikationen:

Früh- und Dauerbehandlung der latenten Herzinsuffizienz – Belastungsinsuffizienz, behandlungsbedürftiges Altersherz – und der manifesten Herzinsuffizienz aller Schweregrade.

Dosierung:

Auf Grund der breiten Prüfung in Klinik und Praxis werden folgende Dosierungen empfohlen:

Sättigungsbehandlung: täglich 2 × 2 Tabletten Lanitop oder 2 × 15 Tropfen Lanitop oder 2 × 1 Ampulle Lanitop intravenös je nach Glykosidbedarf über 3–5 Tage.

Dauertherapie: täglich 2–3 × 1 Tablette Lanitop oder 2–3 × 7 Tropfen Lanitop je nach Glykosidbedarf.

Die Prüfung ergab, daß in der Praxis mehr als die Hälfte aller Patienten mit täglich 2 × 1 Tablette Lanitop auskommt.

Gelegentlich genügt täglich 1 × 1 Tablette Lanitop.

Zusammensetzung:

Lanitop® 18-Methyl-Digoxin
1 Tablette enthält 0,1 mg
1 ml Liquidum (= 45 Tropfen) enthält 0,6 mg
15 Tropfen = 2 Tabletten
1 Ampulle zu 2 ml enthält 0,2 mg

Für Ihre Verordnung:

Lanitop
OP mit 50 Tabletten DM 4,90 m.U.
OP mit 100 Tabletten DM 8,80 m.U.
AP mit 500 Tabletten

Lanitop Liquidum

OP mit 10 ml Liquidum DM 5,40 m.U.
OP mit 20 ml Liquidum DM 9,80 m.U.
AP mit 100 ml Liquidum

Lanitop Ampullen

OP mit 5 Ampullen DM 3,45 m.U.
AP mit 25 und 100 Ampullen

Kontraindikationen:

Alle Herzglykoside sind bei Digitalisintoxikation, Hypercalciämie und vor einer Konversion kontraindiziert. Außerdem kann eine Glykosidtherapie bei manifestem Kaliummangel, Störungen der atrio-ventrikulären Erregungsüberleitung und pathologischer Bradykardie – je nach Schweregrad – kontraindiziert sein oder zusätzliche therapeutische Maßnahmen erfordern. Bei jeder Glykosidtherapie ist von parenteralen Calciumgaben – insbesondere bei gleichzeitiger Verabreichung – abzuraten, da es zu Störungen der Erregungsleitung, in extremen Fällen zu Herzstillstand kommen kann.

Hinweise:

Wie bei jeder Digitalis-Therapie können besonders bei Patienten mit Glykosid-Überempfindlichkeit bzw. Störungen des Elektrolythaushaltes Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden, Rhythmusstörungen und entopische Erscheinungen auftreten. Aus den gleichen Überlegungen soll bei Cor pulmonale vorsichtig digitalisiert werden, insbesondere bei intravenöser Therapie. Bei Niereninsuffizienz muß mit einem erniedrigten Glykosid-Bedarf gerechnet werden. Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt (z. Zt. gültige Auflage: Februar 1972).

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, Lillienstraße 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.

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Schwaben**Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (0821) 313031****Markt Inchenhofen, 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 oder Rennertshofen, Lkr. Donau-Ries:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines früheren Arztsitzes. Marxheim hat 650, Rennertshofen hat 1700 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.

Monhelm, Lkr. Donau-Ries:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Wellerstein, Lkr. Donau-Ries:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines vakanten Arztsitzes. Wellerstein 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.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Oberfranken**Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a-9, Telefon (09 21) 23032****Münchberg:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Industriestadt mit 10 500 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.

Rehe, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die Stadt Rehau hat 11 000 Einwohner, insgesamt sind ca. 14 000 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.

Stammbech, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Es handelt sich um die Wiederbesetzung des zweiten derzeit verwaisten Arztsitzes. Der Markt Stammbech ist ein überwiegend industriell und gewerblich orientierter Ort, der neben der Autobahn-Schnellverbindung Richtung Hof/Seale 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 (09 31) 50303****Bessenbach, Ortst. Streßbessenbach, 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 Wohnreumbeschaffung mit Praxisräumen und auch bei Hausbau.

Schöllkrippen, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

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**

Lehrberg, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Die Gemeinde ist bei der Bauplatz- und Wohnreumbeschaffung 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

Einwohnerzahl 6400, Einzugsgebiet ca. 9000.

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

Die Gemeinde ist bei der Beschaffung von Praxis- und Wohnräumen, ggf. auch eines Grundstückes, behilflich.

Volksschule in Langenzenn; Gymnasium und Realschule in Fürth.

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

**KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Oberbayern
München, Mühlbauerstraße 16/II, Telefon (08 11) 47 60 87**

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 Facharztzentrum befindet sich in Ingolstadt. Volks- und Realschule sind in Manching, ein Gymnasium ist in Ingolstadt.

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

II. Weitere freie Kassenarztstellen

Bei Niederlassung und Kassenzulassung besteht die Möglichkeit, Grunderwerb und Bau eines Arzthauses mit Unterstützung des Wohnbauwerkes der Bayerischen Ärzteversorgung zu finanzieren. Interessenten wenden sich an die Kassennärztliche 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 Niederbayern
Straubing, Lilienstraße 5-7
Telefon (09421) 7053

Deggendorf: 1 Augenarzt

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

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

Ergoldsbach, Lkr. Landshut: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

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

Kelheim/Donau: 1 Augenarzt

Kirchroth, Lkr. Straubing-Bogen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Landshut: 1 Augenarzt und 1 Nervenarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald):
1 HNO-Arzt

Schöllnach, Lkr. Deggendorf (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wildenberg, Lkr. Kelheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

Untereichingen, 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 und 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Coburg: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Enchenreuth, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hallerndorf, Lkr. Forchheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hof (Saale): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kronach: 1 Kinderarzt
1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Marktredwitz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Sassanfahrt, Lkr. Bamberg: 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.

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 Schwangerschafts-erbrechen, bei gehäuftem Erbrechen anderer Art

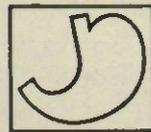
„verdorbener Magen“

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 1/4 Glas Wasser gut verrührt einnehmen bzw. 1–2 Tabletten kauen oder kauen. Bei Bedarf können die angegebenen Einzeldosen erhöht werden.

Zur Beachtung (für alle Anwendungsformen)

Hohe und längerdauernde Gaben von Gelusil können bei schwerer Nierenineffizienz zu 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-Silikat-hydrat 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-Silikat-hydrat 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-Silikat-hydrat 0,1 g und 0,9 g sofort lösliches, fettfreies Milchpulver. 10 Beutel zu 4,5 g DM 5,40 m. MWSt., Dose mit 100 g DM 9,00 m. MWSt.

Gelusil-Tabletten

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

Weitere Informationen siehe wissenschaftlicher Prospekt.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

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

Ansbach: 1 Urologe
Bad Windsheim: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt
Herbruck: 1 Augenarzt
Nürnberg-Langwasser/Neuselsbrunn/Rangierbahnhof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Nürnberg-Gebersdorf/Birkenwald/Neumühle: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Roßtal, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Trautskirchen, Lkr. Neustadt/Alsch: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Vorra, Lkr. Lauf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Wittelshofen, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulas-

sungsausschuß für Ärzte Mittelfranken, 8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

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

Eichstätt: 1 Augenarzt
Galmersheim, Lkr. Eichstätt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Garching a. d. Alz, Lkr. Altötting: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Neumarkt-St. Veit, Lkr. Mühldorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Welcherling, Lkr. Neuburg/Donau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Kliniken zur internen Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken nach Operation und/oder Bestrahlung

in 8203 Oberaudorf/Bad Trißl
und 8974 Oberstaufen/Allgäu
für Kassen- und Privatpatienten

In der Klinik Bad Trißl werden nur Frauen mit Mamma- und Genitalkarzinomen aufgenommen, in der Schloßbergklinik Männer und Frauen mit allen Formen solider Tumoren und Leukämien.

Mit den gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen in Bayern bestehen Pflegesatzvereinbarungen.

Anmeldung und Aufnahme nach Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes ausschließlich über die **Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern**, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16/IV (Ärztehaus Bayern), Telefon (08 11) 47 74 01.

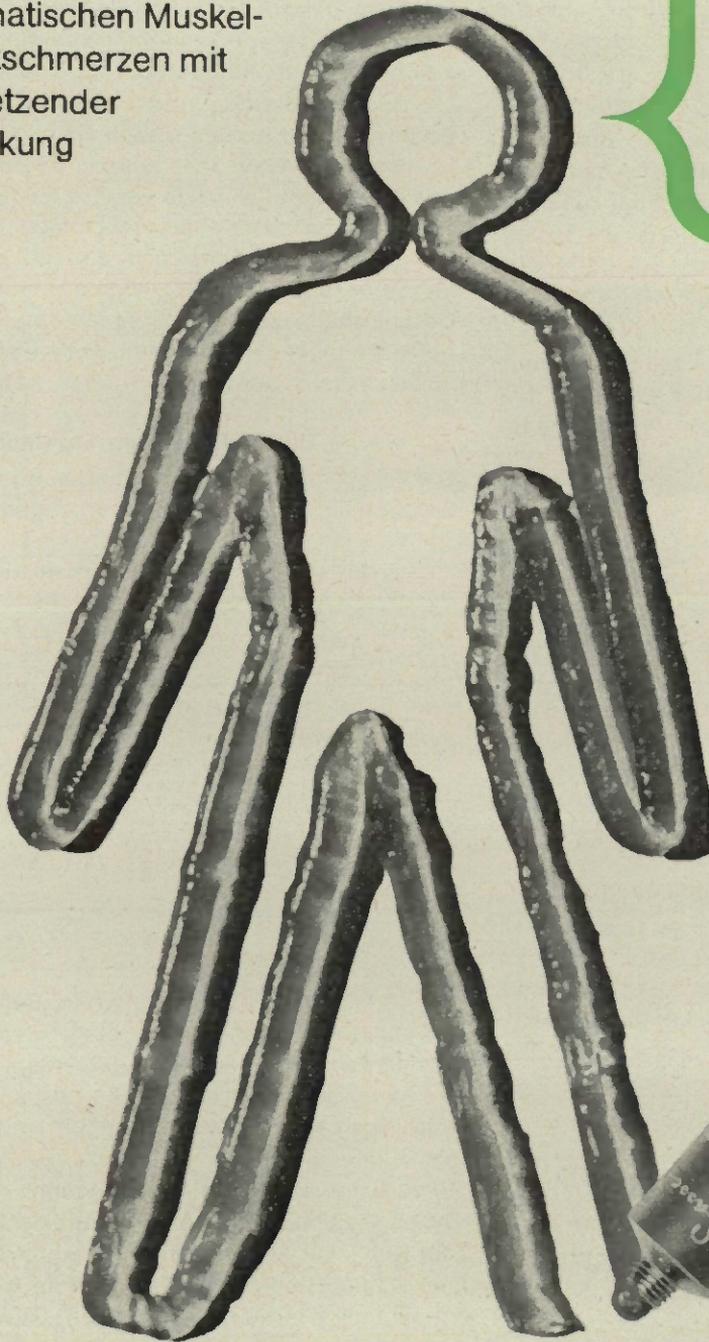
Formulare für diesen Befundbericht können über die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern angefordert werden.

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



Zusammensetzung

100 g Gel enthalten: Äthylenglykoi-
monosalicylat 1,0 g, Nicotinsäure-
benzylester 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 Reiz-

therapie günstig beeinflusst werden.
Hierzu gehören: Arthrosen,
Osteochondrosen, Spondylosen,
Spondylarthrosen, Bandscheiben-
schäden, Ischialgien, Neuralgien,
Arthritiden im nicht akut
entzündlichen Stadium, Sehnen-
scheidentzündungen,
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

Früherkennung des gynäkologischen Karzinoms mittels Einsendezytologie *

von F. Bajardi

Erarbeitet und bekanntgemacht wurde die gynäkologische Zytologie zunächst von den zentralen Kliniken. Vor allem der Gebärmutterhalskrebs wurde durch das Verfahren bereits in seinen frühesten Stadien faßbar. Die Sicherheit der Diagnose ist hier mit rund 90% bereits im ersten Untersuchungsgang anzugeben.

Derartige Resultate drängten zu einem Einsatz auf breiter Ebene. Nicht nur der Patientin der Klinik, sondern jeder Frau, wo immer sie sich einer gynäkologischen Untersuchung unterzieht, mußten die Vorteile der Zytodiagnostik eröffnet werden; am peripheren Krankenhaus, beim Facharzt, vor allem aber auch beim Praktischen Arzt.

Der Realisierung dieser Forderung kam das Minimum des für die Herstellung zytologischer Abstriche nötigen technischen Aufwandes entgegen. Nur für die Befundung der Präparate bedurfte es spezialisierter Fachkräfte in einem entsprechend ausgestatteten Laboratorium.

Ein derartiges Laboratorium steht im Land Steiermark seit 1961 zur Verfügung, zunächst im Verband der Universitäts-Frauenklinik und seit 1. Januar 1967 — dank der Unterstützung durch die Sektion Steiermark der Österreichischen Krebsgesellschaft — als selbständige Abteilung des Landeskrankenhauses Graz. Nachfolgend wird über in diesem Laboratorium erzielte Resultate berichtet. Im besonderen werden auch die für die Einsendezytologie spezifischen Schwierigkeiten der histologischen Abklärung erörtert.

Untersuchungsgut und -methoden

Der Zeitraum des Berichtes erstreckt sich vom 1. Januar 1967 bis zum 31. Dezember 1970. Insgesamt wurden in diesen vier Jahren 200 705 zytologische Untersuchungen durchgeführt. Davon entfallen 186 011 (93%) auf die gynäkologische Tumordiagnostik (Tab. 1). — Zytologie ist somit nach wie vor ein ganz überwiegend gynäkologisches Sachgebiet.

Zytologisches Untersuchungsgut 1967 bis 1970

	1967	1968	1969	1970	insgesamt
Gynäk. Unters.	32 146	39 964	50 373	63 528	186 011
Mammasekret	56	112	160	195	523
Sputum	1 679	2 601	1 172	1 191	6 643
Bronchialespiration	357	574	554	445	1 930
Harn	56	348	578	223	1 205
Anderes	683	850	1 305	1 555	4 393
Ingesamt	34 977	44 449	54 142	67 137	200 705

Tabelle 1

*) Nach einem Vortrag, gehalten anlässlich des „16. Bad Ausseer Symposions“ am 21. April 1972.

Bemerkt muß hier noch werden, daß es sich bei den angeführten Zahlen um die Zahlen der Präparate und nicht um die der Patienten handelt. Eine getrennte Führung beider war ursprünglich angestrebt. Bei dem Fehlen eines unmittelbaren Kontaktes mit den Patienten erwies sie sich jedoch als nicht realisierbar. Da gerade von der großen Masse, nämlich von den gynäkologischen Fällen fast ausschließlich nur ein Ausstrich übersandt wird, da weitere kurzfristige Wiederholungen nur sehr selten vorkommen, und schließlich, vor allem auch in Anbetracht der sehr großen Zahlen, ist die gesamte Fallzahl sehr nahe der angegebenen Untersuchungszahl anzunehmen. Statistische Fehler bei nachfolgenden Berechnungen werden demnach, soweit sie sich überhaupt ergeben, sehr klein sein.

Die zytologischen Ergebnisse

Die Frequenz unserer verdächtigen und positiven Zellbefunde ist in Tabelle 2 zusammengefaßt.

Verdächtige und positive Zellbefunde 1967 bis 1970

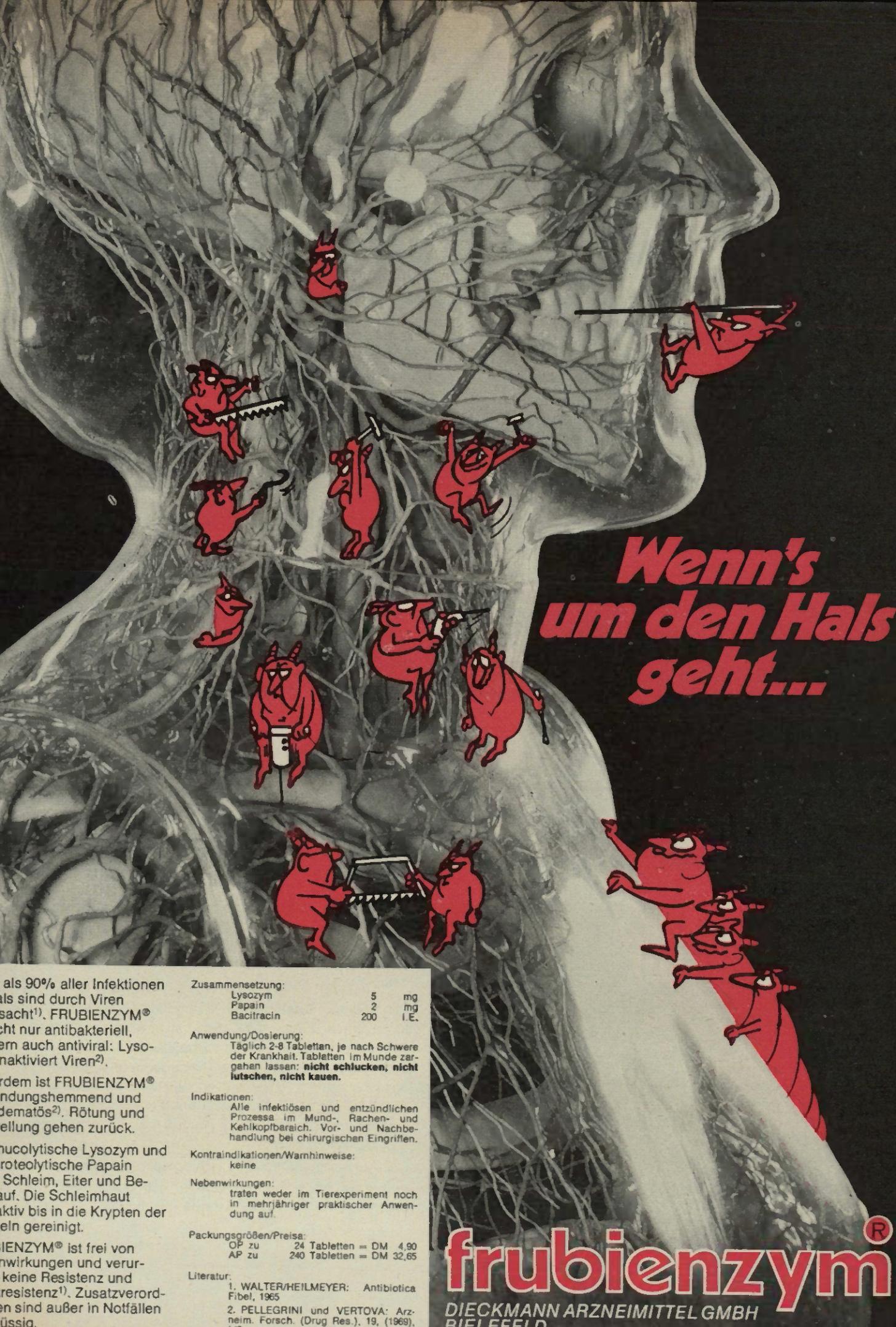
	Unter-such.-zahl	Pap III	Pap IV + V	Summe Pap III bis V
1967	32 146	442 (1,37%)	217 (0,67%)	659 (2,04%)
1968	39 964	447 (1,12%)	198 (0,50%)	645 (1,62%)
1969	50 373	443 (0,88%)	225 (0,45%)	668 (1,33%)
1970	63 528	541 (0,85%)	308 (0,48%)	849 (1,33%)
1967 bis 1970	186 011	1873 (1,00%)	948 (0,50%)	2821 (1,50%)

Tabelle 2

Der Anteil dieser pathologischen Befunde erscheint mit durchschnittlich 1,50% relativ klein. Wie sich die ermittelten Hundertsätze zu den entsprechenden Werten eines klinischen Krankengutes und andererseits auch von Reihenuntersuchungen verhalten, ist mit Tabelle 3 dargestellt.

Erwartungsgemäß ist die Frequenz der pathologischen Befunde im selektionierten Untersuchungsgut der Klinik mit Abstand am höchsten, während die Reihenuntersuchungen insgesamt (Pap III bis V) die geringsten Trefferquoten aufweisen. Das Einsendelaboratorium steht zwischen beiden, jedoch wesentlich näher den organisierten Gesundenuntersuchungen.

Es spricht dies dafür, daß auch das Untersuchungsgut des Einsendelaboratoriums weitestgehend unselektioniert ist: Der Großteil der Frauen unterzieht sich aus prophylaktischen Gründen der zytologischen Untersuchung und nur ein sehr kleiner Teil sucht den Arzt wegen einer schon existenten spezifischen Sym-



**Wenn's
um den Hals
geht...**

als 90% aller Infektionen
als sind durch Viren
sacht¹⁾. FRUBIENZYM®
cht nur antibakteriell,
em auch antiviral: Lyso-
naktiviert Viren²⁾.
rdem ist FRUBIENZYM®
ndungshemmend und
dematös²⁾. Rötung und
ellung gehen zurück.
ucolytische Lysozym und
roteolytische Papain
Schleim, Eiter und Be-
auf. Die Schleimhaut
ktiv bis in die Krypten der
eln gereinigt.

FRUBIENZYM® ist frei von
nwirkungen und verur-
keine Resistenz und
resistenz¹⁾. Zusatzverord-
sind außer in Notfällen
üssig.

Zusammensetzung:

Lysozym	5	mg
Papain	2	mg
Bacitracin	200	I.E.

Anwendung/Dosierung:

Täglich 2-8 Tabletten, je nach Schwere der Krankheit. Tabletten im Munde zergehen lassen: **nicht schlucken, nicht lutschen, nicht kauen.**

Indikationen:

Alle infektiösen und entzündlichen Prozesse im Mund-, Rachen- und Kehlkopfbereich. Vor- und Nachbehandlung bei chirurgischen Eingriffen.

Kontraindikationen/Warnhinweise:

keine

Nebenwirkungen:

traten weder im Tierexperiment noch in mehrjähriger praktischer Anwendung auf.

Packungsgrößen/Preise:

OP zu	24 Tabletten =	DM 4,90
AP zu	240 Tabletten =	DM 32,65

Literatur:

1. WALTER/HEILMEYER: Antibiotica Fibel, 1965
2. PELLEGRINI und VERTOVA: Arzneim. Forsch. (Drug Res.), 19, (1969).

frubienzym®
DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH
RIEDEL

Zytologische Untersuchungen einer gynäkologischen Klinik, des Einsendelaboratoriums und eines Reihenuntersuchungsprogramms

	Frauenklinik Graz (1, 2, 4)	Einsenda- labor	Reihenuntar- sungen (5)
Pap III	4,1 – 4,7 %	1,0 %	0,39 %
Pap IV + V	1,8 – 2,2 %	0,5 %	0,57 %

Tabelle 3

ptomatik auf. Das aktuelle Programm der Krebsvorsorge in der Gynäkologie ist somit, wie die Vergleichswerte der Tabelle 3 beweisen, in unserem Bundesland bereits sehr weit gediehen.

Ergebnisse der histologischen Abklärung

Bei Zellbildern der Gruppen III, IV und V wird dem Einsender jeweils die bioptische Klärung empfohlen. Gleichzeitig ergeht an ihn eine nach Ausfüllung rückerbetene rote Karte. Sie enthält Rubriken zur Eintragung der erhobenen histologischen Befunde.

Tabelle 4 enthält die uns zur Kenntnis gelangten Resultate der bioptischen Abklärung bei den zytologisch verdächtigen Fällen.

Zur richtigen Bewertung dieser und auch der nächsten Tabelle ist in Erinnerung zu bringen,

daß bereits das sogenannte undifferenzierte Regenerationsepithel einen verdächtigen oder gar posi-

Histologische Befunde bei zytologischem Verdacht (Pap III)
Zahl der Verdachtsbefunde 1873

Mittellungen über biopsische Überprüfungen		1226 (65%)		
Normales oder abnormes Plattenepithel	511	715 (58,3%)	408 (33,3%)	
Undifferenziertes Regenerations- epithel	79			
Geringgradig dysplastisches Plattenepithel	120			
Hochgradig dysplastisches Plattenepithel	146			
Präinvasives Kollumkarzinom	232			
Präklinisch invasives Kollumkarzinom	30			516 (42,1%)
Invasives Kollumkarzinom	88			
Korpuskarzinom	16			
Ovarialkarzinom	2			
Vaginalkarzinom	2			

Tabella 4

tiven Zellbefund verursachen kann, und daß solches Epithel einer Beobachtung bedarf;

daß ferner schon das geringgradig dysplastische Epithel eine Therapie oder zumindest strenge Observanz erfordert;

daß schließlich das hochgradig dysplastische Epithel in praktischen Belangen genauso traktiert werden muß wie das Oberflächenkarzinom.

Somit hat der Verdachtsbefund in 715 von 1226 bioptisch überprüften Fällen (= 58,3%) auf die Spur therapiebedürftiger oder zumindest in kurzfristiger Beobachtung zu haltender Läsionen geführt. Der Anteil der Karzinome, einschließlich der hochgradigen Dysplasien, beträgt 516 Fälle bzw. 42,1%. Präklinische Kollumkarzinome (präinvasive und frühinvasive Krebse, NAVRATIL - 6) zusammen mit den hochgradigen Dysplasien ergeben 408 Fälle bzw. 33,3%.

Histologische Befunde bei positiver Zytologie (Pap IV und V)

Zahl der positiven Befunde 948

Mittellungen über biopsische Überprüfungen		700 (73,8%)		
Normalas oder abnormes Epithel	107	593 (84,7%)	431 (61,6%)	
Undifferenziertes Regenerations- epithel	17			
Geringgradig dysplastisches Plattenepithel	37			
Hochgradig dysplastisches Plattenepithel	94			
Präinvasives Kollumkarzinom	248			539 (77,0%)
Präklinisch invasives Kollumkarzinom	53			
Invasives Kollumkarzinom	103			
Korpuskarzinom	4			
Vaginalkarzinom	1			

Tabella 5

Mit Tabelle 5 sind die entsprechenden Resultate bei positiver Zytologie (Pap IV und V) zusammengefaßt.

Die positive Zytologie hat somit unter 700 bioptisch überprüften Fällen 593 (84,7%) therapiebedürftige oder zumindest kurzfristig zu beobachtende Läsionen aufgespürt. Der Anteil der Karzinome einschließlich der hochgradigen Dysplasien beträgt 539 Fälle bzw. 77,0% und auf die Frühfälle (präklinische Kollumkarzinome und hochgradige Dysplasien) entfallen hier bei 431 Fällen 61,6%.

Der Aufwand von 186011 zytologischen Untersuchungen erbrachte somit mindestens 1308, das sind 0,7%, histologisch verifizierter Erfolge (Teb. 6).

Summe der zytologisch entdeckten und histologisch verifizierten Läsionen

Zahl der Untersuchungen	186 011
Undifferenziertes Regenerationsepithel	96
Geringgradig dysplastisches Plattenepithel	157
Hochgradig dysplastisches Plattenepithel	240
Präklinisches Kollumkarzinom	599
Fortgeschritteneres Kollumkarzinom	191
Korpuskarzinom	20
Vaginalkarzinom	3
Ovarialkarzinom	2
Insgesamt	1308 (0,7 %)

Tabelle 6

Diskussion der Ergebnisse

Mit den aufgezeigten Trefferquoten erscheint der geleistete Einsatz bei weitem berechtigt. Nicht völlig befriedigt ist allerdings der Zytologe, so er die histologisch verifizierten Resultate dieses Laboratoriums mit denjenigen eines rein klinischen Krankengutes vergleicht. So konnten wir selbst (4) unter den histologisch überprüften zytologischen Verdachtsfällen der Grazer Frauenklinik 57,0% Karzinome bzw. hochgradige Dysplasien errechnen (114 von 200). Die entsprechende „Bedeutung des positiven Zellbefundes“ wurde gar mit 96,02% ermittelt (145 von 151). Dazu die Vergleichszahlen des Einsendelaboratoriums: 42,1% (516 von 1226) beim suspekten und 77,0% (539 von 700) beim positiven Befund (Tab. 7).

Vergleich der Ergebnisse der bioptischen Abklärung beim verdächtigen und positiven Zellbefund

	Frauenklinik Graz (4)		Zytologisches Lebor LKH Graz	
	Pap III	Pap IV + V	Pap III	Pap IV + V
Zahl	200	151	1226	700
Karzinome und hochgradige Dysplasien	114 (57,0 %)	145 (96,0 %)	516 (42,1 %)	539 (77,0 %)

Tabelle 7

Dieser Abfall der Resultate könnte nun dafür sprechen, daß pathologische Zellbefunde zuweilen doch zu leichtfertig erstellt werden. Solche Sorge ist jedoch unbegründet. Demjenigen, dem die Methoden der Biopsie und der histologischen Bearbeitung vertraut sind, dem sind auch die tatsächlichen Fehlerquellen offenbar.

Beides, Biopsie und Histologie, werden an Frauenkliniken meist im Hause betreiben, oft vom gleichen Personal, das auch für die Zytologie zuständig ist. Die bioptische Abklärung der Zervix ist dabei durch Einführung der Konisation und der Stufenschnittbearbeitung zur Vollendung gediehen (3).

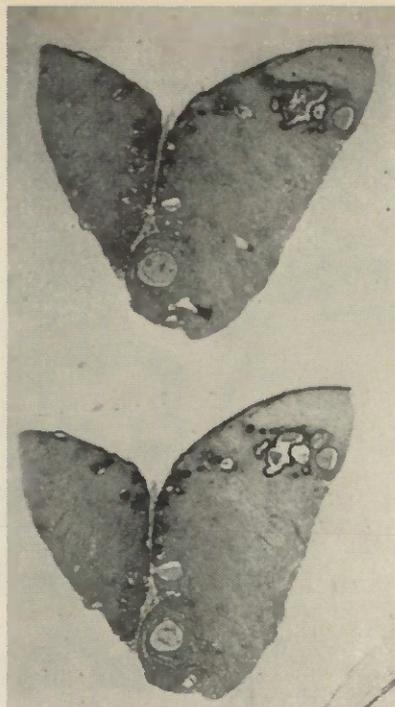


Abbildung 1

Schnitte aus einem richtig entnommenen, damit ausreichend übersichtlichen, in Stufenserie aufgearbeiteten Portiokonus

Gerade diese Vollendung wird nun vielfach auch dort erwartet, wo schon aufgrund der großen Zahlen die Voraussetzung hierfür nicht besteht, nämlich die Möglichkeit, den sachgemäß exzidierten Konus in Stufenserie aufzuschneiden (Abb. 1). Bei durchschnittlich 100 Schnitten pro Konus wäre für die von uns ausgewiesenen 948 positiven Fälle die Herstellung und Befundung von 94800 Schnitten nötig gewesen. Wollte man, wie vielfach gefordert, auch die Verdachtsfälle in entsprechender Weise abklären, würde sich die Schnittzahl um 187300 auf 282100 erhöhen. Dazu bedürfte es eines eigenen Konisationsinstitutes.

Zur Ehrenrettung der eigenen zytologischen Befundung, aber auch, um nochmals die sich mit der Konisation eröffnenden diagnostischen Möglichkeiten zu dokumentieren, seien hier entsprechende Resultate aus eigener Werkstatt vorgewiesen (Tab. 8). Das klein

Histologische Befunde bei 93 in Stufenserien aufgeschnittenen Konussen

	Fälle	norm. + abnorm. Ep.	Regen. Ep.	gering dyspl. Ep.	hochgr. dyspl. Ep.	präinvas. Kollumca	präkl. invas. Kollumca	Invas. Kollumca	Korpusca
Pap III	34	—	1	7	2	17	4	2	1*)
Pap IV + V	59	—	—	—	4	31	20	4	—
Pap III bis V	93	—	1	7	6	48	24	6	1*)

*) Durch gleichzeitige Curettage des Korpus diagnostiziert.

Tabelle 8

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:

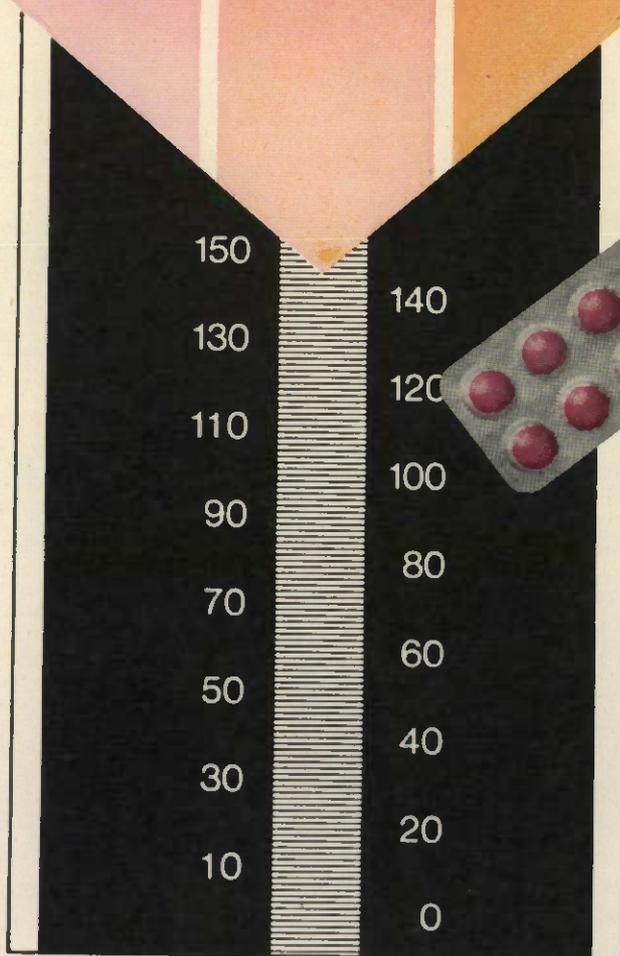
0,1 mg Reserpin, 125 mg *l*-3-(3,4-Dihydroxyphenyl)-2-methylalanin (Methyldopa), 10 mg N-(4'-Chlor-3'-sulfamoyl-benzolsulfonyl)-N-methyl-2-aminomethyl-2-methyl-tetrahydrofuren (Mefrusid)

Indikation

Alle Formen der Hypertonie.

