



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 3

Zur Kenntnis genommen:

Vor wenigen Wochen tagten in unserem Bayerischen Ärztehaus in München die Mitglieder des „Kollegiums der Medizin-Journalisten“. Es schien mir ein gutes Omen zu sein, daß dieser Kreis von Publizisten, unter ihnen sicherlich mehr Nicht-Ärzte als Ärzte, keine Bedenken hatten, ihre Tegung im Hause der ärztlichen Berufsvertretung abzuhalten. In meinem Grußwort, das ich an die Versammlung richtete, führte ich aus, daß sich in dem Verhältnis der Ärzteschaft zur Publizistik in den letzten Jahren eine, wie ich meine, positive Wandlung vollzogen habe. Wir haben verstehen gelernt, daß es für die Veröffentlichung uninteressant ist, wenn wochenlang alle Züge pünktlich ankommen und alle Flugzeuge glücklich landen. Für die Schlagzeile eignet sich nur der Ausnahmefall eines Zusammenstoßes von Zügen oder eines Flugzeugesturzes. Wir müssen einsehen, daß dies auch für die Publizistik über medizinische Frege seine volle Gültigkeit hat. Es ist nicht interessant, über millionenfache Behandlung kranker Menschen und ihre Heilung zu sprechen, denn das ist für unsere Mitmenschen selbstverständlich geworden. Der Unglücksfall im medizinischen Bereich, der „Kunstfehler“, ist es, welcher das Publikum interessiert, welcher Schlagzeilen macht und vielleicht geeignet ist, den Absatz einer Boulevardzeitung zu erhöhen. Eindringlich aber habe ich die versammelten Journalisten darum gebeten, den vereinzelt Unglücksfall, den seltenen Kunstfehler im medizinischen Bereich nicht anders zu sehen als den seltenen Absturz eines Flugzeuges, so tragisch beides auch sein mag. Ausnahmen rechtfertigen keine Verallgemeinerung. Weder im einen, noch im anderen Bereich.

Die Ihrer Natur nach öffentlichkeitsabgewendete Tätigkeit des Arztes macht es uns immer wieder schwer, zu begreifen, daß über manches in der Öffentlichkeit diskutiert wird, was nach unserer Auffassung in den engsten Intimbereich der zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen Patient und Arzt gehört. Ein Schlagwort, welches in den letzten Wochen fast durch alle Zeitungen ging, hat uns dies wieder besonders bewußt gemacht: Die „Sterbehilfe“ oder „Euthanasie“. Ich muß mir versagen, dies hier medizinhistorisch darzustellen. Bleiben wir bei der jüngeren und jüngsten Vergangenheit. Wer in den Jahren nach dem letzten Weltkrieg das Wort „Euthanasie“ hörte, der brachte es eutomatisch in Zusammenhang mit dem Begriff „Euthanasie-Prozeß“. Der ihnen zugrundeliegende Tatbestand war erschütternd. Im Dritten Reich wurde Anfang der vierziger Jahre plötzlich der Begriff des „lebensunwerten Lebens“ hervorgeholt. Man stellte ihn dem Begriff des „Gnadentodes“ gegenüber und hat in einer Aktion, die ihresgleichen sucht, viele Tausende von körperlich und geistig behinderten Kindern und Erwachsenen getötet. Als die daraus entstandenen Prozesse der Nachkriegszeit unter dem Begriff „Euthanasie“ geführt wurden, hat dies ein Wort in Verruf gebracht, welches einen völlig anderen Inhalt hatte. In der letzten Zeit ist der Begriff des „Gnadentodes“, der „Euthanasie“, wieder in anderer Weise ins Gespräch gekommen. Man berichtete über eine Ärztin, die in Holland ihre alte, schwerkranke Mutter durch eine Spritze „erlöste“. Es wurde euch berichtet, daß sich die Sympathie der Bevölkerung dieser Ärztin zuwandte, eis sie vor Gericht stand.

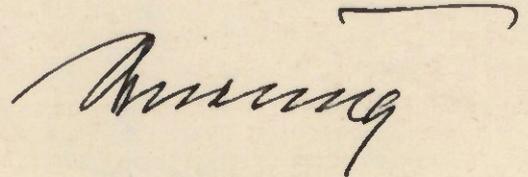
Es soll hier nicht mit einem solchen Einzeltat gericht werden. Beunruhigender war eine dicke Schlagzeile in einer Münchener Boulevardzeitung, die lautete: „Oberarzt bekennt: auch in München Sterbehilfe“. An diesem Tage stand bei uns das Telefon keinen Augenblick still. Pressevertreter und Agenturen aus ganz Deutschland wollten wissen, was wir dazu zu sagen hätten. Es würde wenig nützen, in einem solchen Augenblick darauf hinweisen zu wollen, daß hier der Vorhang vor der vielleicht schwierigsten Phase in den Beziehungen zwischen Arzt und Patient weggerissen wird. Wir mußten eine Antwort geben auf die Frege, wie sich der Arzt verhält, wenn er einem Schwerstkranken, einem Sterbenden gegenübersteht. Ich habe versucht, die Haltung des Arztes verständlich zu machen: Aufregung des Arztes ist allein, Leben zu erhalten, zu heilen, oder wenn dies nicht möglich ist, Schmerzen und Qualen zu lindern. Wenn der Arzt erkennt, daß der Weg seines Kranken die Grenze zwischen Leben und Tod überschreitet, so muß er alles tun, um diesem Menschen den Schmerz, die Qual und die Angst zu nehmen. Jedes Medikament, welches er dabei verwendet, darf nur diesen Zielen dienen. Die Frege, ob nicht auch durch die Anwendung stark wirkender Schmerzmittel eine Lebensverkürzung eintreten könnte, stellt sich nicht. Dem steht ebenso die Frage entgegen, ob nicht auch das Erdulden von Qualen das gleiche bewirken würde. Niemand wird ermessen können, ob auf die eine oder andere Weise das Leben dieses Menschen einige Stunden früher oder später erloschen wäre.