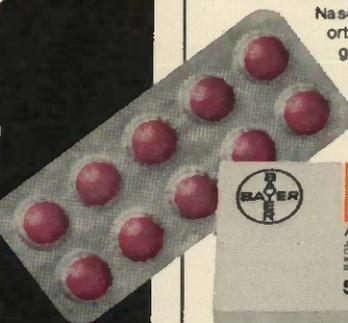
Dosierung

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 der Patienten zu einer gewissen Sedierung, die je nach Dosis – das Reaktionsvermögen vorübergehend einschränken kann (Verkehrstüchtigkeit). Gastrointestinale Symptome: Mundtrockenheit, Schwellungen der Nasenschleimhaut und kurz anhaltende orthostatische Beschwerden können gelegentlich auftreten.



Kontraindikationen

Erwiesene Sulfonamidüberempfindlichkeit, ausgeprägte nephrogene Ausscheidungsstörungen, schwere Hypokaliämie, Coma hepaticum. In einzelnen Fällen können Reserpin enthaltene Arzneimittel, die der Mutter bis kurz vor Wehenbeginn gegeben werden, bei Neugeborenen zu Schwellungen der Nasenschleimhaut, Atemstörungen, Hypersekretion der Bronchialschleimhaut sowie zu Somnolenz führen. Deshalb soll Caprinol – wie alle Reserpin enthaltenden Präparate – in den letzten 2–3 Schwangerschaftswochen nicht eingesetzt werden.

Zur Beachtung

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.



Caprinol: Synthese optimaler Wirkung und Verträglichkeit
Bayer

gehaltene Untersuchungsgut dient dem informativen Histologieunterricht des Screening-Personals und auch der Forschung. Es entstammt der eigenen gynäkologischen Praxis, überwiegend jedoch einer Krankenabteilung eines westlichen Bundeslandes.

Hier muß festgehalten werden, daß in keinem Fall der zytologische Befund ungeklärt blieb. Bei den 34 Verdächtigen beschränkte sich die endgültige Diagnose einmal auf „Regenerationsepithel“ und siebenmal auf „geringe Dysplasie“. Die übrigen 26 Fälle waren, ebenso wie alle 59 Positiven hochgradige Dysplasien oder Karzinome.

Die Schlußfolgerungen sind offenbar: in einem gar nicht unerheblichen Anteil wird das sich zytologisch annoncierende Karzinom nicht verifiziert. Dies wird ohne praktischen Belang sein, wenn die unentdeckte Läsion mit der Konisation entfernt wurde. War aber die Konisation nicht ausreichend, so muß – zuweilen erst nach Jahren, wie wir in jüngerer Zeit vermerken – mit Rezidiven gerechnet werden.

Welche Konsequenzen ergeben sich, so wird man fragen, aus dieser schier auswegslosen Situation?

1. Sofern Stufenschnitte am Konus nicht realisierbar sind, muß besonders die positive Zytologie höher gewertet werden als die negative Histologie. Entsprechende Fälle sind wie Karzinome zu überwachen.
2. Grob informierende Klärung durch kolposkopisch gezielte, wiederholbare Kleinstbiopsien anzustreben, erscheint zumindest als erster Schritt sinnvoller als die primäre Konisation ohne ausreichende Histologie.

Das fortgeschrittene Kollumkarzinom, so wird allenthalben postuliert, ist heute eine vermeidbare Erkrankung, sofern jährliche zytologische Vorsorgeuntersuchungen eingehalten werden. Gerade aus der Erfahrung des Einsendelaboratoriums sind für solchen Erfolg noch weitere Voraussetzungen unabdingbar: Neben einer Sicherung der Kontrollmöglichkeit bei jedem pathologischen Zellbefund, die oft schwer erfüllbar ist, gehört hierher vor allem die wirklich optimale bioptisch-histologische Abklärung.

Zusammenfassung

Der Anteil pathologischer Zellbefunde (Pap. III bis V) an dem bearbeiteten großen gynäko-zytologischen Einsendegut wurde mit 1,5% ermittelt. Aus dieser niedrigen, den Resultaten von Reihenuntersuchungen nahestehenden Frequenzen leitet sich der Schluß ab, daß die Zytodiagnostik auch hier überwiegend als prophylaktische Maßnahme an „gesunden“ Frauen durchgeführt wurde.

Die bioptische Abklärung wurde bei allen Zellbildern der Gruppen III, IV und V empfohlen. Soweit uns zur Kenntnis gelangt, resultierte hieraus in 58,3% der zytologisch verdächtigen und in 84,7% der positiven Fälle die histologische Verifizierung einer therapiebedürftigen oder in kurzfristiger Beobachtung zu haltenden Läsion.

Auf das im Rahmen großer zytologischer Programme bislang nicht lösbare Problem einer perfekten histologischen Abklärung (Konisation mit Aufarbeitung des Konus in Stufenschnitten) und auf die hieraus resultierenden Fehler wird besonders hingewiesen. Zu ihrer Vermeidung wird als erster Schritt der histologischen Abklärung die kolposkopisch gezielte, beliebig wiederholbare Kleinstbiopsie empfohlen.

Literaturverzeichnis

1. BAJARDI, F.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 19, 669 (1959)
2. BAJARDI, F., E. BURGHARDT, H. KERN und H. KROEMER: Gynec. prat. 5, 315 (1959)
3. BURGHARDT, E.: Geburtsh. u. Frauenheilk. 23, 1 (1963)
4. BURGHARDT, E. und F. BAJARDI: Arch. Gynäk. 187, 621 (1956)
5. GRONROOS, M., P. HAUTERA, O. JÄRVI, S. KANGAS und L. RAURAMO: Acte Cytol. 11, 37 (1967)
6. NAVRATIL, E.: Frühdiagnose des Uteruscarcinoms. In: SEITZ-AMREICH: Biologie und Pathologie des Weibes, Bd. IV, S 639, Urban und Schwarzenberg, Berlin-Innsbruck-München-Wien, 1955.

Ansch. d. Verf.: Primarius Dozent Dr. F. B a j a r d i, Zytologisches Laboratorium des Landeskrankenhauses, 8036 Graz, Österreich

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Band 30, 1972, DM 10,50

Professor Dr. med. A. SCHRETZENMAYR:

Medizin - ein lebenslanges Studium

Einführungen in ärztliche Fortbildungsveranstaltungen – Eine Auswahl

Wir bitten, den Betrag von DM 10,50 zu überweisen an: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Postscheckkonto Nr. 5252-802, Postscheckamt München, betr. Schriftenreihe Bd. 30.

Der weitgespannte Horizont der Inneren Medizin

Gespräch mit dem Ordentlichen Professor der Inneren Medizin an der Freien Universität Berlin, Dr. Hans Freiherr von Kress, des eben jetzt von der ältesten deutschen Ärztevereinigung, der Berliner Medizinischen Gesellschaft, und von der Freien Universität Berlin als Ehrenmitglied ausgezeichnet wurde.

Professor Dr. Hans Freiherr von Kress ist am 28. Februar 1973 verstorben.

In den letzten dreißig Jahren ist ein Bestand von Tatsachen, die es in der Menschheit von Urzeiten her gab, vermehrt ins Blickfeld der Medizin gerückt: die Welt des alternden Menschen. Man gab ihm den Namen Geriatrie (vom altgriechischen Wort Geron, der Greis). Die wissenschaftlichen Untersuchungen auf diesem Gebiet, die auch Belange des elten Menschen außerhalb seiner ärztlichen Betreuung umfassen, nennt man Gerontologie. Während bei manchen Völkern, auch bei den alten Spartanern, die Greise als unnütze Parasiten getötet wurden, pflegt man sie heute zielbewußt und verlängert ihr Leben mit allen zur Verfügung stehenden Kräften. Handelt es sich bei der Geriatrie um einen neuen Wissenschaftszweig wie etwa bei der Augenheilkunde, die sich erst um die Mitte des vorigen Jahrhunderts selbständig machte, oder bei der Urologie die neueren Datums ist?

Professor v. Kress sagt dazu: Nein, so kann man das von der Geriatrie nicht sagen. Es handelt sich um keine Spezialwissenschaft. Solche sind zum Teil erst durch technische Erfindungen möglich geworden, so durch den Augenspiegel von Helmholtz oder das Zystoskop, das die genaue Untersuchung der Harnwege ermöglichte. Die Geriatrie ist damit nicht zu vergleichen. Sie hat es in zahlreichen medizinischen Spezialgebieten stets mit dem ganzen Menschen zu tun; denn fast alle Organe und Organsysteme unterliegen der Alterung. Es wird also keine Fachärzte für Geriatrie geben. Wir haben Zeitschriften für Gerontologie, in denen neben den medizinischen Problemen auch alle sozialpolitischen Fragen abgehandelt werden. Was man mit all diesen Alten machen soll, damit sie ihr verlängertes Leben auch lebenswert finden, diese Frage liegt außerhalb des Blickfeldes der Geriatrie, und zu ihrer Lösung muß die Gesellschaft beitragen. Die Geriatrie wird sich vor falschen Versprechungen hüten und je nach dem Stand der Wissenschaft „reinen Wein einschenken“ und sagen müssen, daß heute noch keine sicheren Heilmittel gefunden sind gegen Arteriosklerose, bösartige Geschwülste, gewisse chronische Leber- oder Nierenschäden, wenn sich auch auf einzelnen Gebieten lebensverlängernde Maßnahmen anbieten, etwa durch Anschluß an eine künstliche Niere.

Von da aus führte der Weg des Gesprächs weiter zu der Frage, ob sich die einzelnen medizinischen Disziplinen, die schon jetzt in vielleicht 15 Sparten „spezialisiert“ sind, in einer Art Gegenbewegung befinden und sich wieder annähern. Anzeichen sind nach v. Kress vorhanden. Während noch bis zur letzten Jahrhundertwende die Chirurgen (wörtlich übersetzt!) eher Handwerker waren, die mechanisch und nicht

physiologisch dachten, ist davon heute keine Rede mehr. Sie denken grundsätzlich physiologisch, versuchen die Heilung häufig mit konservativen Mitteln, also „Internistisch“ zu bewerkstelligen, und wo sie doch das Messer in die Hand nehmen müssen, ist die internistische Vorbereitung und Nachpflege genau so wichtig wie das „Hantieren“ mit dem Messer, und das gilt auch für andere Spezialwissenschaften wie Ohren- und Augenheilkunde oder Orthopädie. Es gibt also eine Tendenz zur Überwindung des einseitigen Spezialistentums.

Von da ergab sich zwanglos die Frage der psychischen Kräfte, also Geist, Seele, Gemüt, bei der Entstehung und Heilung von Krankheiten. So ist im letzten Menschenalter die Psychosomatik neu entdeckt und mit erweiterten Erkenntnissen versehen worden, über die sich v. Kress folgendermaßen äußerte. Zweifellos gibt es Krankheiten, an deren Entstehung psychische Vorgänge mit beteiligt sind. Aber diese Dinge sind ungewein kompliziert. Nimmt man das Psychische als die eigentliche, wesentliche Ursache an, kann man von Psychosomatik sprechen. Muß man vermuten, daß die Ursache vorwiegend im Körperlichen gelegen ist, so wird die Bezeichnung Somatopsychik richtiger sein. Wenn Magen- oder Darmgeschwüre vorwiegend im Frühjahr und im Herbst Beschwerden machen, so drücken diese sekundär gewiß auf die Stimmung und erregen das unwillkürliche Nervensystem, wodurch die Heilung erschwert wird. Aber wenn die Krankheit Arthrosis deformans aufgrund eines durch Belastung oder Abnutzung entstandenen Elastizitätsverlustes der Knorpel entsteht oder die Krankheit Arteriosklerose sich ausbildet oder bösartige Geschwülste sich entwickeln, oder bei Unfällen Organe verletzt werden, kann vom Psychischen als einer entscheidenden Ursache nicht die Rede sein. Die Psychosomatik gilt also nur für manche Krankheiten mit anfänglichen funktionellen körperlichen Störungen. Menschen, die ein labiles Nervensystem mitbekommen haben, sind für psychosomatische Krankheiten anfälliger als solche, die in ihrer Psyche und in ihrem unwillkürlichen Nervensystem stabil sind. Es gilt hier also, im Hinblick

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

auf die einzuschlagende Behandlung besonders sorgfältig und ausgewogen zu urteilen.

Ein heikles Kapitel wurde im Gespräch mit der Frage nach der Krankenhausatmosphäre und eventuell möglichen Verbesserungen angeschnitten. Den meisten Menschen dürfte kaum klar sein, was man unter Hospitalismus zu verstehen hat. Es gibt zwei ganz verschiedene Möglichkeiten: entweder das Vorhandensein krankheitserregender Bakterien in den Räumen der Klinik mit entsprechender Gefährdung oder die auf einer besonderen psychischen Struktur beruhende Gewöhnung an die Krankenhausatmosphäre, besonders bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen. Es gibt jedoch auch einen Überdruß am Aufenthalt in der Klinik, der aber dort nicht so leicht entstehen wird, wo ein guter Geist herrscht und eine zu allen Opfern bereite Hilfe der Mitarbeiter auch bei den unangenehmsten Situationen vorhanden ist.

Der letzte Abschnitt des Gesprächs befaßte sich mit dem, was auf dem speziellen Gebiet der inneren Medizin im letzten Menschenalter zu vermerken ist. Da ist doch manches geschehen, was nicht an die weitere Öffentlichkeit gelangt. Die ungemein wichtigen, für Diagnose und Therapie oft entscheidenden chemischen und physikalischen Untersuchungsmethoden und Blutuntersuchungen sind weiter verfeinert worden, ebenso der Nachweis von Antikörpern, also der vom Körper entwickelten Stoffe, die sich gegen Bakterien und gegen andere gewebsschädigende Substanzen richten. Ein besonders wichtiger Erfolg war die Erkenntnis, daß die Unfähigkeit des Organismus, das Phenylalanin der Nahrung abzubauen, schwerste Schäden an Leib und Seele des neugeborenen Kindes mit sich bringen kann. Seitdem man diese als Phenylketonurie bezeichnete Krankheit in ihrem Wesen erkannt hat und infolgedessen eine phenylalaninfreie Kost gibt, sind zahlreiche Säuglinge vor einem schrecklichen Schicksal bewahrt worden. Darüber hinaus gibt es weitere Krankheitsbilder, die man früher nicht verstehen, also nicht vermeiden und nicht behandeln konnte. Hier wird unbeachtet von der beiteren Öffentlichkeit fleißig weiter gearbeitet, und die Hoffnung, daß außer der heute möglichen Bekämpfung der großen Seuchen auch andere Krankheiten in Ursache und Verlauf geklärt und oft geheilt werden können, ist durchaus berechtigt.

Dankbar war ich als Partner für das eindrucksvolle Gespräch mit einem Mann, der als medizinischer Denker weithin sichtbar an hoher Stelle stand und unter anderem aus reicher Erfahrung Verhaltensweisen und Gedanken der Menschen an der Schwelle des Todes beobachten und darüber in einer Weise schreiben konnte, wie das in dieser Form wohl noch nicht geschehen war. Er tat das in Band I des Handbuchs der Allgemeinen Pathologie (Berlin-Heidelberg 1969) im Kapitel Problem des Todes. Die Arbeit ist in etwas veränderter Form in der leicht zugänglichen und weitverbreiteten Zeitschrift Naturwissenschaften Jahrgang 1970 abgedruckt.

Liz. Dr. Hans Hartmann, Berlin



Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke
zur konservativen Behandlung von

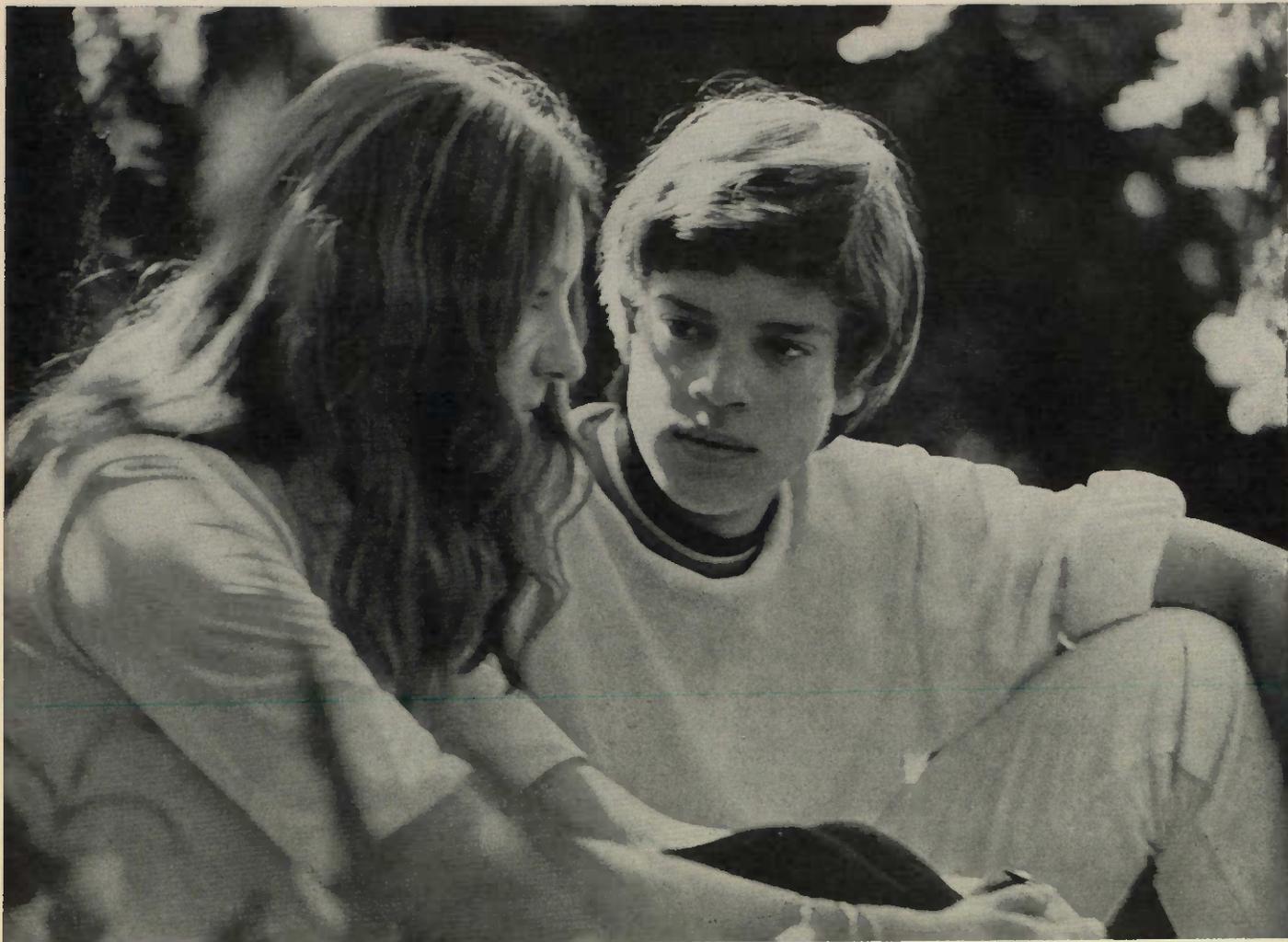
Sinusitiden

Sinupret® Schleimhautaktives Sinulogikum

Zusammensetzung: Mac. ex: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. 0,6 g, Herb. Rumic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 g
In 100 g - 1 Dreege enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g.
Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden; Rhinösinusitis; Sinobronchitis; einogene Kopfschmerzen; Ozeana. Zur Infektrophylaxe beim bronchitischen Syndrom.
Kontraindikationen, Nebenwirkungen: keine.
Dosierung: Kinder erhalten 3mal täglich 1/2 Teelöffel oder 1 Dreege, Erwachsene 3mal täglich 1 Teelöffel voll oder 2 Dreege. Steigerung der Dosis ist möglich und unbedenklich.
Handelsformen: Sinupret O. P. zu 100 ml DM 6.35
Sinupret O. P. zu 60 Dreege DM 6.35



BIONORICA KG · NÜRNBERG



akne-vausept® läßt der Akne keine Chance

Umfassende Akne-Therapie mit:



75/10

Dr. Friedrich Sasse
Zweigniederlassung der
Oödecke 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, Östrediol 0,003 g,
Ocequaliniumacetat 0,25 g, Ocequalinium-
chlorid 0,25 g, Sulfur colloidele 1,0 g,
Vitamin-A-pefimital 50000 I.E., DL-
Tocopherol (Vit. E) 0,1 g

Indikationen: Alle Formen der Acne
vulgaris; Rosazea, seborrhoisches
Ekzem, Acne necroticans, Folliculitis
barbae.

Kontraindikationen: Varizellen,
spezifische Hautprozesse, Vaskulitons-
reaktionen.

Dosierung: 2-3mal täglich dünn
auftragen.

Handelsformen und Preise m. MWSt.
20 g Lotion OM 5,60, 40 g Lotion OM 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:
Ocequaliniumacetat 0,25 g, Ocequalinium-
chlorid 0,25 g, Sulfur colloidele 1,0 g,
Vitamin-A-pefimital 50000 I.E., DL-
Tocopherol (Vit. E) 0,1 g

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

Kontraindikationen: Sind nicht bekannt.

Dosierung: 2-3mal täglich dünn
auftragen.

Handelsformen und Preise m. MWSt.
20 g Lotion OM 4,40, 40 g Lotion OM 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 Haut-
reinigung bei allen Formen der Akne,
speziell auch zum Enternen vorher
angewandter 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 enternen; bei fetter Haut wird die
Reinigungsmilch mit warmem Wasser
abgewaschen.

Handelsform und Preise m. MWSt.
40 g Reinigungsmilch OM 3,90

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

49. Tagung vom 12. bis 15. Oktober 1972

(Fortsetzung)

2. Hauptthema: „Koronare Herzkrankheit – Insbesondere Myokardinfarkt“

Privatdozent P. LICHTLEN, Zürich:

„Anatomie, Physiologie und Pathologie von Koronarsystem und linkem Ventrikel im Aspekt der neuen Untersuchungsmethoden und -ergebnisse“

Durch integrierende Betrachtung von Hämodynamik und Koronarographie respektive linksventrikulärer Angiographie konnten in den letzten Jahren wesentliche pathologische Momente der Angina pectoris, des Myokardinfarktes und damit auch der koronaren Herzkrankheit aufgezeigt werden. So stellt sich heute die koronare Herzkrankheit als ein Leiden mit ausgesprochenem regionalen Charakter dar. Für die koronare Durchblutung und für die im Herzmuskel gilt, daß ischämische und noch normal perfundierte Gebiete bzw. infarzierte Muskelabschnitte und solche mit normaler Durchblutung eng aneinander grenzen. Während die anatomischen Veränderungen durch die Koronaro- und Ventrikulographie voll erfaßt werden können, sind die hämodynamischen Gegebenheiten beim Menschen routinemäßig heute praktisch nur über die des gesamten Ventrikels sowie über die der Perfusion der gesamten Kammermuskulatur erfaßbar.

Die normale und pathophysiologische Anatomie des Koronarsystems

Die rechte Koronararterie versorgt neben der freien Wand des rechten Ventrikels das hintere untere Kammerseptum, die diaphragmalen Abschnitte des linken Ventrikels, in ca. 50% die Sinusknotenarterie und in 90% der Fälle die AV-Knotenarterie. Somit ist es erklärbar, daß es bei einem Verschuß des rechten Hauptstammes vor allem zur Infarzierung der unteren Abschnitte des linken Ventrikels (mit häufiger Aneurysmausbildung!) und zu schweren Rhythmusstörungen kommt (totaler AV-Block!).

Verschlüsse des Ramus interventricularis anterior der linken Koronararterie führen zu Vorderwandinfarkten, wobei es bei Lokalisation des Stopps im mittlerem Drittel zum Bild eines epikalen Infarktes mit noch guter Ventrikelfunktion bzw. bei proximaler Stenose Lage zu einem ausgedehnten Vorderwandinfarkt mit Beeinträchtigung der Ventrikelfunktion kommt. Verschlüsse des Ramus circumflexus der linken Koronararterie führen zu Ischämien der lateralen Wand des linken Ventrikels, vor allem der submitralen Partien. Koronarangiographie- und Ventrikulographieauswertungen zeigen, daß nicht jede Stenose zum Infarkt führt, daß

jedoch die meisten Patienten Wandunregelmäßigkeiten des linken Ventrikels aufweisen. Eine relativ diffuse, ausgedehnte (!) Koronarsklerose kann lange Zeit mit einem normalen oder nur wenig geschädigten Ventrikel einhergehen, während relativ kleine, isolierte Stenosen häufig zu ausgedehnten Infarktbildern führen.

Auch in prognostischer Hinsicht kommt der Angiographie eine wesentliche Bedeutung zu: es findet sich eine direkte Beziehung zwischen der Ausdehnung der Krankheit (Zahl der betroffenen Äste, Ausmaß der linksventrikulären Veränderungen!) und der Mortalität. Das Ausmaß der Kollateralenbildung hängt vor allem vom Schweregrad (!) der Krankheit ab und wird durch die Tatsache bewiesen, daß sich bei verstorbenen (!) Koronarpatienten in signifikant höherem Maße Kollateralen nachweisen lassen als bei Überlebenden.

Die gestörte linksventrikuläre Funktion bei koronarer Herzkrankheit

Aufgrund der Stoffwechselforgänge in der Herzmuskulatur ist es verständlich, daß Mangel an Sauerstoff im ischämischen Bezirk zu einer ungenügenden Produktion der energiereichen Phosphate, des ATPs und damit zu einer Abnahme der Kontraktionskraft mit Dilatation des linken Ventrikels mit der Folge einer Zunahme des enddiastolischen Volumen und -Druckes führt. Die damit verbundene Steigerung des Pulmonalarteriendruckes führt zu erhöhter Atemarbeit und Dyspnoe, wobei letztere den Schmerz sogar überdecken kann. Nicht die Ischämie, sondern das Ausmaß der Narbenzonen sind verantwortlich für die Reduktion der linksventrikulären Funktion. Bei noch intaktem Ventrikel führt die Ischämie hingegen zu einer Einschränkung der Arbeitstoleranz.

Ziel der therapeutischen und präventiven Maßnahmen muß es sein, einen Myokardverlust zu verhindern. Für den Einzelfall muß somit durch die angiographischen und hämodynamischen Untersuchungen die Gesamtsituation genau analysiert werden, insbesondere im Hinblick auf eine exakte Indikationsstellung zu einem koronarchirurgischen Vorgehen.

Professor Dr. H. BLÖMER, München:

„Klinik der koronaren Herzkrankheit - heutiger Stand“

Das Syndrom der koronaren Herzkrankheit umfaßt die wohlbekannte Angina pectoris und den Myokardinfarkt. Aber auch die Linksinsuffizienz, die kombinierte Links-Rechtsinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen

gen, Dysfunktionen des Mitralklappenapparates oder die Asynergie des linken Ventrikels zählen zu Ihren Symptomen. Beschwerdenkomplex, Röntgenbild, EKG und Labor stützen dabei die klinische Diagnose.

Die Angina pectoris (akute Koronarinsuffizienz) zeichnet sich dabei durchaus nicht immer durch den sogenannten „typischen Schmerz“ aus. Das Spektrum der Beschwerden reicht hier vom „bloßen“ unangenehmen Gefühl in der Brust bis hin zu Oberbauchbeschwerden, Verdauungsstörungen, Zahnschmerzen, Halsschmerzen, Rückenschmerzen, Schulter-Armschmerzen und mehr. Die retrosternale Lokalisation, das Auftreten während (!) einer Belastung (körperlich und psychisch), die kurze Zeitdauer und das prompte Ansprechen auf Nitroglycerin sind weitere sichere diagnostische Hinweise (in etwa 80% der Fälle).

Da 20 bis 50% der Patienten mit koronarer Herzkrankheit ein normales Ruhe-EKG aufweisen, kommt der EKG-Schreibung unter und nach dosierter Belastung (Stufentests, Fahrradergometer) eine große Bedeutung zu (typische Ischämiezeichen in 80% der Fälle). Bei fortschreitender stenosierender Koronarsklerose kann es dann schließlich zum Bild einer „Ruhe-Angina“ kommen.

Vegetative Herzbeschwerden werden hingegen gewöhnlich in der Herzgegend angegeben, dauern oft stunden- oder sogar tagelang an, sind belastungsunabhängig und das verabreichte Nitroglycerin wird schlecht vertragen durch Empfinden der unangenehmen Nebenwirkungen.

Zwischen der Angina pectoris und dem Myokardinfarkt findet sich das Syndrom der akuten Koronarinsuffizienz (= Präinfarktsyndrom): Anfallsdauer gewöhnlich über 15 Minuten, Schmerzeintritt auch ohne „auslösende Faktoren“, nur vorübergehende und unbefriedigende Nitroglycerinwirkung, meist noch keine objektiven Infarktzeichen, Gefahr lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen.

Die Diagnose des Myokardinfarktes stützt sich vor allem auf das EKG und die Serumenzyme. Hierbei wird das EKG in den meisten Fällen noch während oder bereits kurze Zeit nach dem Infarkt ereignis positiv, während die Serumenzymaktivität (CPK, SGOT) erst nach frühestens vier Stunden festzustellen ist. Die Höhe der Enzymaktivitätssteigerung korreliert hierbei mit der Ausdehnung der nekrotischen Herzmuskelbezirke.

Ein sich nur langsam zurückbildendes oder bestehenbleibendes Stadium I im EKG weist auf einen verzögerten Heilverlauf bzw. auf ein Herzwandaneurysma hin. Wichtig ist die Tatsache, daß bei kleinen, sogenannten nichttransmuralem Infarkten häufig nur EKG-Veränderungen oder nur Aktivitätssteigerungen der Serumenzyme allein und diese oft auch nur vorübergehend auftreten.

Kineangiographische Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß es nicht selten beim Angina pectoris-Anfall zum Auftreten einer akuten Linksinsuffizienz kommt. Der Nachweis eines Galopp-rhythmus (oft infolge eines hörbaren dritten Herztones) ist zum anderen ein zuverlässiges Kriterium der beginnenden und der chronischen Linksinsuffizienz. Letztere kann dann über die Lungenstauung und Druckbelastung des rechten Ventrikels zur Rechtsinsuffizienz führen.

Asynergien (Abnormitäten im Kontraktionsablauf) des linken Ventrikels kommen bei der akuten Koronarinsuffizienz und dem Myokardinfarkt weit häufiger als früher angenommen vor. Oft können dyskinetische Bezirke anhand einer systolischen Pulsation an abnormer Stelle mit Hilfe der Palpation erkannt werden.

Herzrhythmusstörungen sind eine häufige Erscheinungsform der koronaren Herzkrankheit. Beim frischen Myokardinfarkt finden sich in über 80% der Fälle Extrasystolen, wobei die ventrikulären und die gehäuft auftretenden am gefürchtetsten sind: mehr als fünf pro Minute, sogenannte „R über T“-Phänomen und Polytopie. Das Mittel der Wahl bei der Behandlung dieser Rhythmusstörungen (auch ohne Vorliegen eines Myokardinfarktes!) ist das Lidocain (Xylocain®). Die gefährlichste Form einer bradykarden Rhythmusstörung stellt der ADAM-STOKES'sche Anfall dar. Wichtig erscheint die Tatsache, daß Überleitungsstörungen beim Hinterwandinfarkt zwar häufiger auftreten, hier jedoch eine bessere Prognose zeigen, als wenn sie beim Vorderwandinfarkt in Erscheinung treten, da sie hier Ausdruck eines großen nekrotischen Herzmuskelbezirkes sind.

Mehr Beachtung sollten die sogenannten Hemiblockformen finden. So ist z. B. die Kombination von überdrehtem Linkstyp (vorderer linker Hemiblock!) und Rechtsschenkelblock oft ein Vorläufer eines kompletten (in den peripheren Anteilen des Reizleitungsystems sitzenden) kompletten Herzblockes.

Der plötzliche Herztod stellt bei etwa 25 bis 30% der Patienten mit koronarer Herzkrankheit ihre erste Manifestation dar, wobei beim frischen Myokardinfarkt der kardiogene Schock, das akute Lungenödem und die akute Herzrhythmusstörung die Haupttodesursachen darstellen. Besonders gefährdet sind Infarkt-Patienten diesbezüglich in den ersten Stunden nach Eintritt des Ereignisses.

Professor Dr. H. KLEPZIG, Königstein:

„Die konservative Therapie der Angina pectoris“

Allgemeinbehandlung

Im akuten Angina-pectoris-Anfall ist absolute körperliche Schonung erforderlich. Die vorsichtige Senkung eines erhöhten Blutdruckes bis zu hochnormalen, bzw. leicht erhöhten Werten kann in leichten Fällen allein schon zu einer Beschwerdebesserung führen. Bei Vorliegen einer Hypotension hat sich in letzter Zeit die

Gabe des Mineralokortikoides Astonin-H bewährt. Störungen im Kohlehydrat- bzw. Fettstoffwechsel müssen beseitigt werden. Eine absolute Nikotinabstinenz ist von größter Bedeutung. Hinsichtlich der Rehabilitation ist zu sagen, daß aufbauendes körperliches Training allen in vielen Fällen keine entscheidende Besserung bringt. Hinzutreten muß die medikamentöse Behandlung mit Nitrokörpern und sogenannten Beta-rezeptorenblockern. Sportlich eingestellte Personen erreichen hierbei wieder schneller eine ausreichende körperliche Leistungsfähigkeit als ganz untrainierte. Die Einhaltung eines täglichen Trainings trägt zudem ganz wesentlich zur psychischen Rehabilitation bei.

Sedativa

Sie dienen der Entlastung des Herzens durch Ausschaltung bzw. Minderung der äußeren Reizflut. Bevorzugt werden Stoffe, die nur geringe Nebenwirkungen auf das Herz und den peripheren Kreislauf aufweisen (Librium, Vallium, Adumbran, Nobrium, Praxiten, Tavor und zur Nacht Mogadan).

An Pharmaka zur speziellen Entlastung des Herzens stehen Nitroverbindungen und die sogenannten Betarezeptorenblocker zur Verfügung.

Nitropräparate

Ihre Wirkung beruht vorwiegend auf einer Senkung des Widerstandes und des Füllungsdruckes des Her-

zens. Nach perlingualer Resorption setzt die Wirkung schon nach ein bis zwei Minuten ein, hält aber nur etwa 20 Minuten an (z. B. Nitrolingual-Kapseln). Nebenwirkungen: leichter Kopfdruck, selten stärkerer Blutdruckabfall, Erhöhung des Augeninnendruckes (d. h. nur in kleinen Dosen bei Glaukom-Patienten!). Zur Langzeitbehandlung bzw. Prophylaxe kommen Depotpräparate in Frage, z. B. Nitro Mack retard, Nitrolingual retard und Sustac forte. Eine echte Langzeitwirkung weisen Dilcoran 80 (bis zu fünf Stunden) und Isoket (bis zu vier Stunden) auf. Letzteres Präparat ist insofern interessant, da seine Wirkung bei perlingualer Verabreichung bereits nach ein bis zwei Minuten eintritt und bis zu vier Stunden anhält. Es steht zudem noch in Tabletten- und Retardform zur Verfügung.

Betarezeptorenblocker

Sie vermindern die Herzarbeit durch Verlangsamung der Schlagfrequenz, Verminderung der Druckbelastung und Verlängerung der Anspannungszeit. Nebenwirkungen: Manifestation einer latenten Herzinsuffizienz, Auftreten von Bronchialspasmen, seltener Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen, müde Beine (Dociton, Doberoll). Zur Verfügung stehende Präparate (nach LYDTIN): Aptin, Betadrenol, Doberol, Dociton, Trasicor, Viskan, wobei letzteres am niedrigsten dosiert werden kann.



Das Neuraltherapeutikum für die tägliche Praxis

Causat®

Zusammensetzung:

1 Amp. zu 5 ml enthält:
Procain, hydrochlor. 46 mg,
Phanobarbital 4 mg, Acid. nicotinic. 0,5 mg,
Atropin. sulf. 0,15 mg.

Dosierung:

Tägl. 1-2 Amp. langsam i.v. (möglichst am liegenden Patienten); l.m. und parietikulär 5 ml; intraartikulär 2-4 ml 2 x wöchentl.; zur intrakutanen Segmenttherapie 6-10 Quaddeln im Segment.

Handelsformen und Preise m. U.:

Packung mit 5 Amp. zu 5 ml DM 8.95
Packung mit 1 Inj. Fl. zu 10 ml DM 3.70
AP mit 20 und 100 Amp.
AP mit 10 Inj. Fl.

Indikationen:

Neuralgien, Neuritiden, Arthropathien (insbesondere Intreartikuläre Therapie), Migräne, periphere und cerebrale Durchblutungsstörungen, Tachyarrhythmien, Neuraltherapie, Segmenttherapie, geriatrische Erkrankungen.

Kontraindikationen:

Extreme Hypotonie, Bradykardie, Herzdekompensation.

Hinweis:

Keine gleichzeitige Sulfonamidtherapie.



DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE · 1 BERLIN 21

Leider haben „Koronarerweiterer“ bisher in der Praxis enttäuscht, man kann sie höchstens zusätzlich zu den Nitroverbindungen und Betarezeptorenblockern verordnen.

Privatdozent Dr. G. BLÜMCHEN, Freiburg:

„Belastbarkeitsprüfungen bei Koronarkranken und ihre Bewertung in der Praxis“

Die koronare Funktionsbreite ist unter Ruhebedingungen nicht zu erfassen. Um die Einschränkung der Koronarreserve herauszufinden, kommen folgende Provokationsteste in Frage: Körperliche Belastung, Belastung durch Medikamente, Hypoxiebelastung und seelische Belastung. Hierbei spielt die körperliche Belastung in der Praxis die größte Rolle. Das Belastungs-EKG zeigt bei einer latenden Koronarinsuffizienz typische horizontale oder deszendierende ST-Senkungen. Aszendierende ST-Senkungen oder solitäre T-Negativitäten sind hingegen nicht (!) pathognomonisch für eine Koronarinsuffizienz.

Vergleichende Untersuchungen zwischen Patientengruppen mit normalem und solchen mit pathologischem Belastungs-EKG im obigen Sinne zeigen eine deutlich höhere Mortalität der letzteren Gruppe. Die **K n e l e b e u g e n b e l a s t u n g**, auch heute noch die in der Praxis meistverwandte Belastungsart, ist die am wenigsten zu standardisierende Belastungsform (Abhängigkeit z. B. vom Körpergewicht, Trainingszustand: Knochen- und Bänderbeschwerden älterer Patienten!).

Eine brauchbare Methode stellt dagegen die Modifikation des Master-Tests im Sinne des **K l e t t e r t e s t s** nach KLEPZIG und KALTENBACH dar. Hierbei kann gleichzeitig das EKG registriert werden.

Der Arbeitsbelastung mit dem **F a h r r a d e r g o m e t e r** wird mehr und mehr der Vorzug gegeben. Um hierbei ein technisch einwandfreies EKG zu bekommen, wird die sonst am linken Bein befindliche Elektrode als Saugelektrode über dem linken Mittel- bis Unterbauch befestigt. Das EKG wird hierdurch praktisch nicht verändert. In der Regel werden die Ableitungen I, II, III, V₄ und V₅ geschrieben, wobei V₄ und V₅ technisch am einwandfreisten sind. Als Parameter für die Ausbelastung gilt die Herzfrequenz für die verschiedenen Altersgruppen:

Alter in Jahren:	18-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-75
Frequenz: ♂	150	140	130	120	110	105
♀	140	140	130	-	-	-

Zum Abbruch der Belastung müssen folgende Befunde veranlassen:

1. Zunehmende schwere retrosternale oder an anderen Prädispositionsstellen auftretende Schmerzen, auch ohne entsprechende EKG-Veränderungen
2. Auftreten von ischämischen ST-Veränderungen von 0,2 mV und mehr

3. Gehäufte multifokale oder salvenartige Extrasystolen
4. Vereinzelte Extrasystolen, die in die T-Welle der vorangehenden Herzaktion fallen
5. Auftreten von Vorhofflimmern oder -flattern
6. Schwerwiegende AV-Überleitungsstörungen
7. Auftreten von Erregungsausbreitungsstörungen, wie z. B. eines Linksschenkelblockes

Weitere Untersuchungsmethoden sind praktisch der Klinik vorbehalten, wie Messung des Pulmonalarteriendruckes mittels Einschwemmkatheter während der Belastung und die Messung des enddiastolischen Druckes im linken Ventrikel.

Privatdozent Dr. E. NÜSSEL, Heidelberg:

„Epidemiologie der koronaren Herzkrankheit“

Ergebnisse anhand einer Studie aus dem Heidelberger Raum

Mindestens eine der folgenden Definitionen mußte gegeben sein, um einen Herzinfarkt als gesichert annehmen zu können: Sektion positiv oder EKG eindeutig für Infarkt sprechend oder Enzyme erhöht und Schmerzattacke infarkttypisch oder Enzyme erhöht, Schmerz und EKG zwar nicht typisch, aber doch verdächtig auf Infarkt.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen kam der Herzinfarkt häufiger in der Stadt als auf dem Lande vor, wobei eine Vorverlegung der Erstinfarkte in der Stadt in jüngere Jahrgänge festzustellen war.

Die Überlebensrate beträgt ca. 86% in den ersten 30 Minuten und 84% in den ersten 60 Minuten nach Infarkteintritt. Nach 24 Stunden lebten noch ca. 77%, nach drei Tagen noch 73% und nach vier Wochen noch 66%. Fast die Hälfte der Infarkt-Patienten oder deren Angehörige entschlossen sich, den Arzt bereits in den ersten 15 Minuten nach Beginn des Ereignisses zu verständigen, jedoch warteten etwa 10% damit länger als 12 Stunden (vorwiegend Privatpatienten!). Hierbei war der Arzt nach 30 Minuten in ca. 70% der Fälle zur Stelle. Vom Infarkteintritt bis zur Klinikaufnahme verstrichen in 52% der Fälle mehr als sieben Stunden (besonders lange prähospitalen Phase wiederum der Privatpatienten!).

Ca. 84% der Infarkt-Patienten waren Raucher, 54% wiesen eine Hypercholesterinämie, 52% eine Hypertriglyceridämie, 31% eine Hypertonie und 23% einen Diabetes mellitus auf. Starke Zigarettenraucher waren hierbei beim Erstinfarkt gegenüber Nichtrauchern zehn Jahre jünger! Von den unter 50jährigen Frauen mit Herzinfarkt wiesen alle mindestens zwei der oben genannten Risikofaktoren auf, 70% menstruierten noch normal.

Die Inzidenzrate fand sich bei Selbständigen am höchsten, bei Beamten und Angestellten ähnlich und bei Arbeitern am niedrigsten.

Warum

ist die Anamnese gerade bei Herzglykosid-Unverträglichkeit so wichtig?

Darum:

The image shows two overlapping medical history forms. The top form is for Siegfried Schiemann, born 16.11.42, with a handwritten note 'Herzglykoside?' and a diagnosis 'Laxantienabusus'. The bottom form is for Renate Reifer, born 9.5.42, with a handwritten note 'Laxantienabusus'.

**Weil Laxantienabusus Kaliummangel verursacht.
KCl-retard Zyma erhöht die Glykosid-Toleranz
durch Beseitigung des Kaliummangels.
Ohne Reizung des Magen-Darm-Traktes.**

Durch das Verheimlichen von Abführmittel-Mißbrauch bleibt eine Ursache für die erhöhte Kalium-Ausscheidung oft unentdeckt. Aber nicht nur Laxantienabusus, sondern auch Saluretika, Antihypertonika und andere kaliuretisch wirkende Medikamente sind dafür verantwortlich. Was dann fehlt, ist das richtige Komplementär-Salz: KCl-retard Zyma.

KCl-retard Zyma gibt sein Kaliumchlorid in 4 bis 5 Stunden ganz allmählich ab. Also keine zu hohen lokalen Konzentrationen im Magen-Darm-Trakt - also beste Verträglichkeit.

Indikationen: Saluretische Ödem- und Hochdruckbehandlung, Herzglykosid-Therapie, Corticosteroid- und ACTH-Behandlung, Laxantienabusus.

Kontraindikationen: Nierenkrankheiten mit Azotämie bzw. Oligurie, gesteigerter Katabolismus und unmittelbare postoperative Periode, Nebennierenrindeninsuffizienz, erhöhtes Serumkalium (>5,5 mval/l), Behandlung mit kaliumretinierenden Saluretika (Triamteren) und Aldosteronantagonisten (Spironolactone).

Dosierung: Im allgemeinen genügen - je nach dem individuellen Bedarf - 3 bis 6 Dragees täglich, die unzerkaut nach dem Essen eingenommen werden sollen.

Bei therapeutischen Dosen keine Gefahr einer Hyperkaliämie, soweit die Nierenfunktion intakt ist, da bei übermäßiger Kaliumzufuhr die renale Kaliumausscheidung ansteigt.

Handelsformen: 40 Dragees DM 6,25, Anstaltspackung zu 200 Dragees



Zyma-Blaes AG München

KCl-retard Zyma®

Professor Dr. R. WENGER, Wien:

„Möglichkeiten der Prophylaxe des Herzmuskeleinfarktes“

Starkes Zigarettenrauchen, Übergewicht, Vermehrung der Blutfette, Hochdruck, Diabetes mellitus, Mangel an körperlicher Bewegung und Stress verschiedener Art zählen zu den wichtigsten Risikofaktoren. Wichtig ist hierbei die Tatsache der Potenzierung der einzelnen Faktoren.

Die Beseltigung der Übergewichtigkeit stellt einen der wichtigsten Punkte bei der Prophylaxe der koronaren Herzkrankheit dar. Die Vorsorge muß hierbei heutzutage schon im Kindesalter beginnen, da z. B. die Zahl der übergewichtigen Schulkinder mit ca. 25% erschreckend hoch liegt (vergleichbare Befunde auch bei Wehrpflichtigen!). Die Therapie der Fettleibigkeit besteht noch wie vor im wesentlichen in einer Einschränkung der Fett- und Kohlehydratzufuhr. Es gilt dabei z. B. noch falsche Ansichten über den Fettgehalt verschiedener Nahrungsmittel auszurotten und auf die sogenannten „versteckten Fette“ hinzuweisen (Wurstwaren!).

Bei den Hyperlipidämien spielen zwei Formen eine besondere Rolle:

1. Die primäre Hypercholesterinämie und
2. die endogene Hypertriglyzeridämie

Letzterer Hyperlipidämietyp ist dabei der wesentlichere. Er geht zudem häufig mit einer Störung im Kohlehydratstoffwechsel einher und ist deshalb vorwiegend mit einer Beschränkung der Glukosezufuhr auf 70 bis 110 g/Tag zu behandeln.

In der Prophylaxe und Behandlung des Bluthochdruckes spielen die Kochsalzrestriktion und die Herabsetzung des Körpergewichtes eine entscheidende Rolle.

Die körperliche Bewegung scheint ein Faktor zu sein, der dem Auftreten einer koronaren Herzkrankheit entgegenwirkt. Demnach sind z. B. regelmäßige gymnastische Übungen zu empfehlen. Zu warnen ist aber vor Anstrengungen etwa bei späterem Beginn oder bei Wiederbeginn einer bestimmten sportlichen Betätigung, die nicht mehr gewohnt ist oder auch bei ungünstigen Witterungslagen (Hitze, Föhn!).

Professor Dr. R. SCHRÖDER, Berlin:

„Therapie der Akutphase des Myokardinfarktes“

Mehr als 50% der Todesfälle infolge Myokardinfarkt ereignen sich innerhalb der ersten vier Stunden nach Beginn der akuten Symptomatik (akute Herzrhythmusstörungen!). Für die Mehrzahl der Patienten gilt jedoch, daß ihr Herz eigentlich „zu gut zum Sterben“ ist und lediglich infolge eines „elektrischen Unfalles“ die lebensnotwendige Pumpfunktion zum Erliegen kommt.

Da im ganz frühen infarktstadium Kammerflimmern besonders häufig auftritt, sollten bei Vorliegen von Extrasystolen schon prophylaktisch 2 ml einer 4%igen Xylocain-Lösung (80 mg) i. v. und eventuell weitere 200 mg i. m. injiziert werden. In der Klinik tritt anstelle der i. m.-injektion eine Dauerinfusion mit 1 bis 4 mg/min. ist die ventrikuläre Ektopie hierdurch noch nicht befriedigend zu unterdrücken, sollte ein Versuch mit Ajmalin (Gilyrytmal) gemacht werden, und zwar per infusionem bis 30 mg in 5 bis 10 Minuten mit anschließender Dauerdosis zwischen 0,3 und 0,6 mg/min.

Eine Bradykardie unter 50 bis 60 Schlägen pro Minute mit Extrasystolen oder hämodynamischer Auswirkung sollte mit 0,5 mg Atropin i. v. behandelt werden. Bei 10 bis 12% aller Patienten mit frischem Myokardinfarkt (besonders Hinterwandinfarkt!) muß jedoch innerhalb der ersten sechs Tage mit dem Auftreten einer höheren AV-Blockierung gerechnet werden. Beim Hinterwandinfarkt sind diese Überleitungsstörungen grundsätzlich passagerer Natur, eine Schrittmacherstimulation ist hierbei nur selten und dann nur temporär erforderlich. Im Gegensatz zur insgesamt guten Prognose der AV-Überleitungsstörungen beim Hinterwandinfarkt ist dieselbe im Gefolge eines Vorderwandinfarktes als ausgesprochen schlecht zu bezeichnen, da der AV-Block hier Ausdruck einer ausgedehnten Muskeinekrose ist! Eine prophylaktische Applikation einer Schrittmachersonde ist hier insbesondere angezeigt beim Vorliegen einer drohenden totalen AV-Blockierung: Rechtsschenkelblock kombiniert mit links anteriorem oder links posteriorem Hemiblock oder komplettem Linksschenkelblock, insbesondere bei gleichzeitiger PQ-Verlängerung.

Die akute Linksherzinsuffizienz ist praktisch bei jeder frischen Infarzierung nachweisbar (röntgenologisch Vergrößerung des linken Ventrikels und in ca. 60% der Fälle Lungenstauung). Hämodynamisch findet sich hierbei eine Erhöhung des enddiastolischen Druckes im linken Ventrikel, während der zentrale Venendruck nur wenig(!) gesteigert und das Herzminutenvolumen nur gering erniedrigt ist (Inensprunahme von Reservemechanismen: STRAUB-FRANK-STARLING-Mechanismus und inotrope Herzstimulation). In den meisten Fällen kommt es spontan in wenigen Tagen zu einer Verbesserung der Herzfunktion. Bei schweren hämodynamischen Auswirkungen und stärkerer Lungenstauung ist jedoch eine Digitalisbehandlung sofort angezeigt. Als zusätzliche Maßnahme bewährt sich die Gabe von Aldactone i. v. (langdauernde direkte positiv inotrope Herzwirkung!). Gegebenenfalls ist eine orale Dauerbehandlung mit 200 bis 300 mg Aldactone anzuschließen. Beim Vorliegen einer inadäquaten Myokarddepression durch betablockierende Substanzen ist Glucagon speziell indiziert (Infusion von 5 bis 15 mg/h).

Auch bei länger bestehender Sinustachykardie sollten niemals betablockierende Medikamente angewendet

werden. Da die Tachykardie meist Ausdruck einer Linksinsuffizienz ist, muß sie entsprechend indirekt mit Digitalis beseitigt werden.

Da es in der akuten Infarktphase durch sympathoadrenerge Reaktionen nicht selten zu Blutdruckerhöhungen kommt, ist es notwendig, die Patienten schnell von Angst und Schmerz zu befreien, z. B. durch Dolantin 50 bis 100 mg s.c. mit 0,5 mg Atropin, eventuell Zugabe von Valium.

Zum anderen muß auch eine komplizierte (!) postinfarzielle Blutdruckerniedrigung (systolischer Druck unter 90 mm Hg) zur Verhinderung einer weiteren Verschlechterung der Koronardurchblutung sofort korrigiert werden. Die Behandlung der Wahl stellt die Dauertropfinfusion mit Arterenol dar (5 mg Arterenol in 500 ml Lävulose oder Glukose), hierbei sollten jedoch Blutdrucksteigerungen über 110 mm Hg systolisch vermieden werden.

Bei Patienten mit hämodynamisch schweren Infarktauswirkungen findet sich am ersten Krankheitstage eine gewisse Verminderung des Plasmavolumens (akute negative Flüssigkeitsbilanz, Abstrom von Flüssigkeit in das Lungeninterstitium infolge Lungenstauung und Lungenödem!). Am zweiten und stärker am vierten Tage wird hingegen spontan ein Anstieg des Plasmavolumens in hochnormale Bereiche beobachtet (renale Natrium- und Wasserretention!). Somit ist ein Volumenersatz in der Akutphase des Myokardinfarktes nicht indiziert, ja, es kann sogar zu einer akuten Zunahme der schon bestehenden Herzlinksinsuffizienz kommen.

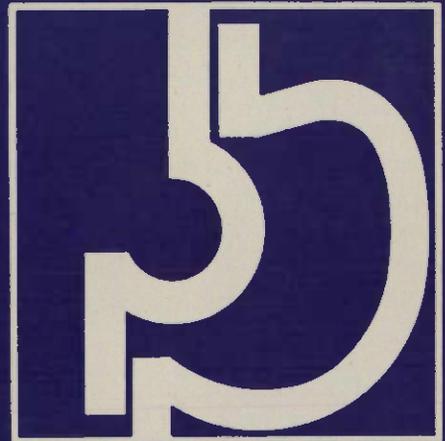
Privatdozent Dr. W. MEIER, Zürich:

„Der heutige Stand in der chirurgischen Therapie der koronären Herzkrankheit und der Infarktfolgezustände“

Treten erste klinische Zeichen von Koronarsklerose auf, so ist die Krankheit meist schon fortgeschritten. Unter den verschiedenen chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten steht die aorto-koronare-Bypass-Operation heute an erster Stelle. Als Transplantat wird hierzu die Vena saphena magna verwandt. Bei Anlegung von nur einem Bypass beträgt die durchschnittliche Mortalität 0,3%. Nach 0 bis 3 Monaten postoperativ finden sich noch ca. 83% der Transplantate offen, nach 13 bis 32 Monaten noch 91% (!).

Ein besonderes Krankengut stellen Patienten mit Folgezuständen nach durchgemachtem Herzinfarkt dar. Nach wie vor gelten als Indikation zur Resektion dieser hämodynamisch ungünstigen Aneurysmen die linksventrikuläre Dekompensation, die Thrombenbildung in der linken Kammer mit konsekutivem Morbus embolicus und Tachyarrhythmien dar, die meisten Aneurysmen sind auf der Vorder- oder Lateralwand lokalisiert. Sie weisen oft nur eine Wandstärke von 1 bis 2 mm auf! Eine besondere Schwierigkeit besteht

Bayerisches Ärzteblatt 5/73



bisuc[®]

Magentabletten

bismutum SUCcus-
Magentherapie in moderner Konzeption

- Rauche Schmerzbelrelung durch nachhaltige Säurebindung
- Maximale Pepsin-Inaktivierung
- Intener 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:

3x 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



H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik - Aachen

in der Vermeidung einer Mitralinsuffizienz bei papillarmuskelnahen Resektionen.

Die zukunftsreichste Gruppe koronarsklerotischer Patienten wird die mit akuten Infarkten sein. Entsprechende Untersuchungen und koronarchirurgische Eingriffe werden zur Zeit an Schweineherzen durchgeführt. Sollte sich herausstellen, daß die Ergebnisse positiv ausfallen und auf das menschliche Koronarsystem übertragbar sind, werden sich ganz neue Möglichkeiten in der Behandlung der koronaren Herzkrankheit eröffnen.

Professor Dr. K. BACHMANN, Erlangen:

„Internistische Stellungnahme zur Koronarchirurgie“

Es gibt grundsätzlich drei Ansatzpunkte für die Behandlung der koronaren Erkrankung:

1. Die Behandlung der Arteriosklerose.
2. Die Entlastung kritischer Koronarstenosen durch Anastomosen und Kollateralen.
3. Die Anpassung der Herzarbeit an die eingeschränkte Leistungsbreite und die eingeschränkte Koronarreserve des ischämischen linken Ventrikels.

Konservative sowie operative Maßnahmen müssen hierbei grundsätzlich vom gleichen Startpunkt ausgehen, nämlich von der kritischen Koronarstenose. Auch das Ziel ist dasselbe, nämlich die Infarktprophylaxe.

An operativen Möglichkeiten stehen zur Verfügung: Die indirekte Myokardrevaskularisation im Versorgungsbereich der linken Kranzarterie nach WEINBERG. Ihr Hauptnachteil ist, daß das Implantat erst nach 6 bis 8 Monaten (!) voll, wenn überhaupt, funktionstüchtig ist. Ihre Durchführung ist heute nur noch in 5 bis 10 % der Fälle indiziert. In allen übrigen Fällen erfolgt die Anlegung eines aorto-koronaren-Bypass, der aus internistischer Sicht drei wesentliche Vorteile im Vergleich zur WEINBERG'schen Operation aufweist: Mit dem Moment der Operation wird die Durchblutung in dem nachgeschalteten Myokardbezirk wieder normalisiert, der Patient verliert somit sofort seine Angina pectoris. Das Blutdurchflußvolumen ist größer und es entfällt der kardiodepressive Effekt der bei der WEINBERG'schen Operation notwendigen Myokardtunnelierung.

Im Gegensatz zu den konservativen Maßnahmen kann die Koronarchirurgie heute bereits den Beweis erbringen, daß sie als Infarktprophylaxe wirksam wird. Es gibt Patienten, die ausschließlich oder überwiegend von ihren Transplantaten und Implantaten leben! Bei strenger Indikationsstellung kommen hierbei etwa $\frac{1}{3}$ aller Patienten mit Angina pectoris oder Ischämie-EKG für einen solchen operativen Eingriff in Frage.

Referent des zweiten Tages:
Dr. med. H. Friebel, Nürnberg
(Schluß folgt)

Kooperation zwischen Ärzten und Lehrern

Der Deutsche Lehrerverband (DL), der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e.V. und der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e.V. haben ein Kooperationsabkommen geschlossen, weil der Austausch von Erfahrungen und Informationen sowie die wissenschaftliche und praktische Zusammenarbeit immer dringender erforderlich wird.

Auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene sollen Arzt/Lehrer-Arbeitsgemeinschaften gebildet werden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Arzt/Lehrer wurde am 13. Februar 1973 in Bonn gegründet.

Die Zusammenarbeit erscheint vor allem wegen der wachsenden psychischen und physischen Belastung von Kindern und Jugendlichen in der Schule geboten. Eine ständige gegenseitige Information soll vor allem dazu beitragen, dem Schüler zu helfen, daß seine Probleme nicht einseitig gesehen werden und eine wirksamere, umfassendere Hilfe geboten wird.

Das Gespräch beider Berufsgruppen miteinander kann darüber hinaus helfen, das Verständnis für die gegenseitigen Fragestellungen und Lösungsversuche zu wecken und bestimmte Probleme gemeinsam anzugehen.

Dies geschieht in Einzelfällen bereits, sei es, weil einzelne bereits die Notwendigkeit gemeinsamen Handelns erkannt haben, sei es, weil die sachlichen Umstände es erforderten.

Rehabilitation

Viele Schwierigkeiten bei der Erziehung und der schulischen Ausbildung behinderter Kinder und Jugendlicher könnten vermieden werden, wenn die Pädagogen entsprechende medizinische Informationen über Art und Umfang der Behinderung und über zweckentsprechende Rehabilitationsmaßnahmen hätten.

Umgekehrt wäre es für die behandelnden Ärzte dringend erforderlich, von Pädagogen Informationen über die Erziehungs- und Schulsituation des behinderten Kindes zu erhalten. Während längerer klinischer Aufenthalte oder auch danach brauchen Kinder und Jugendliche eine kurz- oder langfristige Sonderbeschulung als Teil ihrer Rehabilitation. — Dies trifft besonders zu für die dauernd Behinderten.

Allgemein medizinisch-pädagogische Fragen

Aufnahmeverfahren (Schulreife, Berufsunfähigkeit)

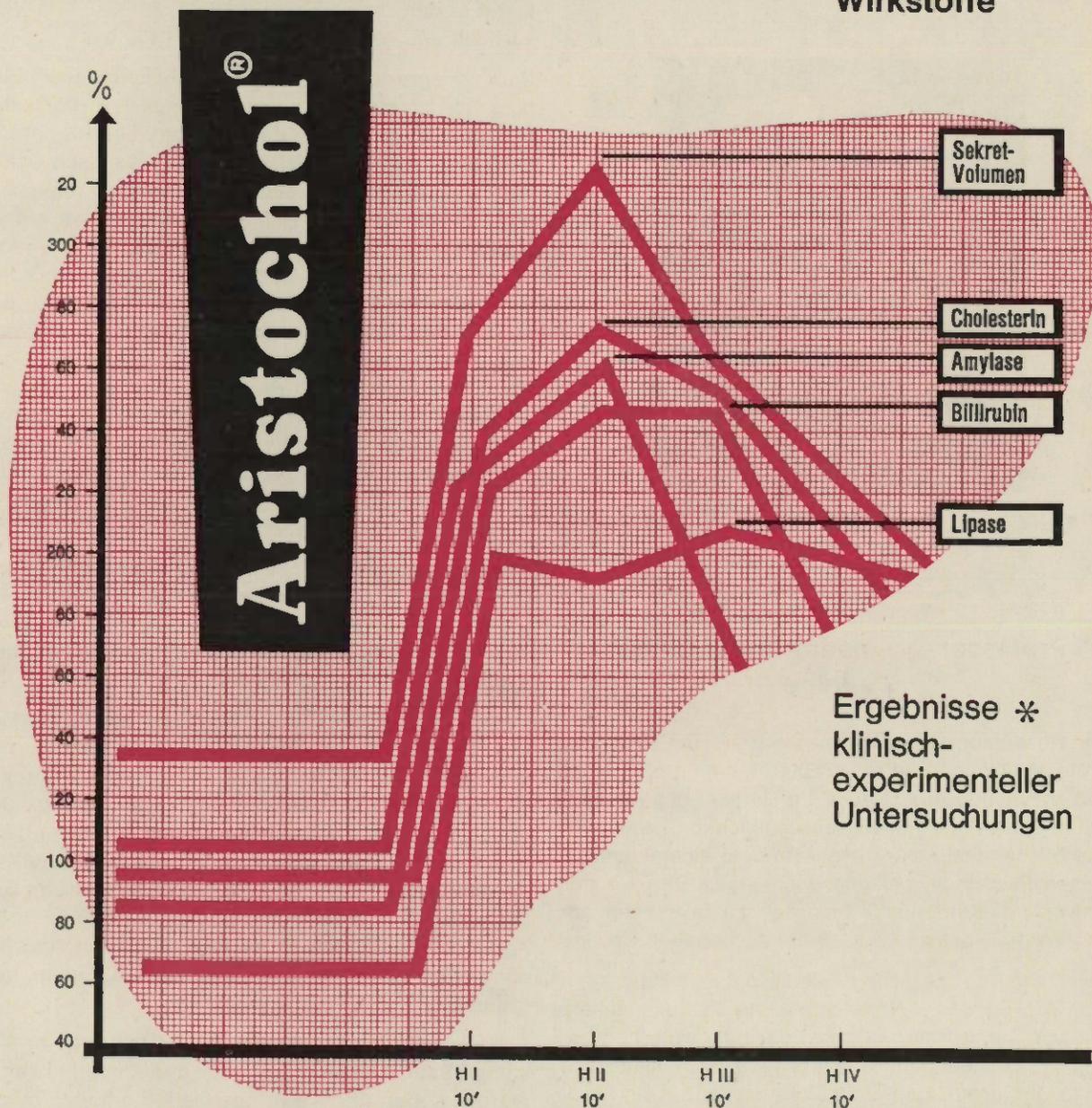
Prüfungsverfahren (Leistungsmöglichkeit, Überforderung)

Entwicklung von Modellen

Lehrer und Ärzte werden gemeinsam Modelle und Arbeitsunterlagen entwickeln, beispielsweise — Lernpläne für die schulische Rehabilitation — Lernpläne für den Sexualkundeunterricht — gemeinsame Stellungnahmen zu Fragen der Schulhygiene — gemeinsame Stellungnahme zu Fragen des Nikotin- und Rauschgiftmißbrauchs — gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen.

So wirkt

Optimaler Effekt
durch
standardisierte
Wirkstoffe



Das zuverlässige Chologogum

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, -Abainth. 5 g
Flor. Stoechad. 15 g
Fruct. Card. Mar. 10 g
Rad. Terax. c. Herb. 17 g
Cort. Frangul. 3 g
Rhiz. Curcum. xanth. 8 g

Dosierung:
3mal täglich 15-20 Tropfen

O.P. Flasche 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. } 3,265 g
Rhiz. Curcum. xanth. }
Fruct. Card. Mar. }

Aloa 5,55 g
Pankreatin 1,5 g

Eingestellt auf:
Chelidoniumalkaloide
mindestens 20 mg %
Curcumin mindestens 12,5 mg %
Alolin 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. sicc. ax
Herb. Absinth. 1,2 g
Herb. Chelidon. 2 g
Fruct. Anial 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. Tube mit 100 g DM 4,80

Aristochol® SpasmoLyticum

Eine Manteltablette enthält:

30 mg Extr. Herb. Chelidon. sicc.
(entspr. mind. 0,15 mg Gesamtalkaloide)
13 mg Extr. Rhiz. Curcum. xanth. sicc.
(entspr. mind. 0,1 mg Curcumin)
7 mg Extr. Fruct. Cardui Mar. sicc.
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. Beumann
K. Heintze
H. W. Muth
Arzn.-Forsch. 21
98 - 101 (1971)



Copyright by Fred Meinen, München

Professor Dr. med. Alfred Wiskott 75 Jahre

Am Rosenmontag versammelte sich zu Ehren von Professor Dr. med. Alfred WISKOTT eine große Schar seiner Freunde und Schüler im Hörsaal des Hauserischen Spitals zu einer wissenschaftlichen Sitzung und anschließend im Schwabinger Bräu zu einem gemeinsamen Festessen, um den ehemaligen Direktor der Universitäts-Kinderklinik München zu feiern, der am 4. März 1973 seinen 75. Geburtstag begehen konnte.

Einer alten westfälischen Familie entstammend kann man Wiskott jenen „Nordlichtern“ an die Seite stellen, die, von den warmen Strahlen der bajuwarischen Lebensart unwiderstehlich angezogen, sich allmählich so mit ihr amalgamierten, daß sie schließlich ein Stück der strahlenden Substanz selbst geworden sind.

Er kam bald nach seiner Rückkehr aus dem ersten Weltkrieg zum Medizinstudium nach München und erlebte hier die Hoch-Zeit der damals weltberühmten Münchener Medizinischen Fakultät. Die berufsentscheidende Begegnung war die mit Meinhard v. Pfandlner in seinem „Hauserischen Spital“. Dort hat Wiskott seit 1922 als Assistent, Dozent und Oberarzt mit großer Hingabe kranke Kinder behandelt, wissenschaftlich gearbeitet und sich dem Unterricht der Studenten gewidmet. Sein erstes Ordinariat rief ihn 1937 als Nachfolger von E. Freudenberg für zwei Jahre nach Marburg, dann konnte er schon wieder nach München zurückkehren, um die ehrenvolle Nachfolge seines großen Lehrers am Goetheplatz zu übernehmen.

Hier brachte der Krieg ihm aber zu seinen alten Aufgaben bald schwere neue: in den Bombennächten den Kampf um die substantielle Erhaltung des Hauserischen Spitals und als Dekan der Medizinischen Fakultät in den ernsten Jahren 1942 bis 1945 den Versuch zur Wahrung akademischen Anstandes.

Nach Kriegsende erhielt Wiskott bald ehrende Einladungen sowohl nach den USA als auch nach der UdSSR, die ihn in den Stand setzten, über die große Isolierungszäsur des Krieges sich und seinen Schülern Anschluß an die Neuerungen der modernen Medizin zu verschaffen. Seine gründliche und betont vorsichtige ärztliche Haltung machten es ihm nicht leicht, die Flut neuer Medikamente und technischer Errungenschaften, vor allem aber die Entwicklung der vielen Subspezialitäten zu akzeptieren. Doch verschloß er sich dem Fortschritt nicht, wo er ernsthaftes Bemühen und solide Arbeit garantiert sah. Für die ärztliche Ausbildung der vielen aus seiner Klinik hervorgegangenen Kinderärzte war die kontinuierliche Präsenz des Chefs mit seinem ausgezeichneten klinischen Blick und seinem unerhörten Gedächtnis für Einzelbeobachtungen von unschätzbarem Wert.

Mit großer Sorgfalt hat Wiskott den Wiederaufbau und den Ausbau seiner Klinik geleitet, die erst jetzt unter seinem Nachfolger der Vollendung entgegengehen, ohne daß seine Pläne wesentlich geändert werden mußten.

Die letzten Jahre seiner Klinikzeit standen für Wiskott und seine Mitarbeiter besonders unter dem Vorzeichen des neuen Lehrbuches der Kinderheilkunde, das er zusammen mit W. Keller im Thieme-Verlag 1961 herausgebracht hat. Es liegen von diesem drei deutsche, zwei spanische und eine italienische Auflage vor. Der weiteren Bearbeitung dieses mit großem Beifall aufgenommenen Werkes widmet Wiskott seine Aufmerksamkeit, seitdem er 1967 die Leitung der Klinik seinem Nachfolger, Professor Dr. K. Betke, vertrauensvoll hat übergeben können.

Seine dankbaren Schüler wünschen ihm, daß er sich seinen Sinn für das Schöne an der Kinderheilkunde und am Leben überhaupt noch lange erhalten möge. Sie wollen sich an den Text der Bach-Kantate halten, die ihm einmal vormusiziert worden ist:

„Ätzt dieses Angedenken in den härtesten Marmor ein!

Doch die Zeit verdirbt den Stein.

Laßt vielmehr aus Euren Taten
Eures Lehrers Tun erraten!
Kann man aus den Früchten lesen,
Wie die Wurzel sei gewesen,
Muß sie unvergänglich sein.“

Professor Dr. H. D. P a c h e , München



Copyright by Inge Bock, München

Professor Dr. med. Richard Fikentscher 70 Jahre

Am 2. April 1973 feierte Herr Professor Dr. med. Richard FIKENTSCHEr seinen 70. Geburtstag. 1938 kam er als junger Oberarzt an die II. Frauenklinik der Universität München, damals noch gynäkologische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München links der Isar. Am 1. November 1950 wurde er zum Direktor dieser Klinik ernannt und leitete die Geschicke des Hauses bis zur Übergabe an seinen Nachfolger, Herrn Professor Dr. med. Kurt Richter, am 1. März 1973.

Als Sohn des Augsburger Sanitätsrates Dr. Max Fikentscher und seiner Ehefrau Leopoldine, geb. Sand, führte Richard Fikentscher die väterlicherseits traditionelle Liebe zum Arztberuf in vierter Generation fort. Nach dem Abitur 1922 in Augsburg studierte er Medizin in München und Kiel und legte 1927 das medizinische Staatsexamen mit der Note „sehr gut“ in München ab.

Die ersten drei Universitätsjahre arbeitete Richard Fikentscher am Pathologischen Institut der Universität München bei Max Borst, wo er 1928 zum Doktor der Medizin promovierte. Obwohl ihn sein Lehrer Borst gerne für eine akademische Laufbahn in der Münchener Pathologie gewonnen hätte, zog es Richard Fikentscher doch wieder „zu den Lebenden“ zurück.

Im April 1931 begann Richard Fikentscher seine frauenärztliche Ausbildung an der traditionsreichen Frauenklinik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unter Ludwig Nürnberger. Aufgrund seiner hervorragenden klinischen Erfahrungen, die er sich unter oft schwierigsten Bedingungen vor allem in der ambulanten Armen-Geburtshilfe erworben hatte, wurde er bereits nach vier Jahren von Nürnberger als Oberarzt eingesetzt. Nach zahlreichen Veröffent-

lichungen, vorwiegend aus dem Bereich der Geburtshilfe, erwarb Richard Fikentscher 1935 mit der Habilitationsschrift „Untersuchungen über den Porphyrinstoffwechsel in der Schwangerschaft“ den akademischen Grad eines Dr. med. habil. Am 30. November 1935 zeichnete sich bereits der spätere Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Tätigkeit ab, als er sich in Halle unter dem Dekanat von Kurt Walcher seiner öffentlichen Lehrprobe mit dem Thema „Ursachen der Unfruchtbarkeit der Frau“ unterzog. 1936 wurde er zum Dozenten ernannt.

1938 erfolgte die Umhabilitation an die Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München und die Übernahme der Oberarztstelle an der II. Frauenklinik unter Otto Eisenreich. 1942 wurde Richard Fikentscher zum apl. Professor für Geburtshilfe und Frauenheilkunde ernannt. Am 1. November 1950 wurde er planmäßiger ao. Professor, am 14. Januar 1959 persönlicher Ordinarius. In Anerkennung seiner Aufbauarbeit und wissenschaftlichen Verdienste wurde die Klinik im Oktober 1962 in einen ordentlichen Lehrstuhl umgewandelt, dem Richard Fikentscher als planmäßiger o. ö. Professor vorstand.

Aus der umfangreichen wissenschaftlichen Tätigkeit von Richard Fikentscher seien zwei Hauptforschungsgebiete hervorgehoben:

Während seiner Hallenser Zeit arbeitete er bevorzugt auf dem Gebiet der Porphyrinforschung. 1933 gelang ihm als erstem der Nachweis von Porphyrin im menschlichen Fruchtwasser, später auch im Serum von Feten und Neugeborenen. Eine quantitative Methode der Porphyrinbestimmung für klinische Untersuchungen wurde von ihm entwickelt. An diese früheren Forschungen anknüpfend, widmete sich Richard Fikentscher während der letzten Jahre erneut dem fetalen Häm-Stoffwechsel mit Untersuchungen über das Hämpräcursor-Muster des menschlichen Fruchtwassers und des menschlichen Neugeborenenblutes (in Zusammenarbeit mit W. Stich, M. Schmidt und D. Schmidt, Institut für Hämatologie der Gesellschaft für Strahlenforschung, Assoziation mit Euratom und Abteilung für Hämatologie an der I. Medizinischen Klinik der Universität München).

Nachdem Richard Fikentscher zum Direktor der II. Frauenklinik der Universität München bestellt worden war, lag der Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Forschung und klinischen Arbeit auf der Erfassung und Behandlung der kinderlosen Ehe. Gemeinsam mit seinem Schüler K. Semm entwickelte er neue diagnostische und therapeutische Verfahren sowie entsprechende Apparate und Instrumente, vor allem zur Beseitigung der Tubenunwegsamkeit. Die dabei gewonnenen Erfahrungen sind in zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen niedergelegt. Richard Fikentscher stellte eine Grundkonzeption für die Behandlung jeder kinderlosen Ehe auf und faßte sie in einer Gesamtschau zusammen. Sie wurde in viele Lehrbücher übernommen. Referate auf mehreren

Weitkongressen sowie auf in- und ausländischen Tagungen brachten Richard Fikentscher weltweite Anerkennung ein.

Unter dem Direktoret Fikentscher wurde die ursprüngliche gynäkologische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München links der Isar nach Übernahme durch den Bayerischen Staat entsprechend den Vorstellungen des Wissenschaftsretes zur Universitätsklinik umgestaltet. Durch großzügige Um- und Erweiterungsbauten wurden in den Jahren zwischen 1955 und 1967 nahezu alle Bereiche der Klinik modernisiert. Speziell sind hier zu nennen: Die Modernisierung der geburtshilflichen Abteilung unter besonderer Berücksichtigung der perinatalogischen Betreuung in engster Zusammenarbeit mit der Universitäts-Kinderklinik (A. Wiskott, K. Betke, A. Oberniedermayr, W. Ch. Hecker); der Aufbau einer Abteilung zur Behandlung der kinderlosen Ehe; die Schaffung einer nach dem neuesten Stand der Technik ausgerichteten Strahlenabteilung sowie die Errichtung einer Lehrabteilung für Hauspraktikanten und Famuli.

Aus der Schule Fikentscher gingen sieben Habilitierte hervor; drei von ihnen wurden auf ordentliche Lehrstühle berufen. Mehrere Chefarztstellen wurden mit ehemaligen Mitarbeitern von Richard Fikentscher besetzt.

1958 rief Richard Fikentscher die Deutsche Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität ins Leben und leitete sie anschließend jahrelang als Gründungspräsident. Er ist Ehrenmitglied bzw. korrespondierendes Mitglied der Österreichischen Gesellschaft zum Studium der Sterilität und Fertilität, der Sociedade de Obstetricia e Ginecologia do Brasil, der Türk Jinekoloji Cemiyeti, der Deutschen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität, der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie active member of the World Council of the international Fertility Association.

Wer Richard Fikentscher kennt, weiß, daß mit dieser chronologischen Darstellung seines Lebensweges und

-werkes viel zu wenig von seiner Persönlichkeit aufscheint. Er drängte sich nie ins Rampenlicht der Öffentlichkeit. Ebenso wie er selbst in erster Linie Arzt ist, versuchte er auch seinen Schülern das ärztliche Ethos und die von seinem Lehrer Nürnberger übernommenen Leitsätze „nil nocere“ und „non vi, sed arte“ nahezubringen. Sein persönlicher Stil übertrug sich in den über 20 Jahren seines Direktorates auf die gesamte Klinik. Sein Geschick im Umgang mit Menschen gewann ihm in Verbindung mit seinem weltmännischen Charme in kürzester Zeit die Herzen seiner Patientinnen. Die meisterhafte Rhetorik und oft dramatische Gestik seiner Vorlesungen wird allen unvergeßlich bleiben, die ihn je hörten. Bis zum Ende seines klinischen Wirkens frappte er seine Schüler immer wieder durch seine manuellen Fähigkeiten, seine oft heliseherisch anmutende Vorausschau und seine bei aller Skepsis souveräne, wenn auch manchmal unorthodoxe Meisterschaft in kritischen Situationen.

Seinen Schülern und Mitarbeitern war Richard Fikentscher ein strenger, vielleicht nicht immer bequemer Chef. Gelang es aber, ihn den Widrigkeiten des Alltags zu entrücken – wie es etwa auf Kongressen oder geselligen Veranstaltungen der Fall war – erwies er sich als nobler Grendseigneur mit patriarchalischem Einschlag.

Privatdozent Dr. W. P e n n i n g und Dr. R. H e y n, München

Beförderungen im Sanitätsdienst der Bundeswehr

Der Stellvertreter des Inspektors des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr und Chef des Stabes, Generalarzt Dr. Ernst REBENTISCH, wurde zum Generalstabsarzt, der Kommandeur der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr in München, Oberstarzt Dr. Alfred ZIMMER, zum Generalarzt befördert.

Passiorin Dragees

1 Oragee enthält:

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

Passiorin liq.

Extr. Passiflor. incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis aquos spir.	5 Vol. %
Tinct. Crataeg. oxyacanth.	11 Vol. %

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

1–2 Teelöffel bzw. 2–3 Oragees 3 mal täglich

Bei Einschlafstörungen: 2–4 Teelöffel bzw. 3–6 Oragees vor dem Schlafengehen
Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dragees:

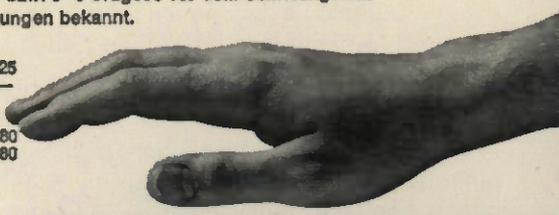
Packung mit	50 Dragees	OM 4.25
Kurpackung mit	250 Dragees	OM 18.–

Passiorin liq.:

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

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passiorin®

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.

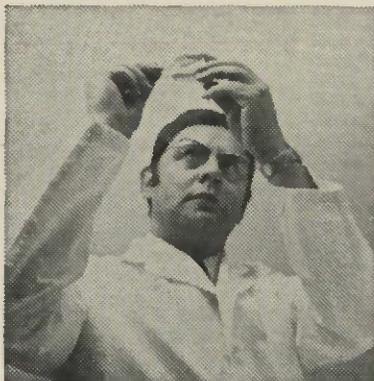


Zum Beispiel Dr. med. Karl S. (niedergel. Arzt)

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 beitragsparende 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

Name: _____

Anschrift: _____

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

Ich bin versichert bei:
 Vereinigte Salus anderweitig
 Vereinigte Krankenversicherung AG
 8 München 40
 Leopoldstraße 24

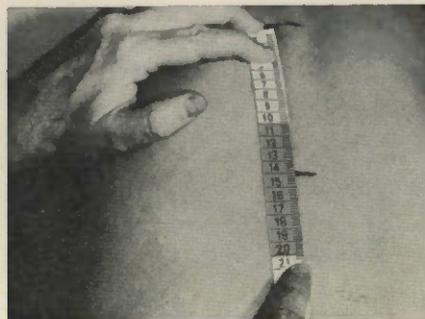


Akute Lumbago

Selbst bei schweren Lumbagofällen kann nach 1-2 Stunden Schmerzabnahme erwartet werden.



Distanz L₁-L₅ vor der Behandlung. Der Schober'sche Abstand nimmt bei maximaler Beugung nur geringfügig zu.



Distanz nach der Behandlung mit Valium Roche. 2 Stunden nach der i.m.-Injektion, deutlich verlängert.

Valium Roche durchbricht den Circulus vitiosus: «Schmerz – Muskelspannung – lokale Ischämie – psychische Spannung»

Selbst bei schweren Lumbagofällen gelang es, mit diesem Therapieschema schon innerhalb einer Stunde eine eindrucksvolle Schmerzabnahme und eine Zunahme der lumbalen Beweglichkeit zu erzielen. Diese Beschwerdenbesserung ließ sich mit dem Schober-Maß objektivieren.

Valium Roche in der Lumbago-Therapie.

Um den Initialerfolg bei Lumbago nicht zu gefährden und um den primären Effekt zu konsolidieren, empfiehlt *Moll*, Rheumatologe in Basel, die muskelentspannende Therapie mit Valium Roche noch einige Tage fortzusetzen. Eine gleichzeitig einsetzende, sukzessiv zu steigernde Heilgymnastik, die eine allmähliche Rehabilitation anstrebt, wird durch Valium nachhaltig unterstützt (Vortrag Brighton 1971).



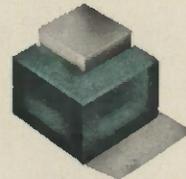
HOFFMANN-LA ROCHE AG • 7889 GRENZACH

THERAPIESCHEMA

1. Initial	20 mg		i.m.
2. Danach zusätzlich	20 mg (evtl. auf 2 oder 3 Einzelgaben verteilt)		oral
3. Diese orale Dosis kann in schweren Fällen auf 30–40 mg, maximal auf 50 mg gesteigert werden.			
<p>Falls die Beschwerden am 2. Tag wieder auftreten, ist Weiterbehandlung mit entsprechenden oralen Dosen von Valium Roche angezeigt. Der Abbau der Dosis richtet sich nach Maßgabe der Beschwerden und des Zustands des Patienten. Während der Behandlung kann das Reaktionsvermögen des Patienten beeinträchtigt sein (s. unter Hinweise).</p>			

Bei kritischer Prüfung notwendiger Wirkstoffergänzung für die Rheumatherapie kann das Ergebnis lauten

Valium[®] Roche



**Partner in der Rheumatherapie
Partner zu Antirheumatika**

Ihrer Aufmerksamkeit empfohlen:

Wie für alle psychotrop wirksamen Substanzen gilt auch für Valium Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht voraussehen ist. Wie alle Arzneimittel vom gleichen Wirkungstyp kann auch Valium Roche, je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit des Reaktionsvermögen (z. B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbedienung) beeinflussen. Bei gleichzeitiger Gabe zentralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) kann Valium Roche – besonders bei parenteraler Applikation – den sedativen Effekt dieser Präparate verstärken. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar. Sind bei ambulanter Therapie (z. B. Berufstätige) höhere Dosen notwendig, empfiehlt es sich, den Schwerpunkt der Behandlung auf den Abend zu verlegen; z. B. ebends 5 mg, tagsüber 2mal 2 mg, Tabletten unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen. Besonders in den ersten Behandlungstagen von Valium Roche genügt in den meisten Fällen die i.m.-Applikation. Sollte sich die i.v.-Darreichung als notwendig erweisen, so ist eine Vene mit großem Lumen zu wählen und die Injektion sehr langsam (ca. 0,5–1 ml pro Minute) auszuführen. Valium Roche ist stets allein zu injizieren, da es in der Mischspritze mit zahlreichen Medikamenten inkompatibel ist. Valium Roche bleibt in 5- bis 10-prozentiger Glukose-Infusionslösung oder 0,9-prozentiger Natriumchlorid-Infusionslösung genügend lange ohne Ausfällung von Wirksubstanz gelöst, wenn folgendes beachtet wird: Die Ampullenlösung (nicht mehr als 4 ml) muß dem gesamten Volumen der Infusionslösung, welches 250 ml nicht unterschreiten soll, unter gleichzeitigem guten Vermischen zugeetzt und mit der Infusion unverzüglich begonnen werden. Bei kreislafunfähigen und älteren Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Valium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Valium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Die Dosierung ist bei Patienten mit hirnorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit kardialer und/oder respiratorischer Insuffizienz der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Bei diesen Patienten soll auf die parenterale Applikation in der Regel verzichtet werden. Während der Frühchwangerschaft sollte Valium Roche – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Dieser Hinweis ist rein vorsorglich; nachteilige Erfahrungen liegen nicht vor.

Kontraindikation: Myasthenie gravis.

Valium Roche: 7-Chlor-1,3-dihydro-1-methyl-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on.

20 Tebl. Valium 5 Roche DM 5,50 m. U. St. · 20 Tebl. Valium 10 Roche DM 8,85 m. U. St. · 5 Ampullen Valium 10 Roche DM B,60 m. U. St.

Professor Dr. med. Gerhard Weber



Am 18. März 1973 starb, zwei Monate nach seinem 75. Geburtstag, Herr Professor Dr. WEBER, ehemaliger o. ö. Professor für Kinderheilkunde und ehemaliger Direktor der Kinderpoliklinik in seiner Wahlheimat München.

In Hamburg geboren, besuchte er des Gymnasium in Eutin, nahm von Anfang an am ersten Welt-

krieg teil und studierte in Göttingen, Heidelberg, Kiel und München Medizin. Nach seiner Promotion im Jahre 1924 gehörten zu seinen ärztlichen Lehrern von Romberg, Gött, von Mettenheim, Holzknacht und von Pfandler. In Wien bei Holzknacht in der Röntgenologie ausgebildet, baute er an der Universitäts-Kinderklinik in Frankfurt als Assistent und späterer Oberarzt bis 1932 die Röntgenabteilung auf. Bis auf diesen Zeitraum von sechs Jahren war Professor Weber an der Ludwig-Maximilians-Universität München tätig. Entscheidend für seine Ausbildung war seine Tätigkeit an der Münchener Kinderklinik unter von Pfandler. Er habilitierte sich im Sommersemester 1935. Trotz größter politischer Bedenken wurde Weber aufgrund der von allen Kollegen und Vorgesetzten bestätigten hervorragenden menschlichen und wissenschaftlichen Qualifikation die Dozentur für das Fach Kinderheilkunde verliehen. Seine integere politische Haltung wurde durch die Grabrede des Prorektors der Ludwigs-Maximilians-Universität mit folgenden Worten gewürdigt: „Seine politische Abstinenz bis zum Rande des Widerstands setzte ihn ständigen Pressionen und Behinderungen aus, so daß ihm ein weiteres wissenschaftliches Fortkommen unmöglich gemacht wurde. Zwei Rufe an die Universitäten Prag und Rostock wurden hintertrieben. Resigniert nahm er daher neben seiner Tätigkeit an der Universität 1940 die Stelle des Landesimpfzertes an“.

Als Vorstand der Bayerischen Landesimpfanstalt und vorübergehend als Leiter des Städtischen Gesundheitsamtes war ihm die Leitung eines Infektions- und Seuchenlazarettes während des zweiten Weltkrieges übertragen. Nach Kriegsende übernahm er vorübergehend die Leitung der Universitäts-Kinderklinik im von Haunerschen Kinderspital; vom Bayerischen Staatsminister für Unterricht und Kultus im Dezember 1947 zum a. o. Professor mit den Rechten und Pflichten eines persönlichen Ordinarius ernannt, übernahm Professor Weber die Direktion der Kinderpoliklinik in der Pettenkoferstraße. Damit wurde ein traditionsreicher

Lehrstuhl wiederbesetzt, der seit der Emeritierung von Professor Seltz im Jahre 1928 unbesetzt geblieben war. Er wurde 1964 in einen ordentlichen Lehrstuhl angehoben und umfaßt die Lehre für das gesamte Gebiet der Kinderheilkunde.

Im Wiederaufbau der Kinderpoliklinik der Universität hat sich Professor Weber große Verdienste erworben. Die zu beseitigenden Kriegsschäden wie die räumliche Enge hinderten ihn nicht am Ausbau der Ambulanz wie der Stationen mit etwa 50 Betten. Die Einrichtung einer psychosomatischen Beratungsstelle wie eines zytogenetischen Speziallaboratoriums, einer Dauerimpfstelle und anderer sozial pädiatrischer Einrichtungen lassen seine Aufgeschlossenheit für eine moderne Entwicklung der Kinderheilkunde erkennen. Im Studienjahr 1948/49 war Professor Weber Dekan der Medizinischen Fakultät und 1963, mit einer Wiederwahl 1964 übernahm er die Bürde des Rektors der größten deutschen Universität.

Neben diesen Hauptaufgaben hat Professor Weber viele wichtige Nebentätigkeiten übernommen. So war er Mitbegründer und 1947 Vorsitzender der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde, Gründer und Vorsitzender des Vereins für die Psychosomatische Beratungsstelle, Mitbegründer der Pfennigparade und wesentlicher Initiator der Einführung der Schutzimpfung gegen Kinderlähmung in Bayern. 1964 war er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, deren Hauptthemen Immunität, Allergie, Schutzimpfungen, Psychodiagnostik und Psychotherapie und Wachstums- und Entwicklungsprobleme sein Interesse und spezielle Aufgabengebiete der Kinderpoliklinik kennzeichnen. Über allem stand ihm seine ärztliche Tätigkeit, deren hohes Können, ohne viel Worte und Apparate zu benötigen, von seinen Schülern hervorgehoben wird.

Sein wissenschaftliches Werk umfaßt das gesamte Gebiet der Kinderheilkunde; insbesondere bearbeitete er jedoch Themen, die mit den Infektionskrankheiten und ihrer Bekämpfung zusammenhängen wie Freigestellungen auf dem Gebiete von Wachstum und Entwicklung.

Er hat als Mitautor ein Standardwerk über Röntgendiagnostik im Kindesalter herausgegeben, hervorzuheben sind ferner seine Beiträge zum Handbuch der Kinderheilkunde und zum Lehrbuch für Kinderheilkunde von Keller/Wiskott wie zum Handbuch der Schutzimpfungen von Herrlich.

Von den verschiedenen Ehrungen seien die Verleihung des Bayerischen Verdienstordens 1965 genannt und die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Wer Professor Weber begegnet ist, wird diesen aufrechten, bescheldenen, mutigen und demütigen Menschen und Arzt nicht vergessen.

Es gibt viel mehr „Augen-Patienten“, als man glaubt...

z. B. ältere Menschen, deren müde Augen oft nicht einmal mehr der Tageszeitung oder dem Fernsehprogramm gewachsen sind.

z. B. Berufstätige, deren Augen ständig stark beansprucht werden. Kopfschmerzen, Müdigkeit und leichte Sehstörungen sind oft ein Hinweis für eine Überanstrengung der Augen.



Ein Fall für

Ger in der Ophtiole®

das lokale Vitamin-Tonikum

Ger in der Ophtiole®
behebt Ermüdungserscheinungen
bei altersmüden Augen
und verbessert die Tonuslage.

Ein Fall für

Asthenopin® in der Ophtiole®

das Ziliarmuskeltonikum

Asthenopin® in der Ophtiole®
verbessert die Nahsehleistung,
wirkt belebend bei überanstrengten Augen.

Ger in der Ophtiole®

Zusammensetzung: Vitamin A 9100 I.E., Vitamin B₁ 0,018 g, Vitamin B₂ 0,0013 g, Natriumpantothenat 0,0136 g, Aesculin 0,009 g, Digitalin deutsch 0,0018 g, Natriumjodid 0,018 g, Borsäure 0,136 g/10 ml.
Indikationen: Kräftigung der Augenmuskulatur bei funktionellen Sehstörungen, Ermüdungs- und Altersbeschwerden; grauer Altersstar.
Dosierung und Anwendung: 2–3mal täglich während 2–3 Monaten 1–2 Tropfen in jedes Auge träufeln.
Handelsform: Ophtiole® zu 10 ml DM 2,90 m. Mwst.

Asthenopin® in der Ophtiole®

Zusammensetzung: Isotonische, borsäuregepufferte Augentropflösung von Pilocarpinhydrochlorid 0,02 g und Kaliumjodid 0,05 g/10 g.
Indikationen: Verbesserung des Nahsehvermögens bei akkommodativer Asthenopie, Erleichterung der beruflichen Naharbeit bei Erschöpfungszuständen und vegetativer Dystonie.
Dosierung und Anwendung: Vor dem Schlafengehen 1–2 Tropfen in jedes Auge träufeln.
Handelsform und Preis: Ophtiole® zu 10 ml DM 2,80 m. Mwst.

**dr. mann-Augentropfen in der Ophtiole®
für die tägliche Praxis**

dr. mann



1 berlin 20

Dr. Ing. Dr. med. Otto Günther †



Am 26. Februar 1973 verstarb nach kurzer heftiger Krankheit im Alter von 68 Jahren Ministerialrat a. D. Dr. Ing. Dr. med. Otto GÜNTHER. Bevor er am 31. Dezember 1969 in den Ruhestand trat, war er Leiter der Ärztlichen Unterabteilung im damaligen Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge.

Er gehörte zu den Männern der ersten Stunde, die den Grundstein für die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin gelegt haben und wurde im Mai 1968 zu deren Präsidialmitglied berufen. Er war Mitglied des Kuratoriums für die Verleihung des Franz-Koelsch-Preises der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Für seine langjährigen Verdienste um die deutsch-französische Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin wurde er 1968 als erster deutscher Arzt mit der Ehrenmedaille der Société de Médecine du Travail de Normandie ausgezeichnet.

Dr. Dr. Günther war seit dem Jahre 1935, mit nur kurzer Unterbrechung durch Kriegsdienst, Gefangenschaft und Arzt in der freien Praxis, zunächst im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin, dann beim Staatlichen Gewerbearzt für die Provinz Sachsen und das Land Anhalt in Magdeburg als Gewerbearzt tätig.

Im April 1948 kehrte er in den gewerbeärztlichen Dienst beim damaligen Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge zurück. Vom Oktober 1960 bis August 1963 leitete er das am 1. April 1953 eingerichtete Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin in München. Er war maßgeblich an der Bewältigung seiner zahlreichen Aufgaben, an seiner Weiterentwicklung und seinem Ausbau beteiligt.

Dabei hat er einen wesentlichen Beitrag zur Erhaltung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der Arbeitnehmer geleistet und im Rahmen des Systems der sozialen Sicherung auch an der Entschädigung der Opfer der Arbeit mitgearbeitet. Dr. Dr. Günther hat sich somit um das Wohl der Erwerbstätigen Bayerns besonders verdient gemacht.

Seine Laufbahn als Gewerbearzt fand durch die Be-

rufung zum Referenten für Arbeitsmedizin und später zum Leiter der ärztlichen Unterabteilung im damaligen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge höchste Anerkennung.

Dr. Dr. Günther hat sich in bewundernswerter Weise, mit Zähigkeit, viel Geschick und persönlichem Engagement stets für die Belange der Arbeitsmedizin, insbesondere aber für den bayerischen gewerbeärztlichen Dienst und die Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin eingesetzt. Wir verlieren mit ihm einen stets hilfsbereiten, verständnisvollen Vorgesetzten, einen lautereren, aufrichtigen Kollegen und einen bescheidenen, freiheitsliebenden, mit einem großen Maß an sozialem Empfinden und mit einem aus gütigem Herzen kommenden Humor ausgestatteten Menschen.

Die bayerische Ärzteschaft, insbesondere die arbeitsmedizinisch tätige, verliert in Dr. Dr. Otto Günther einen Kollegen, dessen Wirken uns allen stets unvergessen sein wird.

Dr. med. Thür, Ministerialrat

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

Professor Dr. med. Kurt RICHTER, (bisher Bruck an der Mur) wurde als neuer Ordinarius für Geburtshilfe und Frauenheilkunde an der II. Frauenklinik berufen. Privatdozent Dr. med. Hans LUDWIG, wissenschaftlicher Oberassistent an der I. Frauenklinik, wurde zum „ordentlichen Professor“ an der Gesamthochschule Essen ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Gerrit ten BRUGGENCATE (Physiologie);

Privatdozent Dr. med. Wolf MEINHOF (Dermatologie und Venerologie);

Privatdozent Dr. med. Hans SCHWALB (Innere Medizin).

Professor Dr. med. Hans EHRHART, wiss. Oberassistent an der I. Medizinischen Klinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.



RECORSAN-HERZSALBE

Das älteste, percutane Kardiakum, seit 5 Jahrzehnten bewährt, dabei in Wirkung und Anwendung stets weiterentwickelt und verbessert,

Cor. nervos., coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g, -Valerian. 17g, Tinct. Conval. 0,8g, -Castor. 0,6g, Camph. 10g, Menthol. 0,5g, Nicotin. 0,165g, OP. 30g DM 410

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Josef EISENBURG, wiss. Oberassistent an der I. Medizinischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Henner GRAEFF, wiss. Oberassistent an der I. Frauenklinik und Hebammenschule;

Privatdozent Dr. med. Kurt HOLZMANN, Oberassistent an der I. Frauenklinik und Hebammenschule.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Ekkehardt ALBERT für „Immungenetik“;

Dr. med. Günther BAUMANN für „Chirurgie“;

Dr. med. Jürgen GURLAND für „Innere Medizin“;

Dr. med. Hans Jürgen KÖMPER für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“;

Dr. med. Walter LAND für „Experimentelle Chirurgie“;

Dr. med. Manfred MÜNZEL für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“;

Dr. med. Renate PICKARDT für „Innere Medizin“;

Dr. med. Rüdiger REICHERT für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“;

Dr. rer. nat. Gerhard RENNER für „Chemische Pharmakologie“;

Dr. med. Athanase SOUVATZOGLOU für „Innere Medizin“;

Dr. med. Lieselotte THORN für „Anatomie“;

Dr. med. Klaus WILHELM für „Chirurgie“.

Professor Dr. med. Eckehard GERLACH, Vorstand des Physiologischen Institutes der Technischen Hochschule Aachen, ist mit der kommissarischen Vertretung des Lehrstuhls Physiologie II der Universität beauftragt worden.

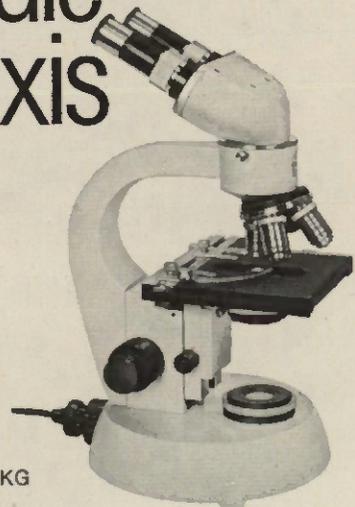
Landespolitik

Partnerschaft zwischen Staat und Kommunen

Landkreisverband schlägt Krankenhausausschuß vor
Vor der Presse in München bekundete der erste Vorsitzende des Landkreisverbandes Bayern, Senator Dr. Friedrich WILHELM, das Interesse an einer Partnerschaft zwischen Staat und Kommunen mit der Zielrichtung eines leistungsfähigen Krankenhauses in Bayern. Der Landkreisverband schlägt deshalb vor, einen Krankenhausausschuß beim Sozialministerium zu bilden, der gesamtverantwortlich alle über die Ministerialebene anfallenden Entscheidungen im Krankenhausbereich trifft und in dem die beteiligten Ministerien und die kommunalen Spitzenverbände vertreten sein sollen.

BX 200

Das Mikroskop von Will für die Praxis



Wilhelm Will KG
Abteilung BÄ
6331 Nauborn-Wetzlar
Schwalbacher Str. 7
Postf. 40 · Tel. 06441/23071



Gebaut von Fachleuten,
die seit Jahrzehnten Mikroskope
herstellen.

Seine Vorzüge:

Bequeme Handhabung durch
koaxiale Triebelemente.
Hochleistungsobjektive eigener
Fertigung.
Standfester, runder Metallfuß.
Eingebaute Beleuchtung.
Vielseitiges Zubehör für Dunkelfeld-
und Phasenkontrastuntersuchungen,
Mikrofotografie, Polarisation
und vieles mehr.

Bitte fordern Sie ausführliche
Unterlagen an.



[®] 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-Esldrix

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-Esldrix 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

Dr. Wilhelm unterstrich, daß seit dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes des Bundes die Fragen der Krankenhausplanung eine wichtige Rolle spielen. Es handelt sich um die Fragen, welche Träger wo und welches Krankenhaus errichten und um die Fragen der Aufbringung und Verteilung der Förderungsmittel. Der Bund hat es grundsätzlich den Ländern überlassen, wie sie diese Aufgaben lösen wollen. Der Freistaat Bayern sei damit nicht gehindert, die Kommunen an seinen Entscheidungen im Krankenhausbereich zu beteiligen. Nach den bisher erkennbaren Vorstellungen der Bayerischen Staatsregierung soll den Kommunen lediglich ein Anhörungsrecht, nicht auch ein Mitwirkungsrecht eingeräumt werden. Der Landkreisverband vertritt die Auffassung, daß den Landkreisen und kreisfreien Städten ein echtes Mitspracherecht bei der Gestaltung der Krankenhausprobleme in Bayern eingeräumt werden müsse. Die Forderung ergebe sich daraus, daß die Landkreise und kreisfreien Städte im Gegensatz zu anderen Krankenhausträgern verpflichtet sind, die erforderlichen Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben. So unterhalten die Kommunen über zwei Drittel der in Bayern vorhandenen Krankenhausplanbetten. Nach einem demnächst in Kraft tretenden Gesetz zur Änderung des Finanzausgleichsgesetzes werden die Kommunen insgesamt stärker als der Freistaat Bayern oder als der Bund zur Krankenhausfinanzierung in Bayern beitragen. Die Landkreise fordern daher eine echte Partnerschaft, die sich nicht in einer Zahl- und Organisationspartnerschaft erschöpfen dürfe.

(aus: „Bayerischer Landtagsdienst“ Nr. 11 vom 16. März 1973)

800 Krankenhäuser in Bayern

11 Krankenhausbetten pro 1000 Bewohner

Bei der Einweihung des neuen Kreiskrankenhauses in Lichtenfels, das mit einem Aufwand von DM 60 Millionen Gesamtkosten errichtet wurde, überbrachte Staatssekretär Dr. Wilhelm VORNDRAN vom Bayerischen Sozialministerium die Glückwünsche der Staatsregierung und würdigte die Leistung und den Weitblick des Landkreises Lichtenfels.

Welche Bedeutung heute das Krankenhaus für die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung bereits erreicht hat, unterstrich der Staatssekretär mit eindrucksvollen Zahlen. In Bayern bestehen zur Zeit rund 800 Krankenhäuser mit fast 120000 Betten. Das gibt einen Durchschnitt von elf Krankenhausbetten pro 1000 Bewohner. Damit nehme Bayern im internationalen Vergleich eine beachtliche Position ein.

Große Sorge bereite die Überalterung der Krankenhäuser, denn mehr als ein Drittel aller Betten stehen in Kliniken, die älter als 50 Jahre sind. Aber auch bei jüngeren Häusern würden oft Funktionsräume und Ausstattung nicht mehr den heutigen medizinischen Anforderungen genügen. Trotz großer Leistungen in der Vergangenheit bedürfe es noch weitgehender finanzieller Anstrengungen des Freistaates Bayern,

um das gesamte Krankenhauswesen qualitativ und quantitativ auf – so der Staatssekretär – „Lichtenfelder Niveau“ zu bringen.

Besondere Anerkennung zollte Dr. Vorndran der Lösung der Krankenhausprobleme durch den Landkreis Lichtenfels. Mit dem Neubau, zu dem der Staatssekretär DM 35 bis 40 Millionen als Fördermittel in Aussicht stellte, konnten drei nicht mehr zeitgerechte kleinere

Krankenhäuser aufgehoben werden. Zwei davon werden zu einem Behandlungszentrum für Drogensuchtkranke bzw. zu einem Altenpflegeheim umgebaut. Abschließend meinte der Staatssekretär, daß das Beispiel des Landkreises Lichtenfels ein Beweis dafür sei, daß staatliche Bevormundung auf dem Gebiet des Krankenhauswesens weder notwendig noch gut sei. (aus: „Bayerischer Landtagsdienst“ Nr. 112 vom 16. März 1973)

t/H

Aus aller Welt

„Schnelle Hilfe“

Besuch der Zentrale für die Organisation der ärztlichen Nothilfe in Leningrad

Reisenotizen von Dr. J. B a u s c h während der Studienfahrt der Friedrich-Neuffer-Stiftung in die UdSSR vom 16. bis 29. Oktober 1972

Leningrad verfügt nach meiner Kenntnis über eine sehr gute Notarztorganisation. Historisch hat sich das in Leningrad entwickelte Nothilfesystem während der 900tägigen Belagerung im zweiten Weltkrieg entwickelt. Das Leningrader Organisationsmodell wurde in den letzten Jahren auf das gesamte Gebiet der Sowjetunion ausgedehnt. Es handelt sich dabei um kein statisches System, da es laufend weiter vervollkommen wird. Wir haben nur die Zentrale für „Schnelle Hilfe“ besucht. („Schnelle Hilfe“ ist der wörtlich übersetzte Ausdruck aus dem Russischen.) Dabei wurden wir von dem stellvertretenden Chefarzt empfangen. Er ist Kardiologe und hat uns bereitwillig und ausführlich das praktizierte System vorgestellt.

Für die Viermillionenstadt Leningrad steht eine ärztliche Nothilfeorganisation zur Verfügung, die über einen Mitarbeiterstab von 400 Ärzten und 1200 Personen ärztliches Hilfspersonal (Feldscher), sowie 1000 Fahrzeuge verfügt.

Die „Schnelle Hilfe“ ist rund um die Uhr besetzt und beschränkt sich nicht nur auf den Einsatz von Notarztwagen, sondern sie übernimmt auch die zentrale Bettenverteilung und den Krankentransport.

In der Sowjetunion kann man von jedem Telefon aus kostenlos mit einer einheitlichen Rufnummer (03) die jeweiligen Nothilfezentralen anrufen und sich von dort aus Hilfe erbeten. In Leningrad ist diese zentrale Empfangsstelle für Notrufe 24 Stunden mit insgesamt 30 Personen besetzt. Diese 30 Personen sind nur ärztliche Hilfskräfte vom Typ des Feldschers, sondern ein Teil davon, auch Ärzte. Beispielsweise wird die Entscheidung darüber, welcher Patient mit welchen Beschwerden in welches Krankenhaus kommt, telefonisch von den in der Zentrale tätigen Ärzten entschieden. Diese wissen auch darüber Bescheid, zu welchem aktuellen Zeitpunkt in welchem Krankenhaus ein Operationstisch frei ist, um den Transport eines Frischverletzten oder akut Erkrankten in dieses Krankenhaus per Funk mit dem Notarztwagen abzusprechen.

In Leningrad benutzt man einen einheitlichen Notarztwagen, der in etwa die Größe unserer Volkswagenbusse hat. Jeder Wagen ist mit einem EKG, einem Defibrillator, einem kleinen Operationsbesteck für Venaesektio, Intubation, Tracheotomie und Blutstillung ausgerüstet. Daneben verfügt solch ein Fahrzeug selbstverständlich auch über ein Sauerstoffgerät, einen Narkoseapparat für Lachgasnarkosen, Medikamente, ein kleines Reanimationspaket und Verbandsmaterial, Schienen und dergleichen mehr. Jedes Fahrzeug ist mit einem Funksprechgerät ausgerüstet.

Das System der ärztlichen Nothilfe wurde im Laufe der letzten Jahre erheblich dadurch verfeinert, daß man in den verschiedenen Stadtbezirken sogenannte „spezialisierte Schnelle Hilfen“ eingerichtet hat. Derzeit verfügt die Notarztorganisation über vier „Kardiologische Schnelle Hilfe-Brigaden“, eine „Toxikologische“, zwei „Chirurgische“, zwei „Neurologisch-psychiatrische“ und drei „Pädiatrische Schnelle-Hilfe-Brigaden“. Diese spezialisierten Einsatztrupps werden zentral nach Maßgabe der dort am Telefon sitzenden Ärzte zu entsprechenden Fällen auf



dem Funkwege dirigiert, wobei die Anforderung zum Einsatz eines spezialisierten „Schnelle-Hilfe-Wagens“ auch von den Kollegen in den normalen „Schnelle-Hilfe-Fahrzeugen“ kommen kann, wenn diese mit einem Problemfall nicht fertig werden.

Diese speziellen Fahrzeuge sind mit einem Arzt und zwei ärztlichen Hilfskräften (Typ des Feldschers) besetzt und verfügen über eine hohe Qualifikation in ihrem Fachgebiet. So sind z. B. die „Neurologisch-psychiatrischen Brigaden“, die vor allem bei Fällen unklarer Bewußtlosigkeit gerufen werden, in der Lage, die primäre Komadiagnostik schon im Fahrzeug vorzunehmen und entsprechende Behandlungsmaßnahmen einzuleiten. Die „Toxikologische Brigade“ soll sämtliche für den Vergiftungsfall erforderlichen Maßnahmen, wie z. B. Antidot-Behandlung, sofort durchführen. Soweit wir unseren Gesprächspartner verstanden haben, sind die Suizide mit E 605-artigen Insektiziden nicht selten. Durch den Einsatz der speziellen „Toxikologischen Brigade“ konnte die Mortalität der Suizide um $\frac{1}{3}$ gesenkt werden. (Auch in Leningrad ist jedoch der „beliebteste Suizid“ die Barbituratintoxikation).

Eine besondere Spezialität in Leningrad ist eine sogenannte „Schnelle Hilfe für Hämatologische Notfälle“. Dieser Einsatztrupp für hämatologische Notfälle ist für akute unstillbare Blutungen gedacht, weshalb die Mannschaft, die in diesem Wagen fährt, sehr eng mit dem zentralen Blutdepot in Leningrad zusammenarbeitet. Dieses Fahrzeug ist personell und materiell so eingerichtet, um mit Schnellmethoden Gerinnungszeitbestimmungen durchzuführen und die notwendigen Behandlungsmaßnahmen sofort einzuleiten. Die Brigade hat innerhalb Leningrads ganz offenbar die beste labormäßige Ausstattung für die Sofortdiagnose von Blutungen, unklarer Genese und wird auch bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen in Einzelfällen zu Leningrader Krankenhäusern gerufen. Die hämatologischen Speziallabors schelen in Leningrad zu ungünstigen Zeiten keine diffizilere Gerinnungsdiagnostik durchzuführen. — Uns ist dies in der BRD ein durchaus geläufiges Problem.

Leder konnte uns unser Gesprächspartner, der Kardiologe war, nicht berichten, welche Gerinnungsuntersuchungen in diesem Fahrzeug mit welchen Methoden vorgenommen werden. Er hat bei dieser speziellen Frage sofort geantwortet, er sei Kardiologe und deswegen wisse er darüber nicht Bescheid.

Die Effektivität der Nothilfeorganisation in Leningrad wird selbstverständlich gemessen. Die allgemeinen Nothilfefahrzeuge ohne Spezialisierung erreichen ihre Patienten zu 90% in 15 Minuten. Die spezialisierten Brigaden, die aufgrund ihrer nicht zu großen Dichte und nicht zu großen Anzahl längere Fahrzeiten haben, erreichen dennoch in 43% die Patienten innerhalb von 15 Minuten.

Organisatorisch ist der Einsatz der zahlreichen Fahrzeuge und zahlreichen Teams so gelöst, daß kleinere

Mit
zeitgemäßer
Komposition

Azur[®]

Azur[®] gegen Schmerzen

1 Tablette enthält: Paracetamol 250 mg
Propyphenazon 200 mg, Coffein 50 mg
2-Dimethylamino-ethanol-
bitartrat 25 mg

3mal tägl. 1-2 Tabletten.
O.P. mit 10 Tebl. DM 1,40
O.P. mit 20 Tebl. DM 2,30

Azur[®] compositum gegen starke Schmerzen

1 Tablette enthält: Paracetamol 200 mg
Propyphenazon 150 mg, Coffein 50 mg
Codein. phosphoric. 15 mg, Acidum
phenylethylbarbituricum 25 mg
2-Dimethylamino-ethanol-
bitartrat 25 mg

3mal tägl. 1-2 Tabletten
Bei Überdosierung kann die Verkehrs-
tüchtigkeit beeinträchtigt werden.

O.P. mit 10 Tebl. DM 3,25
O.P. mit 20 Tebl. DM 4,95

Kontraindikation:
Schwere Nierenschäden
Pyrazolon-Allergie, Blutdyskrasien

Stelner & Co. Literatur und
Deutsche Arztemuster
Arzneimittel auf Wunsch
Gesellschaft
Berlin West



Ärztlicher Notfalldienst in Bayern

Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 14. März 1973 – Az.: L 1/Ka 11/72

Aus den Gründen:

„Der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns obliegt nach § 368 n Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO) in Verbindung mit § 6 Abs. 4 Bundesmantelvertrag/Ärzte bzw. § 1 Abs. 8 und § 5 Abs. 10 des Arzt/Ersatzkassenvertrags die Pflicht, Notfalldienste einzurichten (vgl. PETERS, Handbuch der Krankenversicherung, Anmerkung 7 zu § 368 RVO; HEINEMANN-LIEBOLD, Kassenarztrecht I 46 d). Die Kassenärztliche Vereinigung ist auch befugt, Ärzte, die gegen die Verpflichtung zur Teilnahme an dem Not- und Bereitschaftsdienst verstoßen, mit einer Disziplinarstrafe zu belegen, die in einer Verwarnung, einem Verweis oder einer Geldbuße bis zu DM 1000,— bestehen kann (vgl. ÄM 1968, Seite 1560). Sinn und Zweck der oben aufgeführten Vorschriften besteht darin, im Rahmen des „Sicherstellungsauftrags“ eine ordnungsgemäße ärztliche Betreuung der Versicherten in dringenden Fällen während der ortsüblich sprechstundenfreien Zeit zu gewährleisten. Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß ein Bereitschaftsdienst primär nach kollegialer Absprache zwischen den Kassenärzten bezirklich eingerichtet wird, womit sich verständlicherweise eine zwangweise Heranziehung der Kassenärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung erübrigt. Nur in den Fällen einer grundlosen Verweigerung der Teilnahme am Bereitschaftsdienst durch einen Kassenarzt ist die Kassenärztliche Vereinigung gehalten, durch Verwaltungsakte die Teilnahme des Betroffenen sicherzustellen. Dies ist hier durch die Bescheide der Beklagten vom 5. Februar und 16. April 1969 geschehen.

Der Senat hat bereits in seinem rechtskräftigen Urteil vom 10. Dezember 1968 (Zentralblatt für Sozialversicherung 1969, Seite 141) eingehend zu der Frage Stellung genommen, ob eine Kinderärztin in Bayern zum ärztlichen Bereitschaftsdienst herangezogen werden darf. Er hält auch weiterhin an der dort gegebenen Begründung fest. Eine Befreiung von diesem Dienst ist nach der inzwischen bekannt gewordenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Band 33, Seite 165) allenfalls dann geboten, wenn wichtige Gründe – Krankheit, Gebrechen oder Schwäche der körperlichen Kräfte, höheres Lebensalter – die Nichteignung eines Arztes offenkundig machen. Schließlich könnte auch ein Mangel an Kenntnissen und Erfahrungen dazu führen, den Arzt von der Teilnahme am Notfalldienst frei zu stellen. Hierzu hat das Bundessozialgericht leitsätzlich bemerkt, daß geeignet (für

Einsatzzentren über die Stadt planmäßig verteilt existieren, mitunter an Polikliniken angebunden, gelegentlich wohl auch vollkommen selbständig in eigens dazu errichteten Räumlichkeiten untergebracht. Dadurch verfügt Leningrad über 17 Einsatzstellen für die Erste Hilfe, wobei die vorhandenen Stadtbezirke in der Einsatzplanung die Planungseinheiten sind. Auch innerhalb eines Bezirkes der Stadt wurden nochmals Unterstationen eingerichtet. Der Radius der allgemeinen Einsatzfahrzeuge beträgt nur 6 km. Bei der geringen Verkehrsdichte in Leningrad sind die Angaben über das schnelle Erreichen des Einsatzortes durchaus glaubwürdig.

Die Einsatzfahrzeuge können maximal zwei Patienten transportieren, sind jedoch innen für diffizilere ärztliche Hilfestellungen sehr eng. Ein entsprechend größerer Fahrzeugtyp könnte hier noch besseres leisten.

Die Ärzte, die im Rahmen der „Schnellen Hilfe“ tätig sind, haben bis zu diesem Zeitpunkt schon eine fünfjährige ambulante oder klinische oder auch gemischte Tätigkeit hinter sich, vorher kommen sie nicht zum Einsatz. Sie werden zusätzlich in einem sechsmonatigen Kurs auf ihren Einsatz in der „Schnellen Hilfeorganisation“ vorbereitet. Die „Schnelle Hilfe“ verfügt über ein zentrales Forschungs- und Ausbildungsinstitut für Maßnahmen der akuten Nothilfe. Auch die ärztlichen Hilfspersonen werden in einem viermonatigen Kurs auf ihre Tätigkeit in der Nothilfeorganisation vorbereitet, Ärzte und ärztliches Hilfspersonal brauchen die Fahrzeuge nicht zu fahren, sie konzentrieren sich ausschließlich auf den Patienten. Eine entsprechende Fahrbereitschaft aus dem städtischen Fuhrpark steht zur Verfügung.

Neben dem genannten Institut, das als Forschungs- und Ausbildungsinstitut arbeitet, verfügt die Organisation der „Schnellen Hilfe“ noch über drei eigene Krankenhäuser, die sich ausschließlich mit der Behandlung akuter lebensbedrohlicher Zustände befassen. Wenn dieser lebensbedrohliche Zustand vorüber ist, erfolgt die Verlegung in ein anderes Krankenhaus mit entsprechender Spezialisierung. Dementsprechend verfügen diese drei Krankenhäuser über eine unfallchirurgische Abteilung, sowie eine kardiologische Abteilung, die weitgehend aus einer Infarktstation besteht.

Die Pädiatrie kommt innerhalb der Organisation der „Schnellen Hilfe“ in Leningrad nicht zu kurz. Sowohl drei spezialisierte Brigaden stehen zur Verfügung, als auch selbstverständlich die allgemeine Organisation der „Schnellen Hilfe“, wobei für Frühgeborene Transportinkubatoren benutzt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die in Leningrad vollbrachte organisatorische Leistung der Zusammenfassung aller ärztlichen Notfallbedürfnisse beispielhaft ist.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Jürgen Bausch, 8000 München 81, Knappertsbuschstraße 18

neu
von Nattermann

Defluina[®] bewirkt mehr

gegen arterielle
Durchblutungs-
störungen.

Stellt Arterien weit.



Erhöht den
Venentonus.

Vergrößert das
Schlagvolumen.

Die optimale Blutversorgung.

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**

den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst) ist, wer mit praxisbezogener Sachkunde den typischen Notfall-situationen des Bereitschaftsdienstes wenigstens mit Sofortmaßnahmen bis zum Einsetzen der normalen ärztlichen Versorgung gerecht zu werden vermag (vgl. hierzu auch Bundesverfassungsgericht vom 10. Dezember 1972 – 1 BvR 144/66 –). Das im Laufe des Verfahrens geäußerte Vorbringen der Klägerin, sie fühle sich überfordert, im Rahmen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes auch erwachsene Personen ärztlich behandeln zu müssen, hält der mit ehrenamtlichen Richtern fachkundig besetzte Senat nicht für überzeugend. Derartige Einwände können, wie schon das Bundesverwaltungsgericht im Urteil vom 18. Juli 1967 (Neue Juristische Wochenschrift 1968, Seite 218) näher dargelegt hat, für andere Gruppen von Fachärzten (Dermatologen, Röntgenologen) im Einzelfall zutreffen, insbesondere dann, wenn diese Fachärzte schon vor Jahrzehnten die Staatsprüfung abgelegt haben, seitdem ausschließlich auf ihrem Fachgebiet tätig waren und dem allgemeinen medizinischen Wissen gegenüber entfremdet sind. Derartige Umstände liegen jedoch bei der im Jahre 1931 geborenen Klägerin nicht vor.

Diese hat – wie die Zulassungsakten ausweisen – erst im November 1960 die Bestallung als Ärztin erhalten. Sie war zu ihrer weiteren Ausbildung in den nachfolgenden Jahren in verschiedenen Krankenanstalten und auch als Praxisvertreterin tätig, wobei sie nicht nur mit der ärztlichen Betreuung von Kindern befaßt war. Das Recht zur Führung der Bezeichnung „Fachärztin für Kinderkrankheiten“ ist ihr erst am 14. Juni 1965 verliehen worden. Daß sie bei Erteilung der Verwaltungsakte der Beklagten am 5. Februar bzw. 16. April 1969 nicht mehr fähig und geeignet gewesen sein sollte, im ärztlichen Bereitschaftsdienst auch erwachsene Patienten zu betreuen, hält der Senat für unwahrscheinlich, ebenso wie eine derartige Entfremdung von der Allgemeinmedizin bei der Klägerin im augenblicklichen Zeitpunkt nicht bejaht werden kann . . .

Da nach alledem die engefochtene Verwaltungsakte der Beklagten sachlich und rechtlich nicht zu beanstanden waren, mußte auch die Berufung der Klägerin gegen die Entscheidung der Vorinstanz in vollem Umfange als unbegründet zurückgewiesen werden.“

Rechtsanwalt Franz M. Poellinger, München

Feuilleton

Goethes Singspiel „Lila“ als Rhapsodie J. Ch. Reils

von Werner und Annemarie Leibbrand

I.

Die „psychische Kur“, den Wahnsinn heilend, hat von philologisch-germanistischer Seite her Gottfried Diener (Athenaeum-Verlag 1971) in vorbildlicher Akribie der Untersuchung aller Fassungen dargestellt.

Bevor auf diesen nur den Inhalt anvisierenden Gehalt eingegangen wird, bedarf es einer musikgeschichtlichen kurzen Präambel. Nicht nur die Wahnsinnshelung steht im Zentrum, sondern auch die Geschichte, die das Singspiel über die Feerie zur Operette führt. Bernard Grun hat sie aufgezeichnet und uns damit einen großen Dienst erwiesen (Langen-Müller, 1961).

Nach Cimarosas Tod, nach Vollendung der „Jahreszeiten“ J. Haydns, wurde Nepomuk Nestroy 1802 geboren; ein Jahr danach erschienen Kotzebues „Die

Deutschen Kleinstädter“. Mazarin hatte (1661 †) die Komödianten als seine Landsleute nach Paris gerufen, im Hôtel de Bourgogne spielte man Pergolesis „Serva Padrone“, die Folgezeit gehörte der Zeit des Puders und der Perücke: Lully und Rameau; aber im Glanz der Enzyklopädisten schrieb J. J. Rousseau in Passy ein musikalisches Lustspiel „Le Devin du Village“. Madame Pompadour übernahm später eine Rolle mit Blumenkranz im Haar. Auch dieser Bühnenstaub wurde nach 75 Jahren von Hector Berlioz hinweggefegt. Aus der Opera buffa entstand als Überrest die Opéra comique; in England nach Vernichtung Händels die „Beggars Opera“, die sich zur „Dreigroschenoper“ unserer Tage nach vielen Umwegen umformte.

Liquirit[®]

Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

Dr. Graf & Comp. Nchf., Hamburg 52 - seit 1889

KP 30/OP. 60 Tabl

Während dieses Geschehens hatte Leopold Mozart in kommerzieller Attentheit Rousseaus Erfolg registriert, und so entstand das Operchen „Bastien und Bastienne“, aufgeführt im Privattheater Franz Anton Mesmers an der Wiener Lendstraße.

So erschien auch die „Entführung aus dem Serail“, nicht zu vergessen, als damaliges neues „Musical“. Auch „Der Schauspieldirector“ Mozerts hatte Erfolg in Schönbrunn. Der Kaiser stapelte tief, der Noten waren es zu viele, ihn beanspruchte die neue Kreation zu sehr, er wollte Heitereres, Luftigeres. Das hieß für Mozarts Auftrag zu „Cosi fan tutte“ eine Wartezeit von acht Jahren. Der Erfolg blieb aus; die Tatsache, daß Mädchenlisten, Zauberverliebe im Mittelpunkt standen, war eine glatte Fehlzündung. Da erschien Dittersdorfs „Doctor und Apotheker“ mit französischer Vorlage. Man sollte es kaum glauben: Dittersdorf warf selbst den „Figaro“ um. Dittersdorfs, nicht Mozarts Stern war im Aufgehen.

Die Juristen verhalfen 1786 Mozart andersartig zum Ruhm.

II.

Ganz anders wirkte der Einfluß gewissermaßen von der Straße her; dort blühte das Wiener Singspiel auf. Die Talente kamen wie etwa bei den Münchener Volkssängern vom Handwerker her. Sie waren geschickter als Franz Schubert.

Der Ruhm des Singspiels zog den Medizinstudenten Konradin Kreutzer nach Wien; der hatte ein Dutzend Opern fabriziert und auf dem Land musiziert. Im Theater am Kärntnertor fand er eine gesicherte Stellung. Einige Jahre später wurde er im Theater an der Josephstadt durch das „Nachtlager von Granada“ berühmt. Es war echte Schwarzwälder Ware. Er vertonte Raimunds „Verschwender“. Der 45jährige timide Lortzing, einst Sänger, allzu jung verheiratet und Vater von zwei Kindern, erschien am Pult des Theaters in der Wien mit dem „Waffenschmied“. Sein Erfolg erstreckte in der Revolution 1848.

Die dritte Einstrahlung in die Problematik des Singspiels erfolgte durch die Volksmusik, deren Sackpfeifengedudel im 17. Jahrhundert nicht starb, vielmehr einen Höhepunkt als Dudelsack bei Melster J. H. Schmelzer erkennen ließ (gestorben 1680). Nach Wien geraten, genoß er bald kaiserliche Gunst und besaß violinistische und kapellmeisterliche Begabungen. Er war ein meist betrunkenen Bohémien, den man – tot geglaubt – auf einem Karren in einer Pestgruppe ab lud. Er überlebte.

Die Coda des Geschehens bildet die Féerien-Dichtung von Lesage bis Marivaux, die sich bei Ferdinand Raimund*) als „Mehlspeismathologie“ niederschlug.

*) Die Titel drücken die Féerien aus: „Der Geist im Englischen Garten“ (München, 1831), „Der verwunschene Prinz“, 1831, „Die Träume“, „Das Gespenst auf der Bestel“, „Der Barometermacher auf der Zauberinsel“, „Der Diamant des Gelsterkönigs“, „Die Zauberinstrumente“, „Die gefesselte Phantasie“, „Alpenkönig und Menschenfeind“.

TAMPO- VAGAN®

Vaginalkugeln C-N

**Sicher und reizlos wirksam
bei Fluor vaginalis verschiede-
ner bakterieller Genese,
bei Cervical- und Vaginal-
infektionen. Juckreizstillend
und entzündungshemmend.
Kontraindikationen: Spezifi-
sche Infektionskrankheiten.
Keine Nebenwirkungen.**

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

Packung mit 8 Globuli DM 5,15

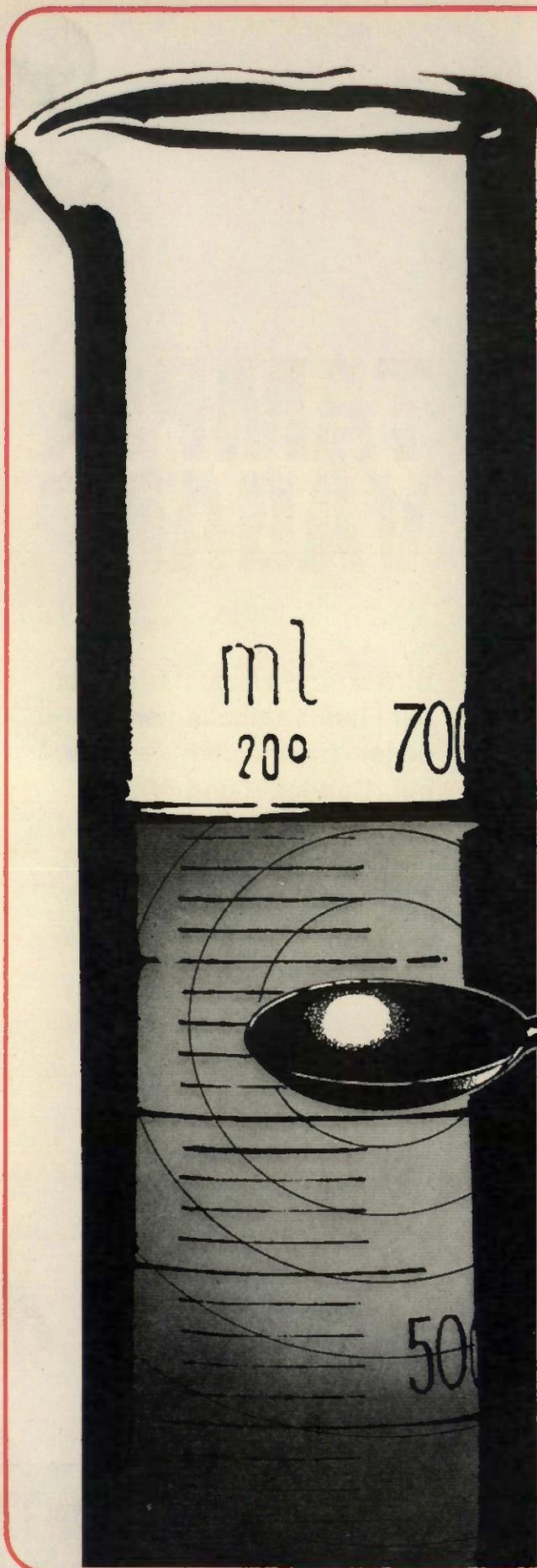
Bestellschein an: AGM, 1 Berlin 21, Erasmusstr. 20-24
Schrifttum und Muster von Tampovagen erbeten.

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

GayA

AGM

**AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN**



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

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

neu

Locid[®] 

**das kraftvolle Antacidum
und Antipepticum
in flüssiger,
gebrauchsfertiger Form**

Locid®

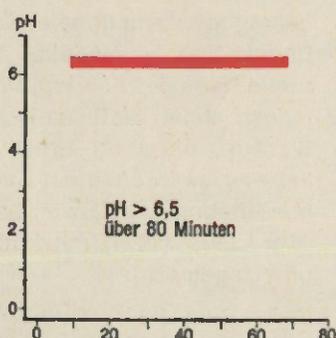
**das kraftvolle Antacidum
und Antipepticum
in flüssiger, gebrauchsfertiger Form**

wirkt antacid

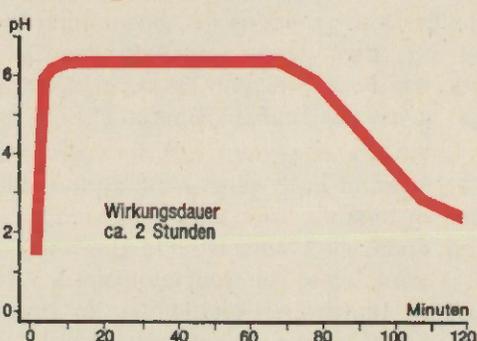
1. schnell



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.

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:

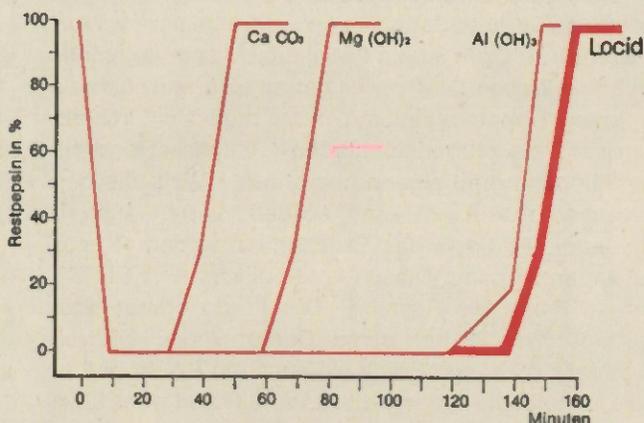
Sodbrennen, Magenschmerzen, Übelkeit, Druck- und Völlegefühl
bei Hyperacidität, Ulcus ventriculi et duodeni, Refluxkrankheiten
der Speiseröhre und sogenannter Gastritis.

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	



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

Röhm Pharma
GMBH DARMSTADT

Hier war des Wunders und Zaubers kein Ende. Gute und böse Geister, Zauberer beherrschten die Szene. Dies alles geschah vor der Entdeckung des Walzers, von Lanner bis Johann Strauss, bis dann „der Kongreß“ tanzte.

Diese Paraphrase mußte vorgehen, will man Goethes „Lilla“ begreifen.

III.

Das Singspiel – Goethe hat deren mehrere verfaßt – bezeichnet Diener als „weitgehend unbekannt“, das Märchenhafte nennt Rotrou als Herkunftsquelle; die „geringe Beachtung“ beruft sich auf des Autors bescheidene Worte vom „improvisatorischen Gelegenheitscharakter dieser kleinen Dichtung“ (1818), die nur für ein Liebhabertheater geeignet sei, wie es in Weimar zur Verwirklichung kam. Durch geeignete Inszenierung könne man das Stück vielleicht „hoffähiger“ machen. Umarbeitungen erfolgten 1778 und 1788 in Italien. Drei Fassungen führten zu einer Amalgamierung mit „dem eigenen Innern“ des Dichters. So wurde das Feenspiel zum Festspiel. Goethe benutzt sogar schon den Namen „Operette“.

Wir haben a. a. O. gezeigt, daß der Mythos am Leben bleibt, wenn er auch seine Modi ändert. Die Féerien haben mythischen Charakter und verschweben zwischen Phantasie, Märchen und unwirklicher Macht. Die Dämonologie als Neuplatonismus wird wieder lebendig, Ungeheuer erscheinen im ontologischen Sinn; so wird aus dem französischen „ogre“ ein Ungeheuer bei Goethe abgeleitet, das sich von „Orcus“ herleitet. Dieses Monstrum besitzt eine maskuline und feminine Abänderung (ogre und ogresse). Die boshafteste gefährdete Seite ist besonders in diesem Wort ausgedrückt; Ogre ist ein Säbelaufschlitzer, jedenfalls ein böses Wesen. Die Féerien haben also, wie ehemals in Asien, Doppelbedeutung, man muß sie fürchten, man kann sie zauberisch binden^{*)}. Zunächst sind sie als Dämonen eine eigene abgetrennte Welt, die den Menschen „besetzen“ kann, so daß man sie austreiben muß. Die Form des Exorzismus wiederholt sich auf anderer Ebene. Dieses ontologische Relikt reicht von da Ponte bis Raimund. Die Frage erhebt sich, welchen Skopus hat diese Dämonologie, wiewelt reicht ihre Wirkung? Erfasst sie auch die Psychopathologie, enthält sie eine gewisse Wirklichkeit oder führt sie bei magischer Benutzung zu einer solchen?

Der Mittelsmann, der hier wirksam ist, wird durch J. Ch. Reil repräsentiert, dessen Analyse wir selbst 1961 und der Verfasser Diener 1971 in Anspruch genommen haben, und, wie es scheinen mag, zurecht.

IV.

Kein Arzt hat eine Vorstellung davon, daß die sogenannte „Katharsis“ der Medizin wie der Theatergeschichte angehört und daß sie den Grundpfeiler der

^{*)} Zu denken wäre an die heute noch in der Türkei gängigen „Kara-Göz“ (Schwarzes Auge), Schattenfiguren orientalischer Märchenherkunft.

therapeutischen Maßnahmen darstellt. Ihre Definition als eine durch die Mimesis hervorgerufene, mittels „Furcht und Mitleid“ resultierende Aktion ist, steht in der „Poetik“ des Aristoteles. Jahrhunderte haben über diese Definition gestritten, sei es, bei wem die Katharsis als Reinigungsvorgang der Seele sich vollziehe, also im Zuschauer oder im Schauspieler oder bei beiden Partnern, sei es ihre Ableitung von der alten hippokratischen Säftelehre, die in den Temperamenten waltet. Der Streit reichte in die Renaissance, beschäftigte später Jakob Bernays, in Italien Rostagni und zeigt sich wieder in den Anfängen des „moral management“ Englands, bei uns im Zeitalter der Vermögenspsychologie eines Hoffbauer trotz allen Abbaus dieser Theorie durch Galls Phrenologie. Jedenfalls ist Reil ein Kämpfer für die Sache; bei ihm wird so etwas wie eine seelische Schocktherapie beschrieben. Dies alles ist aus den Rhapsodien Reils ersichtlich, mag er auch eine chemische Vorstellung gehabt haben; die emotionale Seite der Wirkung in den Rhapsodien, ist eindeutig und gelangt in die romantische Nähe der Féerien. Die entsprechenden Darstellungen atmen Hoffmannschen Geist. Sie reichen ins Bizarre, ohne an Ernsthaftigkeit einzubüßen. Wir haben dies in unserem Buch „Der Wahnsinn“ (1961) beschrieben, und Diener hat in seinem schönen Buch über „Lilla“ (1971) mit kritischem Nutzen davon Gebrauch gemacht.

In den zwanziger Jahren unseres Jahrhunderts hatte Arthur Kronfeld einen kurzen theoretischen Essay über Reil geschrieben; er geriet in Vergessenheit; vorher hatte Neuburger 1913 eine Gedenkrede über ihn gehalten, seine Vielseitigkeit betont. Reils Gedankengänge – man muß im Pluralis reden – gehen von der „Lebenskraft“ aus. Darüber hinaus gelangt er zu einem neuen Materiebegriff in Verwandtschaft zu Leibniz; Inbegriff von Erscheinungen ist sie ihm, die sinnlich als Objekt im Raum wahrgenommen wird. Vornehmlich der „innere Sinn“ wird bedeutungsvoll. Freilich ist sie allgemeine Ursache der Materie aller körperlichen Erscheinungen, eine Mischung; die bis in Elemente als Grundformen führt. Das entstandene Produkt der Art der Aggregation nennt er zeitgemäß „Vermögen“. Lebensprozeß ist Potentialität, wahrscheinlich existiert neben Materie noch eine feinere, flüchtigere, ja, unsichtbarere. Alle Arten sind untereinander verwandt. Er benutzt daneben den kantischen Kraftbegriff. Das Gesamt hat teleologischen Sinn.

Der distanziert denkende Friesenabkömmling Reil wird hier vom romantischen Denken mächtig angezogen. Bleiben wir bei seiner Auffassung von der Erscheinung des Hirns. Seine Auffassung ist nicht minder kompliziert als seine Fieberlehre. Beide stehen in gewissem Zusammenhang.

Grundsätzlich sind die Aktionen des Seelenorgans Vorstellungen; ohne Hirnaktion gibt es wieder keine Vorstellungen. Reil schuf den Begriff des Gemein-

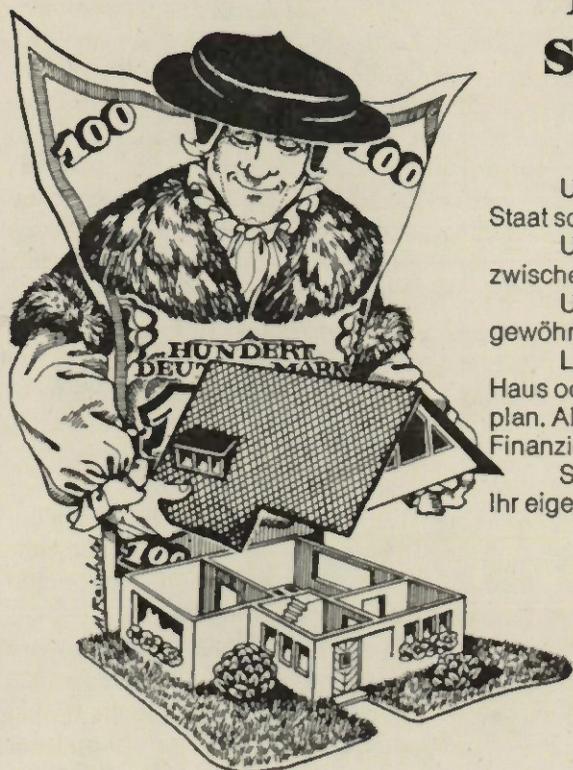
geföhls, das die körperlichen Sinnesempfindungen und die dadurch bedingten Vorstellungen, Geföhle und Triebe umfaßt. Organ des Gemeingeföhls sind die Nerven, die als Vegetationsinstrumente die Temperatur der Lebenskraft erhalten und die Seele über Krankheit und Gesundheit informieren. Tätigkeit dieser Aktionen lassen Anschauungen entstehen. All dies sind „natürlich-notwendige“ Ideen. Reil vermeinte in längerer Auseinandersetzung, man könne Ideen nur gewissermaßen homöopathisch durch Ideen heilen. Darauf basiert seine psychische Heilkur. Nur so könne die „Intemperies der Reizbarkeit“ des Hirns in andere Richtung gebracht werden. Eine medikamentöse Therapie mache den Irren nicht verständig, wohl aber eine „aus der Natur des Seelenorgans“ genommene. Dies kann positiv und negativ angewendet werden. Seine angebotene therapeutische Serie ist lang: Neben sanftem Streicheln und magnetischem Wirken könne man auch Schrecken erzeugen, Brennessel und Rutenhiebe einsetzen, Wasserstürze niedergehen lassen; der Arzt müsse eine scheinbar zufällig herbeigeführte Methode ersinnen. Freilich ruht, wie bei F. Willis schon früher, alles auf dem Autoritätsgedanken. Anders könne keine Persönlichkeit bezwungen werden. Wie Zuckerbrot und Peitsche, so müsse Furcht und Liebe benutzt werden. Der Kranke beginnt die Kur als scheinbar passiver Zuschauer, bis er aktiviert wird, bis also die berühmte „Vierte Wand“ dieses Theaters (Brecht) fällt und er in das Geschehen einbezo-

gen wird. Die „Gradus ad Parnassum“, um es musikalisch zu sagen, führen schließlich zur Besonnenheit. Theater und Orffische Musik müssen gekoppelt werden, neben dem expressiven Drama steht der Paukenschlag fremdländisch anmutender Rhythmik, und Raimunds Arsenal der Geister und Feen werden benutzt bis zum Erscheinen einer schönen Hulda, während zugleich die Bühnenpapplandschaft in gefährliches Wanken geraten kann. Grüfte, wilde Tiere werden neben Flaschenzügen sichtbar, um des Aristoteles „Furcht und Schrecken“ der „Poetik“ zu konkretisieren und zu übertreiben. Es herrscht ein vielseitig auszunutzender Expressionismus, der hier vorgeführt werden soll, um zur Besonnenheit zu führen.

Diese Voraussetzungen eines aktiven Therapeutismus bestanden, als Goethes „Lila“ in verschiedenen Umarbeitungen erschien. G. Diener hat die Eskalation der Geschichte, die wir selbst a. a. O. schilderten, auf diese Einzelercheinung hin verglichen. Der Mesmerismus bestand und hatte seine praktische Blüte zwischen 1810 bis 1820. Goethe hatte 40 Jahre früher seine Fassungen noch nicht als psychische Kuren angesehen. Die Prolegomena dazu, von Leibbrand-Wettley im „Hippokrates“, 1965, 4 bis 5, zeigen aber deutlich diesen Weg zur psychischen Kur mit dem Ausgangspunkt von der englischen Psychiatrie.

1805 hat Goethe Reil in Halle persönlich kennengelernt, er hat die hier kurz gestreiften Beispiele aus

Haus und Grundbesitz sind wertbeständig. Dafür lohnt es sich, sein Geld anzulegen.



Und das Schöne dabei ist, kaum eine Geldanlage wird vom Staat so gefördert wie Bausparen.

Unsere Bausparer bekommen erst hohe Bauspargewinne: zwischen 400 und 1.587 Mark pro Jahr. Plus unsere Zinsen.

Und wenn Sie bauen, profitieren Sie von unserem außergewöhnlich zinsgünstigen Darlehen zu 5%. Unveränderlich zinsfest.

Lassen Sie sich von uns kostenlos den wichtigsten Plan für Ihr Haus oder Ihre Eigentumswohnung aufstellen: den Finanzierungsplan. Als Bausparkasse der Sparkassen können wir Ihnen moderne Finanzierungsmethoden und die Finanzierung aus einer Hand bieten.

Sie werden sehen, mit uns sind Sie schneller als Sie glauben Ihr eigener Herr in den eigenen vier Wänden.

Landes 
Bausparkasse

Bausparkasse der Sparkassen · 8 München 2, Karolinenplatz 1, Telefon 21721

den Rhapsodien gekannt. Diener nennt als Vorläufer auch Kants populäre Schrift „von der Macht des Gemüts“ von 1798, dessen Veranlasser eigentlich C. W. Hufeland gewesen ist. Der Verfasser verweist auch noch auf andere Namen, wie auf den J. Benj. Erhards, vor allem zitiert er Langemann.

Vorgänger waren, wie angedeutet und von Leibbrand-Wettley besonders analysiert, die englischen Vertreter des „Moral Management“, wie etwa William Beattie oder Francis Willis. Man muß diese Bewegung zusammen anschauen mit dem, was von W. Leibbrand als „Sturm und Drang“ in der deutschen Psychologie bezeichnet wurde und was sich aus der von ihm untersuchten (1943) „Erfahrungsseelenkunde“ ergeben hatte. Auch hier steht Goethes Name im nicht unwichtigen Hintergrund durch die Beziehungen zu Karl Ph. Moritz („Anton Reiser“).

Wie Diener uns auseinandersetzt, hat Goethe das „moral management“ positiv gewertet. In der Zeit der Zweiten Fassung hat er sich auch Frau von Stein gegenüber so geäußert (1779) und er benutzt somatische Bilder wie zur Zeit der Hellenen, um die wirksame Hilfe der Entstörung fast physiologisch zu erklären. Es fällt das Bild vom „moralischen Leibarzt“, den wir brauchen. Im Stück selbst wird diese Erscheinung durch den Arzt Dr. Verazio repräsentiert: hier erscheint, vom Dichter geschaffen, der Psychotherapeut als eigene Disziplin. Er ist der Psychagoge zur Besonnenheit im individuellsten Sinn, der Mann des Einfühlungsvermögens, der Tröster, Ermunterer und Ratgeber der „Lila“. Er erhebt sich über Quacksalber und Zahnbrecher und Marktschreier mit ihren Roßkuren. Brutalität wird zugunsten einer fein gesponnenen Subtilität abgelöst.

Hier liegt die eine Bedeutung des Autors: er hat diese Analyse erstmalig durchgeführt und beschrieben.

Schockkuren waren schon seit dem Brownianismus bekannt, denn das Verhältnis zwischen Anwendung von Sthenie oder Asthenie in der Medizin reichte bis zur Grenze der Brutalität, so etwa, wenn Lustreisen oder eine Ohrfeige als Analogien beschworen werden.

Das Moment der Abreaktion späterer Zeiten ist gedoppelt, wird vom Arzt am Patienten provoziert und durch den Arzt dynamisiert. Dies zuletzt, wenn Goethe ihn als „Plaggeist“ im sokratischen Sinn benutzt. Denkt man an Aristoteles zurück, so erscheint der Oger (ogre) als Furcht und Mitleiderregender. Diese „Gradus ad Parnassum“ sollen in der Kreativität der Liebe enden. Solche fast der Chirurgie analogen Methoden lernte Goethe auch beim Wiener Fall der blinden Jungfer Paradis Mesmers kennen, der so großen Staub aufgewirbelt hat. Die Methoden grenzen aber auch an den Bereich des Dämonischen und stellen so die neuplatonischen Formen eines E. T. A. Hoffmann dar, dessen gefährlicher Typus des Archivarius Lindhorst noch bis zum Dr. Mirakel mit seinen tödlichen Fläschchen von Jacques Offenbach in die Opéra comique aufgenommen wurde.

Diener stellt die Verfahrensweisen der Goethezeit in Beziehung zum Psychodrama, das durch Raimunds Féerien vorgegeben war. Die Wahnidee des Kranken wird dramatisiert. Reil mündet ein in die Psychodramatik Morenos unserer Zeit.

Im „Rappelkopf“ („Alpenkönig und Menschenfeind“), sieht sich der „Kranke“ (Menschenfeind) selbst als Spiegelbild und wird in dieser kathartischen Weise gebessert. Schon Reil wollte eine eigene Dramaturgie für das „Tollhaus“ schaffen, ohne den Gedanken zu konkretisieren. Diener bemerkt, daß Goethe hier subtiler war. Er versucht, den tieferen Sinn des Wahngbildes freizulegen, ein gewiß schwieriges Unternehmen – der Laie denkt sich immer alles einfacher –. Daß von hier aus die Tiefenpsychologie der Neuzeit verständlicher wird, wird deutlich. Vor allem aber diente das Stegreifspiel (1910 bis 1914 Moreno) als wichtiges Hilfsmittel. Darauf hat der Autor zurecht verwiesen.

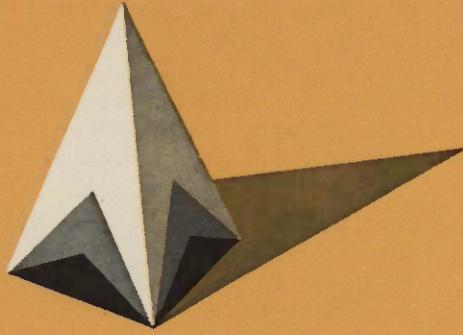
Aus den Féerien Raimunds und Reils sind die „Hilfsliche“ des Psychodramas geworden. Wiederholung des eigenen individuellen Lebens findet man bei „Lila“ und bei Moreno. Darin kann man Diener gern folgen. Was hinzutritt ist die Gruppentherapie, innerhalb deren sich die Ekphorien besser und rascher vollziehen. Bei Goethe sind es die zutage tretenden inneren Dämonen Lilas, die erscheinen, bei Moreno ein dynamischer Prozeß der Verwirklichung. Mit dieser Methode wird der Realitätsverlust gebannt. Mit dem Existenzialismus ist Goethes Auffassung verwandt, der nichts für sinnlos im Mißverständnis des simplen Plus und Minus der Wahnvorstellung hielt. Die Daseinsanalyse L. Binswangers hat ebenfalls diesen Akzent verstärkt. Hier steckt die geheime romantische Beziehung beider Methoden, wie wir meinen, insofern dann der Gegensatz Krank und Gesund uninteressant, zumindest akzidenteller wird als im Korsett der nosologischen Systemetik. Aus den Geistern und Feen von einst ist das mitwirkende ärztliche Personal geworden. Diener verfolgt die Ähnlichkeiten der Behandlung Lilas durch Dr. Verazio mit der des Psychodramas. Ein Bereich kommt hierbei historisch nicht zur Geltung: Das Musikdrama.

Nirgendwo finden wir den Namen Richard Wagners. Diesen Zusammenhang aber hat einer von uns im Musikalmanach von K. Desch (Herausgeber V. Schwarz) näher untersucht.

V.

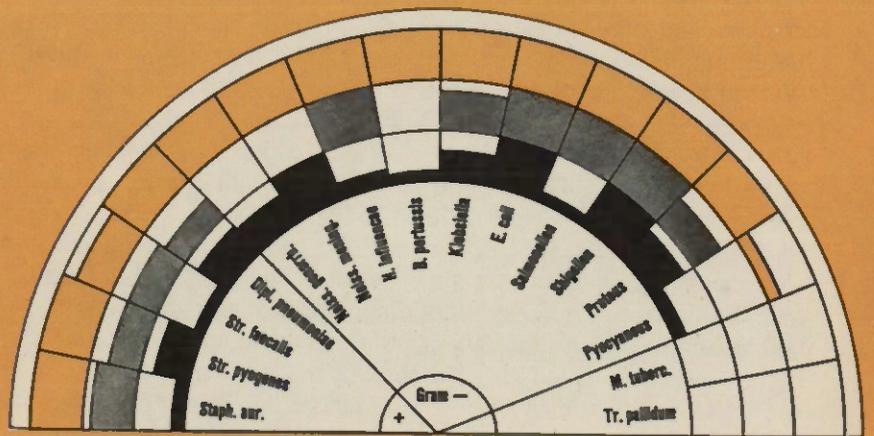
Entstören wollten sie alle; eines der Generalmittel seit der Zeit der Pythagoreer ist die Musik als ordnendes Medium. Orff hat der Musikpädagogik einen großen Teil seines Schaffens gewidmet.

Mesmer lebte im Zeitalter der Glasharmonika, er war ein „Stimmer“. Karl Lamprecht hat als Historiker 1902 ein Buch verfaßt „Zur jüngsten Vergangenheit“ und benutzt als Nachzügler der Romantik den Begriff der „Reizsamkeit der Zeit“. Für Lamprecht ist sie ein



Angina,
Sinusitis,
Bronchitis,
Pneumonie,
Cystitis,
Pyelonephritis,
Darminfektionen

BACTRIM[®] ROCHE



BACTRIM
Trimethoprim
Sulfonamide

MEHR SICHERHEIT DURCH BREITES SPEKTRUM

Kontraindikationen

Schwere Leberschäden, Blutdyskrasien, Niereninsuffizienz, Sulfonamidüberempfindlichkeit.

Bactrim ist vorläufig während der Schwangerschaft kontraindiziert. Falls eine solche nicht ausgeschlossen werden kann, sind mögliche Risiken gegen den erwarteten therapeutischen Effekt abzuwägen.

Ferner sollte Bactrim Früh- und Neugeborenen während der ersten Lebenswochen nicht verabreicht werden.

Verträglichkeit

Bactrim ist in der angegebenen Dosierung gut verträglich. Übelkeit und Erbrechen sowie Arzneimitteloxantheme können auftreten. In vereinzelten Fällen, vorwiegend bei älteren Patienten, sind hämatalagische Veränderungen beobachtet worden. Dabei handelt es sich fast stets um leichte, asymptomatische Erscheinun-

gen, die sich nach Absetzen des Medikamentes als reversibel erwiesen.

Vorsichtsmaßnahmen

In Fällen mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die Dosis zu reduzieren bzw. das Dosierungsintervall zu verlängern, um eine Kumulation im Blut zu vermeiden. Bei solchen Patienten sollten Bestimmungen der Plasmakonzentration durchgeführt werden. Falls Bactrim über längere Zeit verabreicht wird, sind regelmäßige Blutbildkontrollen angezeigt. Außerordentlich selten können asymptotische Veränderungen auftreten, die auf einen Folsäuremangel schließen lassen und durch eine Folsäure-Behandlung beseitigt werden können.

Wenn während der Behandlung Exantheme auftreten, ist das Medikament unverzüglich abzusetzen.

1 Tablette enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethaxazol, 1 Kindertablette enthält 20 mg Trimethoprim und 100 mg Sulfamethaxazol, 5 ml (1 Meßlöffel bzw. Teelöffel) Sirup enthalten 40 mg Trimethoprim und 200 mg Sulfamethaxazol. Der Sirup enthält in 5 ml 2,5 g Zucker.

Packungen und Preise

20 Tabletten DM 18,15 m. U. St.
50 Tabletten DM 41,30 m. U. St.
20 Kindertabletten DM 5,70 m. U. St.
50 Kindertabletten DM 13,60 m. U. St.
Sirup 100 ml DM 12,50 m. U. St.



Hoffmann-La Roche AG, 7899 Grenzach

Phänomen der Zeit, das unabhängig vom „Pessimismus“ Schopenhauers ganz allgemein bestand und somit Wagners „biographischer Besitz“ geworden war. 1839 begann der englische Chartismus. Wagner hungerte als kleiner Arrangeur von Klavierübertragungen. Er mußte Lohnarbeit nachlaufen. Diese Situation führte zur Lektüre Schopenhauers. Wagner glaubte ferner an den zeitgebundenen Begriff der Dégénérescence Morels und später von Krafft-Eblings. Er wollte die Zeitkrankheit heilen und stellte sich vor, dies könne durch das Medium des mythisch fundierten Musikdramas geschehen. Dieses sprach die Sinne an, lockerte den seelischen Status. Er wollte also ebenfalls homöopathisch gedachte Reizsamkeit durch Synästhesie behandeln, er wollte die ganze Welt gesund machen. Auch hier tauchen tiefenpsychologische Mythologeme auf, die er für nützlich hielt, er entnahm sie der germanischen Götterwelt. Er fühlt sich nicht als Resignierender, vielmehr als Helfer. Politik und Religion waren offenbar unzureichend, daher diese Kehrtwendung methodischer Art. Das Musikdrama war das kathartische Mittel kat' exochén. Der musikalische Arzt wird für ihn zum Grundtypus. Waren nicht gerade die Pythagoreer Ärzte gewesen? Er verfiel aber keiner Sektierererei, vielleicht einer der vielen Überwertigkeiten, die allem Kreativen eignet. Das sympathetische Wesen Mensch wird musikalisch am ehesten angesprochen, und in der Tat ist es eine Erfahrung, daß gerade unmusikalische Menschen auf Wagner besonders stark ansprechen.

VI.

Das Buch G. Dieners ist äußerst erregend und füllt in der Goethe-Literatur zweifellos eine Lücke. Wir selbst freuen uns, daß unsere „Suggestionen“, wie sie in „Formen des Eros“ (1972) zutage getreten sind, auf fruchtbaren Boden gefallen sind. Wenn wir die sorgfältige Untersuchung unter Mißachtung der philologischen Seite zugunsten des Tatgeschehens ergänzt haben, so bedeutet dies keine Urteilsminderung. Uns

erschienen musikhistorisch die Zusammenhänge mit Orff und R. Wagner aber dennoch als integrative Bestandteile der Gesamtschau erwähnenswert.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. Annemarie Leibbrand und Professor o. em. Dr. med. Werner Leibbrand, 8000 München 40, Nordendstraße 2

Brief aus Bonn

Wer im vergangenen Jahr, wie z. B. der zurückgetretene Wirtschafts- und Finanzminister Schiller, vorausgesagt hatte, daß im Jahre 1973 entweder fühlbar die Steuern erhöht oder die Ausgaben des Staates drastisch zusammengestrichen werden müßten, dem wurde von der Regierungskoalition „Panikmache“ vorgeworfen. Heute weiß jedermann, daß die Koalition vor der Wahl „Schönfärberei“ betrieben hat. Die Steuerzahler werden kräftig zur Kasse gebeten, obwohl die Steuereinnahmen infolge des unerwartet starken Konjunkturauftriebs und der anhaltenden Preissteigerungen alle Vorausschätzungen übertreffen.

Die Bundesregierung verfolgt mit ihren Beschlüssen zur Erhöhung der Steuern zwei Ziele: Erstens sollen dem Bund zusätzliche Steuereinnahmen verschafft werden und zweitens soll Kaufkraft abgeschöpft und vorübergehend bei der Bundesbank stillgelegt werden, um dem Preisauftrieb entgegenzuwirken. Eindeutig übertrifft aber die fiskalische Zielsetzung der Steuerbeschlüsse deren konjunkturpolitische Bedeutung, auch wenn dies von den Verantwortlichen anders dargestellt wird. Dazu einige Zahlen: Die vom Kabinett angestrebten zusätzlichen Steuereinnahmen betragen für den Zeitraum der mittelfristigen Finanzplanung, also in den Jahren von 1973 bis Ende 1976 nach den eigenen Berechnungen des Finanzministe-



Dismenol®

1 Tablette enthält: Perasulfamidobenzoesäure 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: Packung mit 15 Tabletten DM 3.10
2-3 mal täglich Packung mit 150 Tabletten DM 24.-
aina Teblatta Klinikpackung mit 500 Tabletten DM 58.-

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

riums 13,1 Milliarden DM; davon erhält der Bund 11,5 Milliarden DM. Für Länder und Gemeinden verbleiben damit ganze 1,6 Milliarden DM. Die Bundesregierung hat also nur an die eigene Kasse gedacht. Wenn es wirklich nur um die Konjunkturpolitik gegangen wäre, wie dies nach wie vor die FDP versichert, dann hätte man sich ja am Stabilitätsgesetz orientieren und dessen Möglichkeiten nutzen können.

Für die Freien Demokraten sind die Kabinettsbeschlüsse politisch am schwierigsten zu verdauen. Zusehr hatten sie sich vor der Wahl gegen Steuererhöhungen festgelegt. Der Umfall-Komplex macht ihnen wieder einmal zu schaffen. Es kann nicht bestritten werden, daß die Freien Demokraten gegen den übermächtigen Finanzminister Schmidt Widerstand geleistet haben, aber sie standen von Anfang an auf verlorenem Posten. Wirtschaftsminister Friederichs hatte sich durchaus konjunkturgerecht für einen befristeten Zuschlag zur Einkommen- und Körperschaftssteuer ausgesprochen. Diesem Vorschlag war aber die Grundlage entzogen, nachdem sich die Gewerkschaften Anfang Januar mit Lohnerhöhungen von 8,5 % zufrieden gegeben hatten, die in diesem Jahr kaum die Erhaltung der realen Kaufkraft gewährleisten. Die Erhebung eines Konjunkturzuschlages hätte zur Konfrontation mit den Gewerkschaften geführt. Daran ist nicht zu zweifeln. Spätere Lohnabschlüsse wären entsprechend höher ausgefallen.

Finanzminister Schmidt konnte darauf verweisen, daß die Finanzierungsdefizite in den öffentlichen Haushalten den konjunkturellen Auftrieb weiter verstärken müßten. Wer also etwas gegen Preissteigerungen unternehmen wolle, müsse zunächst einmal die Etatdefizite verringern. Da jedoch keiner der Ressortminister einschließlich der FDP-Minister Ertl und Genscher die Möglichkeit sah, die Etatsätze weiter zu kürzen, blieb nur der Beschluß zur Erhöhung der Steuern übrig. Der erfahrene Taktiker Schmidt hatte ohne großen politischen Kraftakt erreicht, was er wollte, nämlich fühlbar höhere Steuereinnahmen. Daß die

Gesetzentwürfe der Regierung dabei den Beschlüssen des SPD-Parteitag folgend, ist gewiß kein Zufall. Wer die Finanzsorgen des Staates kennt, weiß, daß es kein Zurück mehr geben wird.

Alle Bürger werden ohne Zweifel am härtesten von der Verteuerung des Benzins und des Dieseldiesels um wenigstens 5,55 Pfennig je Liter getroffen. Das trifft den kleinen Mann wie die Wirtschaft.

Aus Gründen der „sozialen Symmetrie“ hat die Koalition auch eine „Stabilitätsabgabe“ beschlossen. Das ist nichts anderes als eine zweite Ergänzungsabgabe für alle Körperschaften sowie für alle Steuerpflichtigen, deren Einkommen DM 100 000,- (Ledige) bzw. DM 200 000,- (Verheiratete) übersteigen. Der Abbau der ersten Ergänzungsabgabe war von Brandt 1969 in seiner ersten Regierungserklärung angekündigt worden. Das wird ein Wunschtraum der Steuerzahler bleiben. Einschließlich der beiden Ergänzungsabgaben wird der Spitzensteuersatz bei der Einkommensteuer vom 1. Juli an auf 59,9 % steigen (der SPD-Parteitag hatte sich für 60 % ausgesprochen); die Körperschaften werden mit 57,6 % belastet; der SPD-Parteitag hatte hier wie die Bundesregierung für einen Satz von 56 % votiert.

Die „Stabilitätsabgabe“ soll zunächst bis Mitte 1974 befristet werden. Wer aber will es den Betroffenen verübeln, wenn sie daran zweifeln. Solche Zusagen sind selten gehalten worden, vor allem, wenn die Besteuernden die Wohlhabenden waren. Es ist wohl eine Illusion zu glauben, daß dieser Steuererhöhung Mitte nächsten Jahres wieder eine Steuersenkung folgen wird. So hat schon der SPD-Wirtschaftsexperte Arndt, ein Gegner dieser Steuererhöhung, die Ansicht vertreten, daß mit einer Zurücknahme dieser Steuersätze solange nicht zu rechnen sei, wie die Erhöhung der Mineralölsteuer wirksam bleibe. Hier gibt es für die SPD also ein politisches Junktim, auch wenn der Kabinettsbeschluß dieses nicht erkennen läßt. Aber auch die Haltung der FDP ist widersprüchlich. Auf der einen Seite sagt man, daß die Stabilitätsabgabe be-

ferro - B₁₂ - EHRL



Zusammensetzung:

1 Dragee enthält:
150 mg
Ferro-glukonat
15γ Vitamin B¹²
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**

Vasomotorische
Kopfschmerzen,
Migräne,
Wetterfühligkeit?



Ergo-Lonarid[®] tonisiert harmonisiert befreit die Hirngefäße das Vegetativum vom Schmerz



Indikationen:

Alle Formen von Kopfschmerzen, die ihre Ursache in funktionellen Störungen im Bereich des Gefäßsystems der A. carotis haben, d. h. vasomotorische Kopfschmerzen (Cephalaea vasomotorica), Migräne sowie Kopfschmerz bei Föhn und Wetterwechsel.

Zusammensetzung:	Tabl.	Supposit.
Dihydroergotamin-		
tartrat	0,5 mg	1,5 mg
4-Acetylamino-phenol	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

Nierenerkrankungen sollte die Dosierung möglichst niedrig gehalten werden.

Packungen:	lt. A.T.
20 Tabletten	DM 5,80
50 Tabletten	DM 12,95
10 Suppositorien	DM 7,65
Klinikpackungen	

Besondere Hinweise:

Die maximale Tagesdosierung beträgt bei Erwachsenen und Jugendlichen 6 Tabletten bzw. 3 Suppositorien. In der Schwangerschaft sowie bei Angina pectoris, Koronarsklerose, arteriellen Durchblutungsstörungen, schweren Leber- und

**Boehringer
Ingelheim**



fristet sei. Auf der anderen Seite wird gerade diese Steuererhöhung als ein „Einstieg“ die Vermögenspolitik gefeiert. Das kann aber doch nur bedeuten, daß diese oder eine ähnliche Gewinnabgabe auch nach dem 30. Juni 1974 erhoben werden muß, wenn dem „Einstieg“ im Jahre 1973 nicht schon ein Jahr später der „Ausstieg“ folgen soll.

Mit dem Auslaufen der Stabilitätsabgabe ist auch deshalb 1974 nicht zu rechnen, weil es bei dieser Steuererhöhung kaum bleiben kann. Der Bund verbessert nun sehr einseitig seine Finanzausstattung. Länder und Gemeinden gehen leer aus. Im Laufe dieses Jahres muß erneut über die Steuerverteilung zwischen Bund und Ländern verhandelt werden. Der Bund wird den Ländern, daran ist nicht zu zweifeln, einen höheren Anteil an den Einnahmen aus der Umsatzsteuer zugestehen müssen. Das ist nur bei Anhebung der Umsatzsteuer von 11 auf 12% möglich. Die soziale Symmetrie wird es dann erfordern, daß die Stabilitätsabgabe zementiert wird. Alles andere wäre eine Überraschung.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Vor Beginn des 17. Weltkongresses der Schriftstellerärzte im September vorigen Jahres in Regensburg hatten der Buch- und Pressemarkt Alers und die Regensburger Schriftstellergruppe zu einer Lesung eingeladen. Wir haben darüber schon berichtet. Manche bereits anwesende ausländische Schriftstellerärzte, die der deutschen Sprache mächtig waren, besuchten diesen Abend, der ausschließlich von deutschen Schriftstellerärzten getragen wurde. Auch der Generalsekretär der Union mondiale des écrivains médecins, Dr. Paul Noël aus Chaville (Frankreich), war anwesend. Zu diesem Besuch hatte sich nun unser Präsident Dr. Heinz Schauwecker etwas Besonderes ausgedacht. Er übersetzte aus dem in Frankreich preisgekrönten Buch „Médicin de Banlieue“ ein auch bei uns sehr aktuelles Thema „Der Arzt und die Pharmazeutischen Vertreter“ und trug es unter dem Beifall der Zuhörer in Anwesenheit des Autors vor.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Der Arzt und die pharmazeutischen Vertreter

(aus Dr. Paul NOÉLs Buch „Médicin de Banlieue“ — ausgezeichnet mit dem Preis der Académie Française und dem Prix Fagon. Verlag France' Empire, Paris) Übersetzung ab Seite 16 aus dem Kapitel „Voillèe“ (Spätabend eines Arztes)

von Dr. med. Heinz Schauwecker

Zu den Posteinläufen stapeln sich noch die Ärztemuster, welche die Arzneimittelvertreter während der Sprechstunde hereinreichen. Im Laufe des Tages hatte er (Dr. Hallier) wieder ihrer sieben, achte empfangen

müssen. „Das ist ja heute geradezu ein Rummelplatztreffen von pharmazeutischen Vertretern!“ konnte er sich nicht versagen, beim letzten zu bemerken.

Einige typische Vertreter haben sich seinem Gedächtnis besonders eingepägt. Ein Optimist unter ihnen z. B. preist munter an: „Eine Neuheit, Doktor (oft ist es gar keine), Sie werden überrascht sein von der Wirkung.“ Während er sich voll Wohlgefälligkeit über die Vorzüge verbreitet, überreicht er, die Aufklärung zu vervollständigen, einen ganzen Pack von Drucksachen, die kein Mensch je liest. Sein großartigster Beweis ist, daß er die Spezialität selber eingenommen oder sie seiner Frau oder einem seiner Kinder verabreicht habe. Ein anderer dagegen fängt mit Entschuldigungen an: „Nichts Neues bei uns, Herr Doktor, gestatten Sie, daß ich Ihnen lediglich einlge unserer Präparate ins Gedächtnis rufe. Ich gebe Ihnen hier gleich das Verzeichnis.“ Erleichtert dankt ihm der Arzt bestens dafür und erbittet sich einige der Medikamente zur Anwendung in seiner Familie. Zuweilen kommt einer, der ihn ausfragt wie ein Untersuchungsrichter! „Sie kennen doch unsere Heilmittel, Doktor?“ „Natürlich!“ kommt die Antwort wie aus der Pistole geschossen. Man kann sich doch nicht als Ignorant anschauen lassen. „Sie verschreiben sie auch fleißig?“ „Oft!“ „Sie haben gute Erfolge damit?“ „Aber ja!“ „Darf ich fragen, inwieweit?“ „Soll das eine polizeiliche Vernehmung sein, die Sie da mit mir anstellen?“ entgegnet Dr. Hallier schlagfertig und der Kerl verzieht sich alsbald.

Dann haben wir den alten Routinier: „Grüß Gott, lieber Doktor! Nur der übliche kurze Jahresbesuch! Wie geht's denn? Das Wartezimmer immer gut besetzt? Ich will Sie nicht überlaufen mit meinen Mustern. Was bräuchten Sie denn so?“ Diesen Besucher empfängt man gern. Man plaudert ein wenig mit ihm über Medizin, die Krise, welche sie zur Zeit durchmacht, was sich sonst so tut. Ein angenehmer Vertreter, der seine Firma mit überzeugender Glaubwürdigkeit empfiehlt und zugleich dem Arzt einen Augenblick der Entspannung ermöglicht.

Selbstsicher dagegen, hochoffiziell, Ordensbändchen oder eine Ordensrosette im Knopfloch verrät sich unverkennbar durch zackiges, steifes Benehmen der ehemalige Offizier. Er duldet keinen Widerspruch, spricht mit Autorität, ohne jedoch Dr. Hallier irgendwann damit zu beeindrucken. Der Mangel an Bescheidenheit stört ihn.

Wieder ein anderer ruft lediglich ein x-beliebiges Mittelchen ins Gedächtnis, das im Vorjahr herausgekommen ist. „Sie erinnern sich ja wohl, verehrter Herr Doktor?“ „Aber ja, doch!“ Man denke, irgendeines von zwanzigtausend anderen! Diese Naivität verblüfft Hallier so, daß er es nicht übers Herz bringt, den Mann zu enttäuschen. Eine mechanische Beschreibung, gut auswendig gelernt, folgt zu jedem Präparat, das er vorzeigt. Dazu überreicht er aufwendige Prospekte, die hernach nur in den Papierkorb wandern.

Das geht so zwei, drei Minuten zu und wenn dann Hallier eine einfache Fachfrage dazwischenwirft, die über namentliche Bezeichnung oder Preis des Mittels hinausgeht, z. B. wegen des Fehlens von Vitamin D in einem Calciumpräparat, offenbart Verwirrung eine peinliche Unkenntnis. Der Arzt hat dann stets das Gefühl, seine Zeit zu vergeuden. Solche Fälle sind allerdings, um bei der Wahrheit zu bleiben, nicht häufig. Darüber hinaus verfügen die großen pharmazeutischen Werke über einen gut funktionierenden Auskunftsdienst, über entsprechend qualifizierte Vertreter: Apotheker oder Chemiker. Deren Besuch lohnt sich immer, die Fragen des Praktikers bleiben nie unaufgeklärt. Diese Leute ähneln ein wenig den Führern in großen Museen, deren sachkundige Bildung die des Gros' der Besucher weit überschreitet, selbst derer, die eine Zwischenfrage benützen, um zu einem

interessanten Gespräch zu kommen. Endlich wäre noch die Dame als Arzneimittelvertreterin zu nennen. Sie führt ihren nicht zu gering einzuschätzenden weiblichen Charme ins Feld, vor allem, wenn sie jung und hübsch ist. Die etwas reiferen Damen präsentieren sich dafür mit um so größerer Liebeshwürdigkeit und einer in ihrem schon bewährten Fachwissen begründeten Vertraulichkeit. Dr. Hallier nimmt Rücksicht auf die Härte des Schicksals, die sie zwingt, noch berufstätig zu sein. Oft handelt es sich um Arztwitwen, die es vorziehen, sich in einer ihnen vertrauten Umgebung zu beschäftigen. Manche der Damen geben sich sehr zeitbedrängt. Wahrscheinlich rechnen sie mit der Galanterie, die doch in jedem Manne wohnt. Dabei gibt's keine Schwierigkeiten und Dr. Hallier schlägt es nie ab, sie zu empfangen, um ihre Arzneimuster entgegenzunehmen. Ein dankbares Lächeln zum Abschied lohnt ihn dafür.

Kongresse

XXVII. Generalversammlung des Weltärztebundes vom 14. bis 20. Oktober 1973 in München

Offizielles Programm

Sonntag, 14. Oktober 1973

9.00 Uhr:

Registrierung im Sheraton-Kongreßzentrum

Montag, 15. Oktober 1973

9.30 Uhr:

Eröffnungs-Plenarsitzung des Weltärztebundes im Sheraton

14.30 Uhr:

Plenarsitzung

Dienstag, 16. Oktober 1973

9.30 Uhr:

Plenarsitzung des Weltärztebundes im Sheraton

14.30 Uhr:

Fortsetzung der Plenarsitzung des Weltärztebundes im Sheraton

Mittwoch, 17. Oktober 1973

9.30 Uhr:

Wissenschaftliche Konferenz des Weltärztebundes im Sheraton

Thema: **Der Computer und die ärztliche Schweigepflicht in der modernen Gesellschaft**

14.30 Uhr:

Fortsetzung der wissenschaftlichen Konferenz des Weltärztebundes im Sheraton

Donnerstag, 18. Oktober 1973

9.30 Uhr:

Fortsetzung der wissenschaftlichen Konferenz des Weltärztebundes im Sheraton

Thema: **Der Computer und die ärztliche Schweigepflicht in der modernen Gesellschaft**

14.30 Uhr:

Fortsetzung der wissenschaftlichen Konferenz des Weltärztebundes im Sheraton

Freitag, 19. Oktober 1973

9.30 Uhr:

Schriftleitertagung des Weltärztebundes im Sheraton

14.30 Uhr: Geschäftsführertagung des Weltärztebundes im Sheraton

Samstag, 20. Oktober 1973

9.30 Uhr:

Fortsetzung der Plenarsitzung des Weltärztebundes im Sheraton

14.30 Uhr:

Abschlußsitzung mit Wahlen des Weltärztebundes im Sheraton.

Rahmenprogramm

Sonntag, 14. Oktober 1973

9.00 Uhr:

Abfahrt zur Besichtigung der oberbayerischen Berge, Seen und Schlösser

Montag, 15. Oktober 1973

10.00 Uhr:

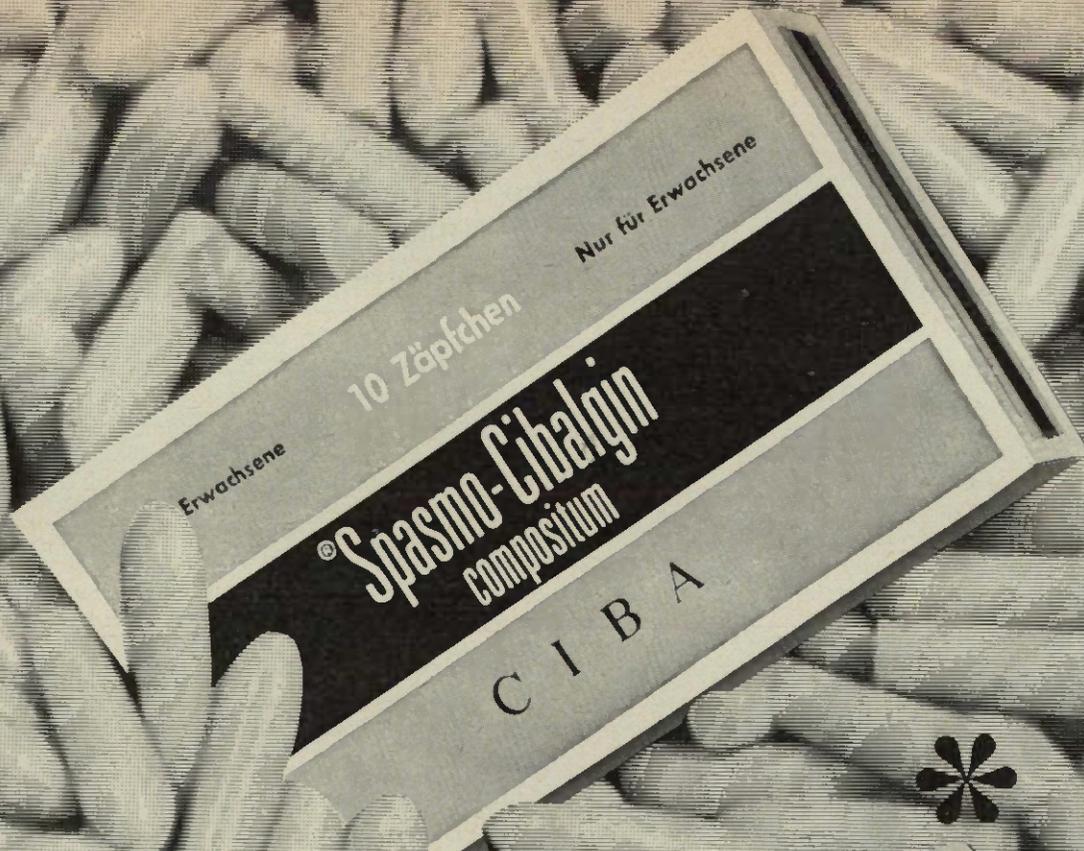
Stadtrundfahrten

15.00 Uhr:

Modetee im „Bayerischen Hof“

20.00 Uhr:

Empfang durch die Bayerische Staatsregierung im „Antiquarium“



**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
Drag.	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, Postoperative und posttraumatische Schmerzen; zur Schmerzlinderung in der Gynäkologie und in der Geburtshilfe, in der zahnärztlichen Praxis.

Kontraindikationen Akute intermittierende Porphyria, akute Intoxikation durch Alkohol, Schlafmittel u. ä., für längere Anwendung auch schwere Nieren-, Leber- und Myokardschäden; Atemdepression bei Asthma bronchiale und Lungemphysem.

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

Handelsformen und Preise
 Dragées 20 Stück – DM 8,55
 Zäpfchen 5 Stück – DM 4,80; 10 Stück – DM 8,85
 Anstaltspackungen



Dienstag, 16. Oktober 1973

14.30 Uhr:

Besichtigung und Führung

a) Galerien

b) Alte Pinakothek

c) Deutsches Museum

18.00 Uhr:

Empfang durch die Stadt München im großen Saal des Rathauses

Mittwoch, 17. Oktober 1973

15.00 Uhr:

„Multimedia Show“ im Modehaus Bogner

19.30 Uhr:

Orgelkonzert in der St. Michaelskirche, Berg am Laim

20.00 Uhr:

„Entführung aus dem Serail“ im Cuvillies-Theater

Donnerstag, 18. Oktober 1973

10.00 Uhr:

Stadtrundfahrten

20.00 Uhr:

„Annual Dinner“ im Sheraton

Freitag, 19. Oktober 1973

9.30 bis 11.30 Uhr:

Munich by Tramway

Abends:

Münchener Kultur-Fächer

Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220

103. Tagung der Südwestdeutschen Dermatologen-Vereinigung

am 12./13. Mai 1973 in Erlangen

Am 12./13. Mai 1973 findet die 103. Tagung der Südwestdeutschen Dermatologen-Vereinigung in Erlangen statt.

Thema: Entzündliche und systemische Erkrankungen der Mundschleimhaut.

Auskunft: Professor Dr. O. P. Hornstein, Dermatologische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Hartmannstraße 14

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) 38501.

Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (0811) 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 abgeschlossen.

Auskunft: Ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zi. 5 a, Telefon (09 41) 5 07 21 83/21 82

Jahrestreffen der Luftwaffen-Studentenkompanie Göttingen

am 2. Juni 1973 in Düsseldorf

Die ehemaligen Angehörigen der Göttinger Luftwaffenstudenten (Schülerkompanie KSON Göttingen) treffen sich anlässlich der 5. Diagnostik-Woche, die vom 30. Mai bis 3. Juni 1973 in Düsseldorf stattfindet, am Samstag, 2. Juni 1973, 11.00 Uhr im Kongreßbüro der Diagnostik-Woche in Düsseldorf, neues Messegelände.

Auskunft: Dr. med. R. Berensmann, 7000 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon (07 11) 76 14 54
Dr. med. R. Witzmann, 8000 München 21, Egetter Straße 15, Telefon (08 11) 56 59 17

Lassen Sie ihn mitspielen –

verschreiben Sie ihm Neocalcit[®]-Präparate, denn diese enthalten, was Kinder zum gesunden Heranwachsen brauchen: Calcium und Vitamine.

Neocalcit[®] mit Vitamin D₃ und

Neocalcit[®]comp.

mit den Vitaminen A B₁ C D₃

- * zur Calcium-Vitamin-Substitution
- * zur Rachitisprophylaxe
- * in der Rekonvaleszenz
- * bei körperlicher Erschöpfung, Infektionsanfälligkeit und Appetitmangel

Zusammensetzung

Neocalcit[®]

1 Tablette (1 g Pulver) enthält Calcium citric. 300 mg. Calcium phosphoric. 20 mg. Vitamin D₃ 300 I. E.

Neocalcit[®]comp.

1 Tablette (1 g Pulver) enthält zusätzlich Vitamin-A-acetat 300 I. E.,

Vitamin-B₁-chloridhydrochlorid 0,3 mg. Vitamin C 10 mg.

Vitamin D₃ fördert die Calcium-Resorption im Magen-Darm-Trakt.

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. Neocalcit[®] schmeckt nach Schokolade und wird deshalb von Kindern besonders gern genommen.

Kontraindikationen

Hyperkalzämie, Hyperkalzurie

Handelsformen und Preise m. MWSt.

Neocalcit[®]

Packung mit 50 Tabletten DM 2,30

Packung mit 50 g Pulver DM 2,30

Packung mit 400 Tabletten DM 12,80

Packung mit 400 g Pulver DM 12,80

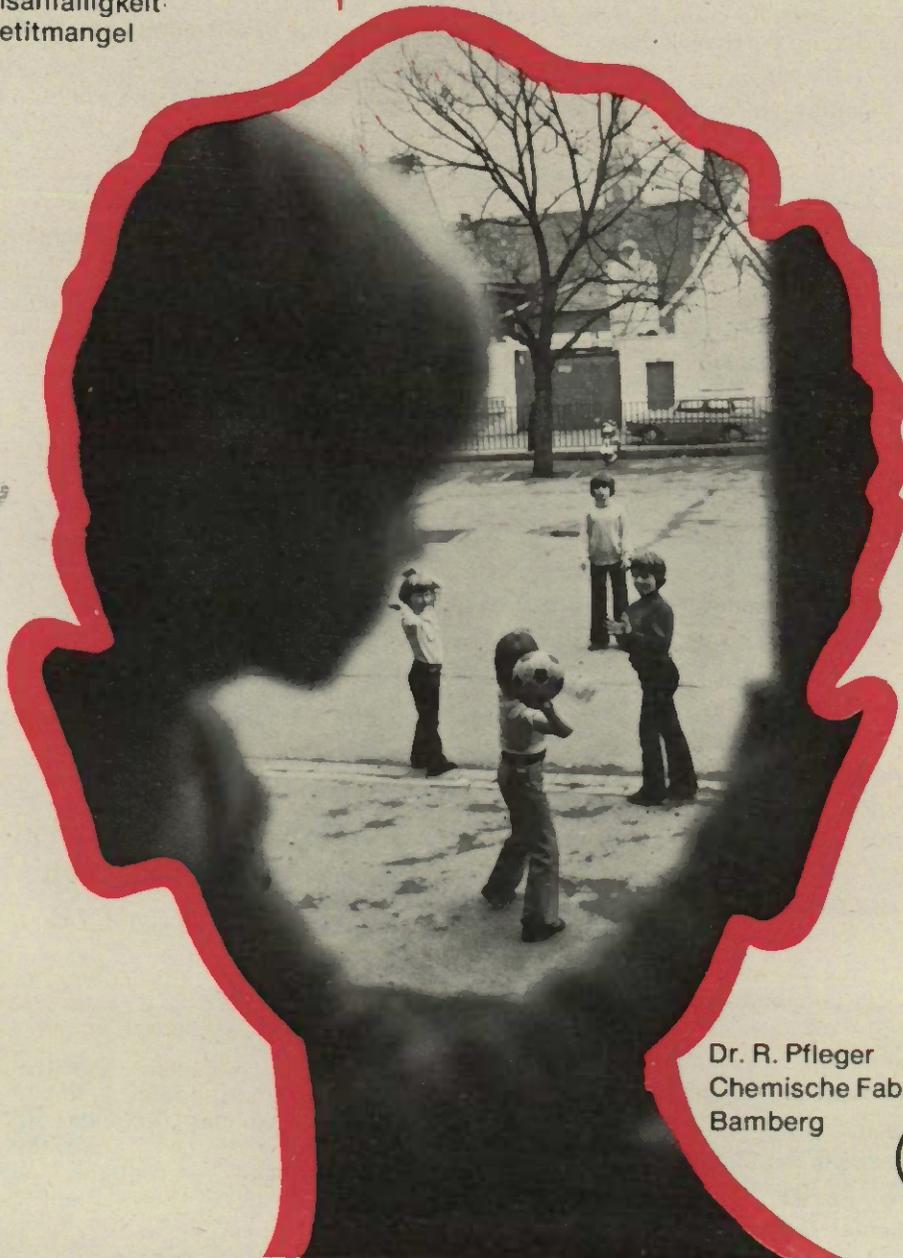
Neocalcit[®]comp.

Packung mit 50 Tabletten DM 3,30

Packung mit 50 g Pulver DM 3,30

Packung mit 400 Tabletten DM 18,40

Packung mit 400 g Pulver DM 18,40



Dr. R. Pfleger
Chemische Fabrik GmbH & Co
Bamberg



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 isletalen Blut

L. Grabow, Duisburg:

Noleptan in der Anästhesiologie

F. R. Weist, Nürnberg:

Blutgasanalytisch kontrollierte Therapie mit Noleptan in der Alterschirurgie

K. Bühlmeier, München:

Einfluß von Noleptan auf pathologische Blutgaswerte bei zyanotischen Säuglingen mit kongenitalen Herzfehlern

O. Wieser, Klagenfurt:

Quantitative Messungen des Hustens

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 Relzgas-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 Intektion

Nachmittag

b) Akute extrapulmonale Störungen der Atmung

Trendelenburg, Homburg:

Diagnostik und Therapie des Pneumothorax

Konietzko, Ulm:

Saugdrainage mit dünnen Plastik Kathetern

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

Heitmann, Erlangen

Technik der Intubation am ateminsuffizienten Patienten

Wolli, 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

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

Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V.

am 22./23. Juni 1973 in Bad Wörishofen

Am 22./23. Juni 1973 findet die diesjährige Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V. in Bad Wörishofen statt.

Auskunft: Medizinaldirektor Dr. Welther, 8710 Kitzingen, Friedrich-Ebert-Straße 13, Telefon (09321) 4205

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

6. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“

am 16. Juni 1973 in Erlangen

Am 16. Juni 1973 findet unter der Leitung von Professor Dr. med. F. Scheiffarth 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 Universitätskrankenhauses Erlangen, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (09131) 85/3363

Symposium Epidemiologie und epidemiologische Methodik

vom 25. Juni bis 6. Juli 1973

Vom 25. Juni bis 6. Juli 1973 findet ein Symposium Epidemiologie und epidemiologische Methodik in der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, München, statt.

Für Interessenten besteht in begrenztem Umfang die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung bezüglich der Reise- und Unterhaltskosten durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Es wird gebeten, die entsprechenden Formulare bei der Bayerischen Akademie anzufordern.

Die Teilnahme am Symposium selbst ist kostenlos.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (08 11) 385 01.

Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84 259-260.

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 7./8. Juli, am 29./30. September und am 24./25. November 1973 in Deisenhofen bei München

Das Bayerische Rote Kreuz veranstaltet an der Landesschule des BRK in Deisenhofen bei München, Linienstraße 53-55, drei Wochenendlehrgänge für Ärzte und Zahnärzte zum Thema „Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort“.

Die Lehrgänge beginnen samstags um 13.00 Uhr und enden sonntags um 12.30 Uhr.

Das Ziel dieser Lehrgänge ist, Ärzten und Zahnärzten die Kenntnisse zu vermitteln, die bei akuten Nottfällen, vor allem bei Verkehrsunfällen, erforderlich sind.

Schwerpunkt: Schockerkennung und erste ärztliche Maßnahmen sowie Herz-Lungen-Wiederbelebung. Neben der Theorie werden besonders die praktischen Anwendungen geübt.

Die Lehrgangsgebühr beträgt DM 30,- (einschließlich Unterrichtsmaterial, Mittagessen und Kaffee).

Auskunft und Anmeldung: Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinalabteilung, 8000 München 22, Wagnmüllerstraße 16, Telefon (08 11) 22 33 21 oder 22 21 95

Wenn's um Geld geht,
gehen die meisten
Deutschen
zur Sparkasse.

Und
Sie?



Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Februar 1973 *

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Scharlacherkrankungen traten im Februar häufiger als im vorangegangenen Monat auf. Die Erkrankungsziffer stieg von 60 auf 76 Fälle je 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr). Einen ähnlichen Anstieg im Februar gab es auch in früheren Jahren, ausgenommen 1972. Ebenfalls etwas höher als im Vormonat war die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung, und zwar an sonstigen, nicht durch Meningokokken verursachten Formen.

Auch an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) erkrankten Menschen im Februar etwas häufiger als im Januar; die Ziffer nahm von 10 auf 12 je 100 000 Einwohner zu. Dagegen ging die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) von 42 im Januar auf 38 im Februar, jeweils auf 100 000 Einwohner, zurück.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. Februar bis 3. März 1973 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis Infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										Übrige Formen					
	E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	-	-	221	-	-	-	2	-	18	-	1	-	-	-	-	-	2	-	44	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	83	-	-	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	3	-	-	-
Oberpfalz	-	-	36	-	-	-	4	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	74	-	-	-	3	-	14	2	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-
Mittelfranken	1	-	98	-	-	-	5	1	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	55	-	-	-	1	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-
Schwaben	-	-	64	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	1	-	7	-	1	-	-	-
Bayern	1	-	631	-	-	-	16	1	60	3	3	-	-	-	-	-	3	-	103	-	5	-	-	-
München	-	-	94	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	54	-	-	-	3	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	11	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Amöbenruhr		Brucellose (übrige Formen)		O-Fleber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Malaria-Erkrankung		Sterbefälle an Grippe		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾			
			Psittacose		(übrige Formen)																			
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	78	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	2	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	10
Niederbayern	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Oberpfalz	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Oberfranken	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mittelfranken	37	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	7
Unterfranken	41	1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Schwaben	62	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	17	-	-	-	-
Bayern	313	3	-	-	5	-	1	-	1	-	1	-	5	-	1	-	2	-	-	19	-	-	-	33
München	28	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	15	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	5	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

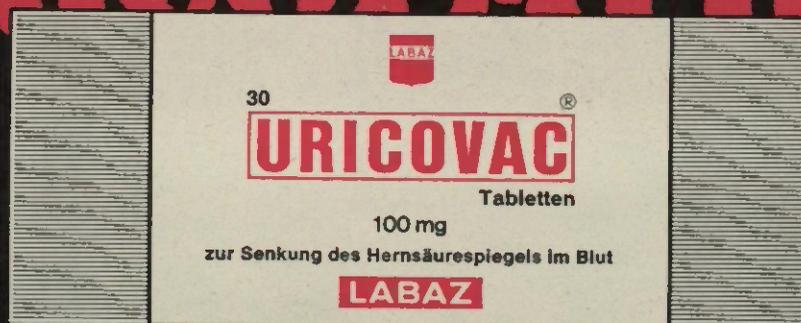
* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

²⁾ „ST“ = Sterbefälle.

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

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 Steindrüse 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 100mg Benzbromaronum

Kontraindikationen: Mittelschwere bis schwere Niereninsuffizienz. Bei niereninsuffizienten Patienten mit einer glomerulären Filtrate 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

Das neue Therapie-Konzept der Osteoporose:

Ossin

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

Denn mit OSSIN erreichen Sie regelmäßig eine echte Knochenneubildung für Ihren Osteoparase-Patienten.

OSSIN baut den Knochen auf und öffnet damit ein neues Kapitel in der Osteo-

parase-Therapie, das mit der Kalzium- und Anabolikabehandlung nicht mehr zu vergleichen ist.

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

● Fluor regt die Osteoblasten zu vermehrter Knochenneubildung an,

● gleichzeitig stabilisiert eingelagertes Fluor das Knochenmineral.

Die Konsequenz der Osteoparase-Therapie 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 Osteoblastenaktivität.

nachweisbar im histologischen Präparat:

Beckenkammbiopsien zeigen unter der Therapie mit Natriumfluorid regelmäßig neben breiten Osteoidsäumen neugebildeten und verkalkten Knochen.

nachweisbar im Röntgenbild:

Natriumfluorid verursacht eine Zunahme der Schattendichte.



Ossin baut den Knochen auf

Zusammensetzung:

1 Dragée Ossin enthält 40 mg Natriumfluorid

Indikationen:

Idiopathische, postklimakterische und senile Osteoporose, Glucocorticoidosteoporose

Nebenindikationen:

Plasmozytom, Knochenmetastasen

Kontraindikationen:

Frauen im gebärfähigen Alter, Nierenleiden

Dosierung:

1. Intermittierend: 2 Dragées über 3 Monate, anschließend 3 Monate Pause.

Dann erneut für 3 Monate 2 Dragées.

2. Abgestuft: 2 Dragées täglich über 4 Monate,

anschließend 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

Zur Beachtung: Das Warenzeichen Ossin wurde von dem in der Raten Liste aufgeführten, aus dem Handel gezogenen Präparat Ossin „Straschein“ (Eierlebertran) übernommen

Mitteilungen

Bluttransfusionen im Mutterleib

Die wehrscheinlich erste intrauterine Infusion in Bayern wurde am 27. November 1972 in Erlangen erfolgreich vorgenommen. Möglich wurde ein solcher Eingriff durch ein Röntgen-Großgerät, das die Strahleneinheit der Universitäts-Frauenklinik Erlangen seit Oktober nochmals modernisiert und erweitert hat.

Das neue Gerät ermöglicht genaueste Lokalisationen. Die Röntgenröhre ist in einem wählbaren Abstand von der Pendelachse auf einem Kreis um 360 Grad schwenkbar. Durch eine Bildverstärker-Fernsehkette werden die Röntgenbilder sowohl auf Schirmbildgeräte als auch auf ein Magnetband übertragen. Mit diesen Aufzeichnungen lassen sich die einzelnen Phasen der Durchleuchtung immer wieder reproduzieren.

Ein wichtiges Anwendungsgebiet dieses Großgerätes ist die Vorbereitung zur Infusion von roten Blutkörperchen in den Bauchraum des Kindes innerhalb des Mutterleibes. Ohne diese Maßnahme sind Kinder bei Rhesus-Unverträglichkeit verloren oder sie werden zumindest schwer geschädigt. Bisher mußten Frauen mit gefährdeten Kindern in Hamburg behandelt werden, jetzt sind Intrauterine Infusionen auch in Erlangen möglich.

Im Mai 1972 wurden durch eine zusätzliche Spezialröntgeneinrichtung die schon seit 1964 in der Erlanger Frauenklinik üblichen Weichstrahl-aufnahmen der weiblichen Brust (Mammographien) erheblich verbessert. Geschwülste lassen sich jetzt zu einer Zeit nachweisen, in der eine normale Untersuchung noch keine krankhaften Veränderungen entdeckt. Gut- und bösartige Prozesse sind dabei mit einiger Sicherheit zu differenzieren.

(aus „Uni-Kurier“ vom 11. Februar 1973, Erlangen)

XY — gelöst?

Eine Pionierarbeit auf dem Gebiet der Röntgenidentifikation, die Professor Dr. Axel NEISS (Anatomisches Institut) leistet, wurde durch eine Empfehlung des Bundeskriminalamtes bestätigt, in der auf die

wechsende Bedeutung der Röntgenologie bei den polizeilichen Ermittlungen eutmerksam gemacht wird. Auch bei der notwendigen Personenaufklärung nach Massenunfällen der Zivilluftfahrt helfen Röntgenstrahlen, wo herkömmliche Methoden der Personenidentifizierung versagen.

Professor Neiss gilt als einer der wenigen Spezialisten Europas, die bei besonders schwierigen Fällen der Personenidentifizierung von Kriminalisten zu Rete gezogen werden. Seine Untersuchungen nach einer schweren Flugzeugkatastrophe konnten die Bedeutung der Röntgenstrahlen im Hinblick auf die Identifikation von Toten beweisen.

Röntgenuntersuchungen von Leichen lassen sich mit der gleichen Exaktheit durchführen wie in der klinischen Medizin. Das Auftreten individueller Variationen im Knochenbau ermöglicht dem Untersuchenden, sichere Identitätsnachweise zu erbringen. Bei stark verstümmelten Leichen, Wasser- oder Brandleichen — in den Fällen also, wo die Identität eines Toten auch nicht im geringsten vermutet werden kann, gelingt es noch, anhand von einzelnen Skeletteilen, präzise Aussagen über das Lebensalter, die rassische Zugehörigkeit sowie hervorstechende individualistische Merkmale zu treffen. Kann man von den fraglichen Personen zu Lebzeiten gemachte Röntgenaufnahmen beschaffen, so ist durch das Vergleichsmaterial eine Identifizierung möglich.

In all den Fällen, in denen durch eine Zerstörung der Oberfläche des menschlichen Körpers Verletzungen, wie z. B. ein Schußkanal, nicht testbar sind, gelingt es mittels Röntgenstrahlen schon dem geübten Leien, Projektile zu erkennen bzw. einen Schußkanal zu finden. Durch die Kenntnis der Todesursache lassen sich Rückschlüsse auf den Unfall- bzw. Tethergang ziehen.

Eine Arbeitsgruppe des Landeskriminalamtes Nordrhein-Westfalen testet gegenwärtig die Methode des Erlanger Wissenschaftlers. Außerdem ist der Einsatz eines mobilen Röntgenwagens geplant. Die Zeit ist abzuwarten, da man in der gesamten Bundesrepublik bei der kriminalpolizeilichen Ermittlung nicht mehr auf den Einsatz der Röntgendiagnostik verzichten wollen.

(aus „Uni-Kurier“ vom 11. Februar 1973, Erlangen)

Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik

Die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik wählte den Vorstand neu. Zum Vorsitzenden wurde Prof. Dr. med. Dr. h. c. Ernst FROMM, Hamburg, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages wiedergewählt, ebenso der Kassenwart Dr. med. K. H. KRONE, Herford/Westf. Schriftführer wurde Dr. med. W. ALBATH, Wiesbaden, Deutsche Klinik für Diagnostik als Nachfolger des verstorbenen Rechtsanwalts von BERSWORDT-WALLRABE, Bochum.

Die Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik hat sich zur Aufgabe gestellt, die Forschung und Fortbildung auf dem gesamten Gebiet der medizinischen Diagnostik durch persönlichen Einsatz der tatsächlichen Kenntnisse ihrer Mitglieder einschließlich der ihnen zur Verfügung stehenden Kliniken, Praxen, Laboratorien und Forschungsstätten zu fördern.

Sie führt jährlich einmal einen großen Kongreß, die Diagnostik-Woche, durch. Die diesjährige 5. Diagnostik-Woche findet vom 30. Mai bis 3. Juni 1973 in Düsseldorf statt. Zu der Veranstaltung werden über 12 000 Teilnehmer erwartet.

Jugenderbeitsschutzuntersuchungen

Die Beschäftigung eines Jugendlichen ohne Vorlage der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz erforderlichen ärztlichen Bescheinigung verstößt gegen ein Beschäftigungsverbot. Der Vertrag, auf dessen Grundlage die verbotene Beschäftigung des Jugendlichen erfolgt, ist aber nach bürgerlichem Recht gültig, wenn die Parteien eine spätere Vorlage der ärztlichen Bescheinigung vorsehen. Er wird auch ohne Nachreichung der ärztlichen Bescheinigung voll wirksam, wenn der Jugendliche das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 22. Februar 1972 (2 AZR 205/71) DA

Fertenordnung 1973

Pfingstferien:

12. Juni bis 23. Juni 1973

Sommerferien:

26. Juli bis 12. September 1973

Weihnachtsferien:

22. Dezember 1973 bis 7. Januar 1974

Buchbesprechungen

Helmut E. EHRHARDT: „130 Jahre Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“. 115 S., 33 Abb., brosch. DM 18,—. Franz Steiner Verlag, Wiesbaden.

Die vorliegende Chronik bringt erstmals eine vollständige Dokumentation der für die Geschichte der Psychiatrie wichtigen Verhandlungsberichte von bisher 100 Tagungen, die in einer Zeittafel übersichtlich zusammengefaßt sind. Die Darstellung des jüngsten Abschnittes der Organisationsgeschichte stützt sich weitgehend auf die Auswertung von Sitzungsprotokollen und sonstigem, bisher unveröffentlichten Quellenmaterial. In einem Anhang finden sich Basisdokumente aus der Vor- und Frühgeschichte sowie das erste Mitgliederverzeichnis und die Satzungen der Vorläuterorganisationen. Den Abschluß bildet eine Sammlung von Bildern der bisherigen Präsidenten der Gesellschaft und der Tagungen sowie das vermutlich erste Gruppenbild deutscher Psychiater aus dem Jahre 1858.

W. RICK: „Klinische Chemie und Mikroskopie“ — Eine Einführung. 389 S., 56 Abb., geheftet, DM 24,80. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Klinisch-chemische und mikroskopische Untersuchungen sind heute für Diagnostik und Verlaufskontrolle zahlreicher Krenkheiten unentbehrlicher denn je. Das Buch beschreibt die wichtigsten, im medizinischen Laboratorium zur Verfügung stehenden Verfahren ausführlich. Dezu gehören auch die in der Notfalldiagnostik verwendeten Methoden. Bei den bisher nicht standardisierten Verfahren zur Bestimmung von Metabolitkonzentrationen und Enzymaktivitäten werden die Prinzipien besprochen.

Der Aufbau der Einführung folgt methodischen Gesichtspunkten. Auf der Grundlage pathophysiologischer Zusammenhänge wird der Leser zur kritischen Interpretation von Laboratoriumsergebnissen angeleitet. Besonderer Wert wurde auf Anweisungen zur Fehlersuche und auf Zusammenstellungen von Störfaktoren gelegt.

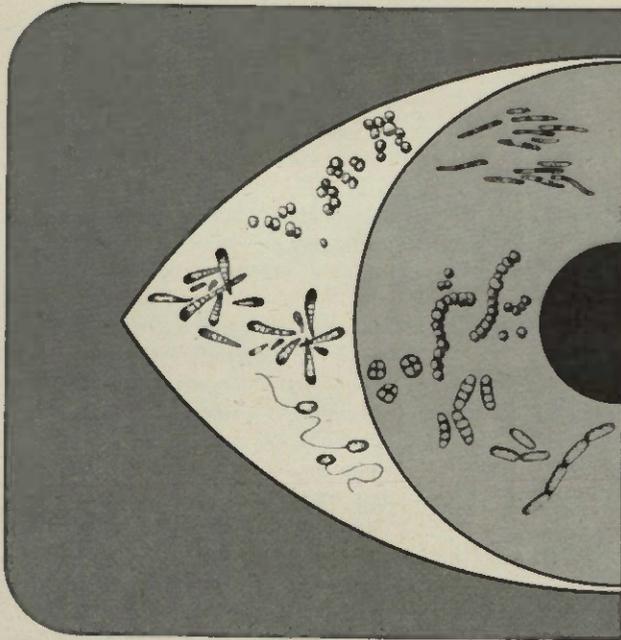
Das Werk vermittelt Medizinstudenten und medizinisch-technischen Assistentinnen während ihrer Ausbildung klare Grundkenntnisse in der klinischen Chemie und Mikroskopie.

Bücher zur Rezension

Die folgenden Bücher wurden uns zur Besprechung zur Verfügung gestellt. Kolleginnen und Kollegen, die besonders sachkundig und interessiert sind, können diese Bücher zur Besprechung im „Bayerischen Ärzteblatt“ von uns erhalten. Wir bitten um Benachrichtigung unter der Telefonnummer (08 11) 47 60 87 (Apparat 76).

1. AMMON: Gruppendynamik der Kreativität
2. BARNARD: Schach dem Herztod
3. BERG: Histologische Labortechnik
4. BÖHLAU/BÖHLAU: Fibeln der Inhalationsbehandlung mit Aerosolen
5. BOSL: München (Bürgerstadt — Residenz — Heimliche Hauptstadt Deutschlands)
6. BRAUN: Beruatskunde der Krankenpflege
7. BRESTEL: Gründliche Anleitung zur Erhaltung und Verbesserung des häuslichen Wohlstandes
8. EHRENGUT / EHRENGUT-LANGE / SEITZ / WEBER: Die postvekinale Enzephalopathie
9. ENGELHARDT / WIRTH / KINDERMANN: Kranke im Krankenhaus (Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlich-technischer Medizin)
10. FÖLDI: Erkrankungen des Lymphsystems (Grundlagen, Diagnostik, Therapie)
11. FOUORAINE: Wer ist aus Holz?
12. FRANK-SCHMIDT / GRAUL: Handbuch der Praxisrationalisierung
13. GAUER / KRAMER / JUNG: Physiologie des Menschen (Bd. 1: Bioenergetik; Bd. 3: Herz und Kreislauf; Bd. 6: Atmung; Bd. 8: Ernährung, Verdauung, Intermediärstoffwechsel; Bd. 11: Somatische Sensibilität, Geruch und Geschmack; Bd. 12: Hören, Stimme, Gleichgewicht; Bd. 17: Endokrinologie II — Sexualhormone- und Fortpflanzung)
14. GIESE: Die Sexualität des Menschen (Handbuch der medizinischen Sexualforschung)
15. HÄUSSLER: Nottfälle Diagnostik Therapie in der ärztlichen Praxis
16. HEDRI: Psychohygiene des Alltags (Eine Einführung in den seelischen Gesundheitsschutz)
17. HEESEN / ARNOLD / FUCHS / HEESEN / LOHMANN / MIES / NETZ / RÖDIGER / SCHMITTINGER: Was gibt es Neues in der Medizin? (Information — Diagnostik — Therapie)
18. HÖHNE: Der Neuaufbau des Schulwesens nach dem Bildungsgesamtplan
19. HORNOSTEL / KAUFMANN / SIEGENTHALER: Aktuelle Diagnostik Aktuelle Therapie (1971 Deutsche Medizinische Wochenschrift)
20. HUBATSCH / EULER / SPULER / KELLENTZ / SCHOMERUS: Weltgeschehen unserer Zeit. Nachkriegs-PLOETZ (Bd. 4: 1965 bis 1970)
21. JESSERER: Knochenkrankheiten
22. JUNKERSDORF: Heiße Quellen (Medizinische Glossen)
23. KIELHOLZ / LADEWIG: Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen
24. KOLLE: Wanderer zwischen Natur und Geist
25. KRAUTWALD: Arzneimittel-Kodex
26. KÜGLER: Medizin-Meteorologie nach den Wetterphasen
27. KUNTZ: Hepatose tür Klinik und Praxis
28. LIENERT: Grundlagen der Chemie (Theoretische Grundlagen der anorganischen und der organischen Chemie, Anleitung zum chemischen Praktikum)
29. LINZENMEIER / KUWERT / HANTSCHKE: Bakterien — Viren — Pilze (Eine nomenklatorische und nosologische Übersicht)
30. LOB: Handbuch der Untalbegutachtung — Dritter Band: Spezieller chirurgischer Teil (Gehirn, Gehirnnerven, Periphere Nerven, Wirbelsäule)
31. LÜDERS: Studienhilfe für Kinderkrankenschwestern

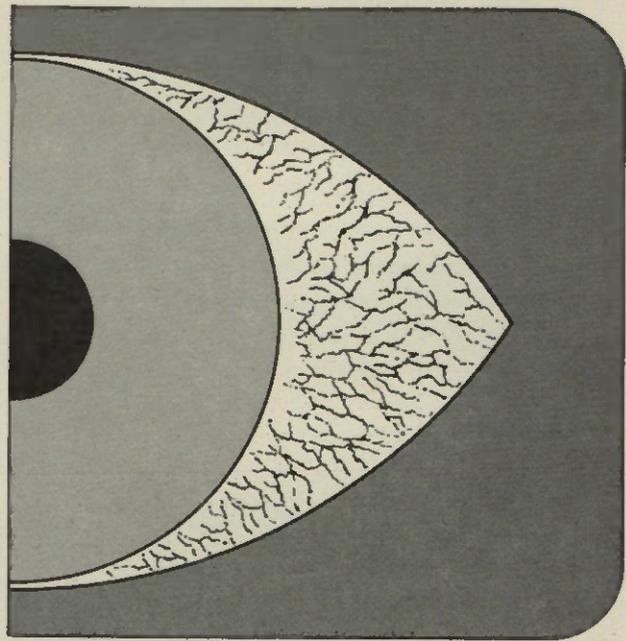
Für jede Augenentzündung die richtige Therapie . . .



Bei bakteriellen
Entzündungen

Corti in der Ophtiole®

- beherrscht die Infektion durch Chloramphenicol
- bekämpft die Entzündung durch Hydrocortison
- normalisiert das Epithel durch Vitamin A



Bei banalen
Augenaffektionen

Vidisept in der Ophtiole®

- läßt nicht-bakterielle Entzündungen rasch abklingen
- schützt das Auge vor Austrocknung
- behindert nicht das Sehvermögen
- ist ausgezeichnet verträglich und deshalb auch besonders für Kinder geeignet

Corti in der Ophtiole®

Zusammensetzung: Hydrocortison 4 mg, Chloramphenicol 2 mg, Vitamin A (als Palmitat) 5000 I.E. pro g in echter öliger Lösung (DB. Pat.)
Indikationen: Blepharitiden versch. Genese, akute und chronische Konjunktivitis, Augenlidallergie.

Kontraindikationen: Hornhautverletzungen, Hornhautgeschwüre, herpetische Hornhauterkrankungen, okuläre Tuberkulose; Glaukom.

Anwendung und Dosierung: Mehrmals täglich 1 bis 2 Tropfen in das erkrankte Auge träufeln.

Handelsformen: Ophtiole® zu 4 ml DM 3,85 m. Mwst.
Ophtiole® zu 20 ml DM 15,30 m. Mwst.

Vidisept in der Ophtiole®

Zusammensetzung: Natrium-äthylmercurithiosalicylicum (Thiomersal, Mercuriothiolat-Na) 0,6 mg, Polyvinylpyrrolidon (Kollidon 25)* 500 mg/10 ml in einer gepufferten, isotonischen, autosterilen Lösung.

* Wz. der BASF

Indikationen: Banale Augenaffektionen jeglicher Art, die z. B. durch grelle Sonneneinwirkung, Hitze oder Wind, Reizung durch Staub, Rauch oder Licht hervorgerufen sind.

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Dosierung und Anwendung: 3-5mal täglich 1-2 Tropfen in das Auge einträufeln.

Handelsform: Ophtiole® zu 10 ml DM 3,50 m. Mwst.

dr. mann-Augentropfen in der Ophtiole®
für die tägliche Praxis

dr. mann



1 berlin 20

32. LÖDERS: Lehrbuch für Kinderkrankenschwestern (Bd. I: Das gesunde Kind und theoretischer Teil; Bd. II: Das kranke Kind, seine Pflege und Behandlung)
33. LÖSCHER: Physik (Gestern – Heute – Morgen)
34. MELZER: Grundbegriffe der Chemie (Ein Leitfaden für Krankenschwestern und medizinische Fachkräfte)
35. MÖLLER: Musik gegen „Wahnsinn“
36. MURKEN: Genetische Familienberatung und pränatale Genetik
37. NICOLA: Atlas operativer Zugangswege in der Orthopädie
38. NIJS: Psychosomatische Aspekte der oralen Antikonzeption
39. OTTENJANN: Fortschritte der Endoskopie (Bd. 3: 4. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie e.V. in Erlangen vom 12. bis 14. März 1971)
40. OTTENJANN: Refluxkrankheit der Speiseröhre
41. PETERS: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie
42. PINDING: Krankenpflege in unserer Gesellschaft (Aspekte aus Praxis und Forschung)
43. PREUSS: Illusion und Wirklichkeit (An den Grenzen von Religionen und Psychoanalyse)
44. RAAB: Dermatologie
45. RATHSCHECK: Konfliktstoff Arzneimittel
46. RICCABONA: Die endemische Struma (Pathogenese, Klinik und Prophylaxe)
47. RICK: Klinische Chemie und Mikroskopie
48. RIEDER: Sport als Therapie
49. SCHNEIDER: Die venöse Insuffizienz (Pathophysiologie, Klinik und Therapie)
50. SCHÖFFLING / PETZOLD / FRÖHLICH-KRAUEL: Der große Ratgeber für Diabetiker (Erkennung und Behandlung der Zuckerkrankheit – Lebensweise des Diabetikers – Diät in der Familie – Mit zahlreichen Speiseplänen und Kochrezepten)
51. SCHWEIZER: Einführung in die Kardiologie
52. SCHWITAJEWSKI / ROHDE: Lehren und Lernen in der Krankenpflege (Inhalte, Methoden, psycho-soziale Voraussetzungen)
53. SIGERIST: Große Ärzte (Eine Geschichte der Heilkunde in Lebensbildern)
54. TEPPERMAN: Physiologie des Stoffwechsels und des Endokriniums
55. TIGER: Warum die Männer wirklich herrschen (Die provozierende Antwort eines Wissenschaftlers auf Klischees der Emanzipation)
56. VINAZZER: Gerinnungsstörungen in der Praxis
57. NEUHÄUSER: Folgen enzephalitischer Erkrankungen bei Kindern (Untersuchungen zum Problem der sogenannten frühkindlichen Hirnschädigung)
58. WERNER: Medizinische Mikrobiologie und Chemotherapie (Ein Leitfaden für Ärzte und Medizinstudenten)
59. WIDMER / WAIBEL: Arterielle Durchblutungsstörungen in der Praxis
60. WILLITAL: Grundbegriffe der Pflegetechnik
61. ZOLLINGER: Pathologische Anatomie (Bd. II: Spezielle Pathologie)

Ernst R. HAUSCHKA: „Sich nähern auf Distanz“ – Neue Gedichte. 64 S., Oktav, brosch., DM 8,80. Martin Verlag, Buxheim.

Der elten Lesern des „Bayerischen Ärzteblattes“ durch sein gelstvolles Essey „Lyrik tot oder lebendig“ (Heft 6/1972, S. 583/587) bekannte Autor hat neue Gedichte vorgelegt, die der beste Beweis dafür sind, daß Lyrik nicht tot ist. Warum sie aber heute sich in einer Krise befindet, feßt Hauschke in die kurzen Verse: „lyrik – ist wenig – gefragt – sie fregt – zu viel – und ist – heimtückisch.“ In besinnlichen Versen nimmt er zu vielen Problemen des menschlichen Daseins Stellung. Eines der schönsten und treffendsten Gedichte ist wohl „Die Operation“. Bildhaft schildert er u. a. die Wirkung der Narkose: „Kopf über stürzt – mein körper den lichtschacht – hinunter – bei sonnigem wetter – wird mir ein teil – meines lebens mit dem skalpell sorgsam – entfernt – abseits liegt, noch – etmend der amputierte – schmerz.“ Es sind anspruchsvolle Gedichte, formschöne Verdichtungen kluger Gedanken, die dem Arzte von der Hetze seiner Arbeit einige Minuten fruchtbareren Nachdenkens geben können.

Dr. Peschke, Emskirchen

Gerti PIETSCH: „Rund um des Auto“ – Betrachtungen in Versen. 24 S., Zeichnungen von Renete EPPLE, Oktav, geheftet, DM 1,95. Zu beziehen durch: Gerti Pietsch, 7120 Bietigheim, Dresdener Straße 8.

Lustige Verse um des Auto und den Autofahrer mit ebenso lustigen Bildern; der warnende Zeigefinger ist in schmunzelnde Form gekleidet und wird darum vielleicht besser beachtet, als wenn er nur drohend erhoben werden würde. Eine kleine Kostprobe: „Wer zu tief ins Glas gesehen – soll zu Fuß nach Heuse gehen – denn gefährlich und euch teuer – ist der Alkohol em Steuer!“

Dr. Peschke, Emskirchen

Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
Lebortechnik, Haemodialyse

Beratung	EEG
Projektierung	Echo-EEG
Finanzierung	EKG
Kundendienst	EMG

Röntgen- und elektromedizinische Apparate - Arzt- und Krankenhausbeford

KURT PFEIFFER

Nürnberg – Frankfurt

85 NÜRNBERG 1

Gleißbühlstraße 7/Ecke Marienstraße, Ruf (09 11) 20 39 03/04

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.

Junli 1973

1. - 2. 6. in München:

Bayerischer Zahnärztekongress. Auskunft: Bayerische Landes Zahnärztekammer, 8000 München 2, Schubertstraße 5.

1. - 9. 6. in Langoog:

XXI. Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, 3000 Hannover 1, Postfach 307.

2. - 3. 6. in Düsseldorf:

14. Neurologischer Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Auskunft: Sekretariat der Neurologischen Universitätsklinik, 4000 Düsseldorf, Moorenstraße 5.

2. - 3. 6. in Hennef:

Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. med. D. Schnell, 5207 Ruppichterodt, Otto-Willach-Straße 2.

2. - 16. 6. in Grado:

XXI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: Der rheumatische Formenkreis als Praxisproblem). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

4. - 8. 6. in Neuherberg:

Röntgen-Strahlenschutzkurs. Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

8. - 10. 6. in Venedig:

VII. Venezianisches Neuropsychiatrisches Symposium. Auskunft: Prof. Dr. J. Kugler, Neurologische Klinik der Universität München, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.

10. - 24. 6. in Westerland:

14. Seminar für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung, 2060 Bad Oldesloe, Hude 1.

12. - 16. 6. in Karlsruhe:

57. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. G. Seifert, 2000 Hamburg 20, Martinstraße 52.

12. - 17. 6. in Berlin:

22. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Verbindung mit dem 6. Deutschen zahnärztlichen Fortbildungskongreß und der Internationalen pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung, 1000 Berlin 41, Postfach 410.

13. - 15. 6. in Prag:

1. Prager rheumatologisches Symposium. Auskunft: Tschechische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, Prag 2.

15. - 17. 6. in Bad Reichenhall:

6. Kolloquium der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane. Auskunft: OMD Dr. O.-P. Schmidt, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9.

19. - 21. 6. in Prag:

Kongreß der Tschechoslowakischen Otolaryngologischen Gesellschaft. Auskunft: Tschechische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, Prag 2.

21. - 23. 6. in München:

Kongreß der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. Ditschuneit, 7900 Ulm, Steinhövelstraße 9.

21. - 23. 6. in München:

Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie mit der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. F. Zimmer, 8000 München 2, Maistraße 11.

22. - 23. 6. in Nürnberg:

Jahreskongreß der Deutschen Ge-

seilschaft für Gerontologie. Auskunft: Dr. H. Kaiser, I. Medizinische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Augsburg, 8900 Augsburg.

25. - 29. 6. in Neuherberg:

Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

22. - 23. 6. in Bayreuth:

Symposium „Sportmedizin - Turnphilologie“. Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV.

25. - 30. 6. in Innsbruck:

Einführung in die Hämatologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Frau Boida, Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, A-6010 Innsbruck.

27. 6. - 1. 7. in Marburg:

Zweiter Internationaler Wettbewerb für medizinische Filme (Medikinala 73). Auskunft: Medikinala 73, 3550 Marburg, Schuhmarkt 4.

28. 6. - 3. 7. in Perugia:

5. Krebs-Konferenz. Auskunft: Prof. L. Severi, P. O. Box 327, I-06100 Perugia.

29. - 30. 6. in Regensburg:

Tagung der bayerischen Nervenärzte. Auskunft: Dr. Sebastian Maier, Direktor des Nervenkrankenhauses, 8400 Regensburg, Universitätsstr. 84.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma Bene Chemie München beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 18, Telefon (0811) 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 Verleg und Anzeigenverwaltung Carl Gebler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: etlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschlinger, München. Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner Jr., 8060 Dachau.

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

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



der sanfte Zwang

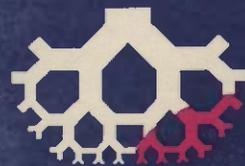
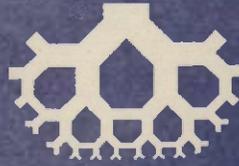
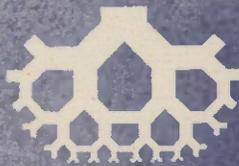
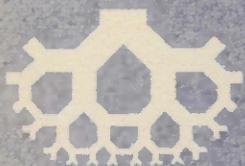
dehydro
sanol tri
unterbricht
die verhängnisvolle
Progredienz
in Richtung
ulcus cruris
an der für eine
medikamentöse
Therapie
am wirkungsvollsten
zugänglichen
Stelle:

mangelhafte
Gewebsdrainage

im Stadium
des Ödems

Stauungsdermatose

ulcus cruris



dehydro sanol tri

das erste kaliumneutrale
Venodiureticum

Indikationen: Schmerzhaftes Stauungsbeschwerden und varikös bedingte Ödeme.
Zusammensetzung: 20 mg Triamteren · 10 mg 3-(α -Methylbenzyl)-6-chlor-7-sulfamoyl-3,4-dihydro-1,2,4-benzothiadiazin-1,1-dioxid (Diu 60) · 50 mg Hesperidin-Komplex, 80% (Citrus Flavonoide) · 2 mg Aneurinnitrat. **Kontraindikationen:** Ausgeprägte Leber- und Niereninsuffizienz, therapieresistente Hypo- und Hyperkaliämie. **Besonderer Hinweis:** Bei Langzeitbehandlung werden Harnzuckerkontrollen empfohlen. Bei Diabetikern ist eine Verschlechterung der Glukosetoleranz möglich. Bei Patienten mit harnsaurer Diathese werden Harnsäurekontrollen empfohlen, da Thiazide gelegentlich den Harnsäurespiegel im Blut erhöhen können. In den ersten drei Monaten der Schwangerschaft wird strenge Indikationsstellung empfohlen, obwohl bisher keine Anzeichen für eine teratogene Wirkung bekannt sind. **Dosierung:** Falls vom Arzt nicht anders verordnet, täglich morgens 1 Dragée nach dem Frühstück einnehmen. Wenn eine stärkere Wirkung erwünscht ist, kann die Dosis auf 2 Dragées morgens erhöht werden. **Erhaltungsdosis:** jeden 2. oder 3. Tag 1 Dragée nach dem Frühstück einnehmen. **Handelsform:** Packung mit 20 Dragées DM 14,50.

Sanol- Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH 4019 Monheim/Rheinland

Am St. Elisabeth-Krankenhaus in Bad Kissingen ist ab 1.6.1973 die Stelle des

Chefarztes für Anästhesiologie

neu zu besetzen.

Das Krankenhaus mit 275 Planbetten verfügt über eine innere, chirurgisch und gynäkologische Abteilung sowie eine Wachstation mit 3 Betten sowie Belegstationen für HNO, Kinder, Urologie und Ophthalmologie.

Die chirurgische Abteilung verfügt über 100 Betten, es wird Allgemein- und Unfallchirurgie betrieben. — Gynäkologische Abteilung 48 Betten, HNO 18 Betten, Urologie 10 Betten, Augenheilkunde 10 Betten. — Geboten wird ein Chefarztvertrag, Vergütung und Altersversorgung in Anlehnung an das Beamtenrecht A 15 mit Liquidationsrecht bei allen Selbstzahlern. — Alle Schulen am Ort.

Interessierte Fachärzte für Anästhesiologie werden gebeten ihre Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften zu richten an das

**St. Elisabeth-Krankenhaus,
8730 Bad Kissingen**

Die **Medizinische Klinik** (180 Betten, 2 Oberärzte, 9 Assistenzärzte) der **Städtischen Krankenanstalten Bayreuth** (Chefarzt Professor Dr. Kabeitz) sucht zum nächstmöglichen Termin einen

Oberarzt

(VergGr. 1b BAT),

der die Facharztanerkennung besitzt und über entsprechende Erfahrungen in der Inneren Medizin einschließlich Röntgendiagnostik, Endoskopie, eventuell Herz-, Kreislauf- und Lungenfunktionsdiagnostik verfügt.

Die Medizinische Klinik (volle Facharztanerkennung) bietet alle Möglichkeiten einer vielseitigen diagnostischen und therapeutischen Tätigkeit am Krankenbett. Das gute Arbeitsklima in dieser Abteilung ist besonders hervorzuheben.

Die Städtischen Krankenanstalten Bayreuth verfügen außerdem über eine chirurgische, gynäkologische und pädiatrische Fachabteilung, ein Pathologisch-anatomisches Institut, ein modernes Zentrallabor und eine MTA-Schule.

Rufbereitschaft und Schwesternunterricht werden vergütet, Nebeneinnahmen werden mit dem Chefarzt vereinbart.

Die Festspielstadt Bayreuth (67 000 Einwohner) liegt landschaftlich besonders reizvoll zwischen Fichtelgebirge und Fränkischer Schweiz. Sie bietet neben einem regen Kulturleben viele Sportmöglichkeiten, verfügt über sämtliche weiterführende Schulen und ist zum Standort der 6. Bayerischen Landesuniversität vorgesehen.

Bewerbungen mit eigenhändig geschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisabschriften sowie Nachweis über die bisherige Tätigkeit werden erbeten an die

Stadt Bayreuth, Personalamt, 9580 Bayreuth, Postfach 2840.

Im **Kreis Krankenhaus Pfarrkirchen, Landkreis Rottal** (Niederbayern) ist ab sofort die Stelle

1 leitenden Arztes für Anästhesie

(Chefarzt)

zu besetzen. Das alte Krankenhaus umfaßt 176 Betten. Ein moderner Neubau wurde im Frühjahr 1970 begonnen und wird voraussichtlich im September 1973 bezugsfertig. Das neue Haus umfaßt 237 Betten. Für die Besetzung dieser Stelle kommt nur ein gut qualifizierter Facharzt (Fachärztin) mit mehrjährigen Tätigkeiten in verantwortlicher Stellung, umfassenden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in Frage.

Die Einstellung erfolgt mit Sondervertrag.

Pfarrkirchen ist Sitz der Landkreisverwaltung mit ca. 10 000 Einwohner, landschaftlich schön gelegen — 1 Gymnasium, 1 Realschule, 1 Fachoberschule, verschiedene Fachschulen —. Der Landkreis hat rund 100 000 Einwohner.

Um Interessierte Zuschriften bittet das **Landratsamt Rottal, — Personalabteilung —, 8340 Pfarrkirchen, Postfach 80.**

Die **Landkreisverwaltung Rottal in Pfarrkirchen** hat in Simbach am Inn ein neues, modernes Kreis Krankenhaus erstellt. Das Haus umfaßt 250 Betten; es wurde am 2. Mai 1966 bezogen.

Für dieses Haus ist ab sofort die Stelle

1 Chefarztes für Anästhesie

zu besetzen. Für die Besetzung der Stelle kommt nur ein gut qualifizierter Facharzt (Fachärztin) mit mehrjähriger Tätigkeit in verantwortlicher Stellung, umfassenden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in Frage.

Die Einstellung erfolgt mit Sondervertrag.

Simbach am Inn ist Grenzstadt mit ca. 7000 Einwohner, landschaftlich schön gelegen — 1 Gymnasium, 1 Mädchen-Gymnasium, 1 Mädchenmittelschule —. Der Landkreis hat rund 100 000 Einwohner.

Um Interessierte Zuschriften bittet das **Landratsamt Rottal, — Personalabteilung —, 8340 Pfarrkirchen, Postfach 80.**

Die Landkreysverwaltung Rottal in Pfarrkirchen baut derzeit in Eggenfelden ein neues modernes Kreiskrankenhaus. Das Haus wird 232 Betten haben; es wird Ende 1973 bezugsfertig sein.

Für diese neue Haus ist die Stelle

Je eines leitenden Arztes für Innere Medizin

(Chefarzt)

Je eines leitenden Arztes für Gynäkologie

(Chefarzt)

zu besetzen. Für die Besetzung dieser Stellen kommen nur gut qualifizierte Fachärzte mit mehrjähriger Tätigkeit in verantwortlicher Stellung, umfassenden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in Frage.

Die Einstellungen erfolgen mit Sondervertrag.

Eggenfelden hat ca. 10 000 Einwohner, ist landschaftlich schön gelegen, besitzt ein Gymnasium und eine Realschule. Der Landkreis hat rund 100 000 Einwohner.

Um interessierte Zuschriften bittet das Landratsamt Rottal, - Personalabteilung -, 8340 Pfarrkirchen, Postfach 80.

Universitätsstadt Regensburg

Für die neurologische Abteilung des Nervenkrankenhauses Regensburg wird zum Herbst 1973 ein

Facharzt für Nervenkrankheiten

gesucht. Bevorzugt werden Bewerber mit speziellen Kenntnissen der neurophysiologischen Untersuchungsmethoden oder in der Inneren Medizin.

Die Abteilung befindet sich in einer neuerrichteten klinisch-diagnostischen Zentrale und umfaßt 60 Betten einschließlich einer Intensivpflegeeinheit.

Geboten wird eine Vergütung nach VergGr. I b BAT bzw. Übernahme in das Beamtenverhältnis bei Erfüllung der beamtenrechtlichen Voraussetzungen. Nebeneinnahmen nach Vereinbarung mit dem leitenden Arzt. Mitarbeit im Unterricht in der Krankenpflegeschule gegen Vergütung. Außerdem werden die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen (zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen, Umzugskostenvergütung) gewährt. Für ledige Ärzte ist Wohnung vorhanden, bei verheirateten Bewerbern ist das Nervenkrankenhaus bei der Wohnraumbeschaffung behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Bewerbungsunterlagen werden erbeten an das Nervenkrankenhaus Regensburg, 8400 Regensburg 9, Postfach 25, Telefon (09 41) 94 12 01

Zum 1. Oktober 1973 ist die Stelle des

leitenden Arztes der II. Medizinischen Abteilung am Rotkreuzkrankenhaus in München

neu zu besetzen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an die Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e. V., 8000 München 19, Rotkreuzplatz 8 (Hochhaus)

An der Inneren Abteilung (derzeit ca. 75 Betten, Chefarzt Dr. Hiltner) des Kreiskrankenhauses Burglengenfeld (Landkreis Schwandorf) sind umgehend folgende Stellen zu besetzen:

1 Oberarzt (-ärztin)

(BAT I b)

1 Medizinalassistent (-In)

(BAT III)

Der Oberarzt sollte möglichst Facharzt sein oder kurz vor der Facharztserkennung stehen. Neben der allgemeinen inneren Medizin mit ihren Randgebieten wird künftig die Gastroenterologie einen gewissen Schwerpunkt darstellen. Eine moderne endoskopische Abteilung mit neuzeitlichen Untersuchungsverfahren und Geräten ist im Aufbau. Ein Um- und Erweiterungsbau des Gesamthauses wird geplant. Die Röntgenabteilung ist der Inneren Abteilung angeschlossen.

Zu der tariflichen Bezahlung mit allen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes kommen Nebenankünfte durch Ruf bzw. Bereitschaftsdienst, Gutachten und entsprechende Beteiligung am ÄrzteePool.

Burglengenfeld ist in der reizvollen Naablandschaft am Rande des Bayerischen Waldes gelegen, mit allen weiterbildenden Schulen am Ort. Bei der Wohnungsbeschaffung ist der Landkreis behilflich. Umzugskosten werden erstattet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Landratsamt Schwandorf, 8460 Schwandorf, Postfach 154.

Am Kreiskrankenhaus 8474 Oberviechtach (Landkreis Schwandorf) sind ab sofort folgende Stellen zu besetzen:

1 Oberarzt für Chirurgie,

1 Assistenzarzt für Chirurgie,

1 Assistenzarzt für Innere Medizin,

1 Medizinalassistent für Chirurgie.

Geboten wird tarifliche Bezahlung entsprechend der Ausbildung und Tätigkeit, zusätzliche Abgaben von salten des Chefarztes, volle tarifliche Abgeltung des Bereitschaftsdienstes, Leistungen nach dem Vermögensbildungsgesetz, Zusatzversorgung, Beihilfen im Krankheits- und Geburtsfall, 5-Tage-Woche, tarifliche Arbeitszeit und geregelte Freizeit.

Wohnung kann sofort zur Verfügung gestellt werden. Umzugskosten werden vergütet.

Oberviechtach ist Fremdenverkehrs- und Garnisonsstadt im Oberpfälzer Wald. Es liegt an der Bundesstraße 22 „Walden-Cham“. Bahnstation Oberviechtach der Bahnnebenstrecke „Nabburg-Schönsee“, mit Anschluß an die Schnellzugstation Schwandorf und die Ellzugstation Nabburg.

Am Ort befindet sich ein Gymnasium (Mathematisch-naturwissenschaftlich mit neusprachlichem Zweig) und Berufsschule für Sozialkunde und Kinderpflege.

Das Kreiskrankenhaus Oberviechtach besitzt 80 Betten. Das neue, nach modernsten Gesichtspunkten errichtete Grundversorgungskrankenhaus Oberviechtach mit 150 Betten wird im Jahre 1974 eröffnet. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden unter Angabe des frühesten Eintrittstermines erbeten an das Landratsamt Schwandorf, Hauptverwaltung, 8460 Schwandorf, Postfach 154.

Die Heilung v. Hautleiden u. -schäden

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

BEFELKA-OEL

Ist von überzeugender Eindringkraft

Arztmuster durch:

BEFELKA-ARZNEIMITTEL

4500 Osnabrück, Postfach 1351

Zus.: Ol. Hyperici 10 g.
Ol. Calend. 5 g. Ol. Chamom. 3 g. Ol. Oliv. 3 g.
Ol. Viol. tric. 5 g. med.
Weißöl 78 g. Arom.
50 ml DM 3.90
mit MWST und größer