Entscheidend ist allein, daß unsere Mitmenschen in jeder Phase ihres Lebens wissen müssen, daß ein Arzt niemals in der Absicht an sie herentritt, durch eine Handlung ihr Leben zu beenden. Dies gilt gleichermaßen für die vollzogene wie für die unterlassene Handlung. Wenn ein Arzt etwa in der letzten Endphase eines Krebskranken eine auftretende Pneumonie nicht mehr behandelt, so tut er es nicht, um das Leben zu beenden, sondern weil er weiß, daß diese Behandlung sinnlos wäre. Sie würde den ermen Kranken nicht mehr retten können.

Wir wissen natürlich alle, daß diese Entscheidung in aller Regel, aufgrund der bekannten Diagnose und des Krankheitszustandes, mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit getroffen werden kann. Wir kennen aber ebenso die Schwierigkeit, in der Ärzte sich befinden, die auf einer Intensivstation einen tiefbewußtlosen Menschen mit ihren modernsten Maschinen behandeln, um sein Leben zu retten. Die Frage muß eines Tages an sie herentreten, wie sie sich verhalten sollen. Aber auch hier kann es nur eine Maxime geben: Keine Maschine darf abgestellt werden, um das Leben zu beenden. Die ärztliche Entscheidung, die Maschine abzustellen, kann also immer nur dann zulässig sein, wenn nach allen Kriterien der Vorgang des Sterbens bestenfalls noch durch die scheinbare Aufrechterhaltung eines meschnellen Kreislaufes verschleiert wird.

Der Arzt baandat also in dleser Situation nicht atwa ain Leban, sondarn er ziaht die Konsaquenz daraus, daß dleses Leban zu Ende gagangan ist.

Wir werdan sichar noch oft mit dar Fraga konfrontiert werdan, ob as nicht sinnvoli und human wära, ein qualvolles Daseln, dessen Enda abzusehen ist, durch aktiva Handlung, durch „aktiva Euthanasie“, wie man zu sagan pflagt, zu beenden. So sehr man dafür Verständnis haben muß, wenn solcha Fragan gestallt wardan, so unnachgiebig muß ihnan ain hartas Nein entgegengasetzt werden. Das Fundament das Vartrauansvarhältnissas zwischen Patient und Arzt ist und muß die Gawißhalt für den Kranken blaißen, daß der Arzt niamals und in keiner Situation seinas Lebans in dar Absicht an ihn herantretan wird, sein Leben zu baenden, und sai es auch in ainar dasolaten Laga. Dia Befraigung aines Sterbenden von Quaian, Schmarzen und Ängsten, selbst wenn dadurch der Ablauf das Sterbens verändert würda, ist atwas grundlegend anderes wie dia aktiva Handlung zur Baendigung des Lebans. Es ist, weiß Gott, kein Wortspial! Es ist der ernsta Versuch, eine Grenze aufzuzeigen, die für uns Ärzta immer unantastbar sein und blaißen muß. Die richtiga Verbindung zwischen dem humanitären Handeln des Arztes in dar Sterbestunde eines Menschen und der unantastbaren Achtung vor dem Leben muß diesseits der Grenze gefunden warden. Es wära schön, wann die Publizisten uns in dar Wahrung und Baachtung dieser Grundsätzta ihra Hilfa nicht versagen wolltten.



Professor Dr. Sewering

Die Wiederentdeckung der menschlichen Seele und ihrer Leiden

Vorschau auf das Thema des 55. Augsburger Fortbildungskongresses: „Psychiatrie und Psychotherapie in der psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Praxis“

von A. Schretzenmayr

Der griechische Philosoph *Plato* (427 bis 347 v. Chr.) gilt als der Entdecker der menschlichen Seele. Diese Seele ist nach *Plato* unsterblich, besitzt in drei Stufen einen begehrenden, einen muthaften und einen vernünftigen Anteil und soll den Menschen zur höchsten Idee des Guten führen. *Platos* Schüler, *Aristoteles* (384 bis 322 v. Chr.), einflußreichster Philosoph und Naturwissenschaftler des klassischen Altertums, Erzieher *Alexanders des Großen*, schreibt mehrere hundert philosophische Bücher, darunter seine drei Hauptwerke „Organon“, „Physik“, „Metaphysik“; er erweitert darin *Platos* Lehre von der Seele und gründet die Schule der Peripatetiker, aus der weitere berühmte Philosophen hervorgehen. Diese aristotelische Philosophie hat nicht nur die Naturwissenschaften, besonders auch die Psychologie und Medizin des Altertums und Mittelalters, beeinflußt, sondern wird selbst heute wieder von den modernen Adepten zitiert.

Die Entdeckung der Seele, die Beschreibung ihrer Funktionen und Eigentümlichkeiten durch *Plato* und *Aristoteles* muß auf die damalige

Medizin und die Ärzte einen tiefgreifenden Effekt ausgeübt haben – ist doch die Seele des Kranken der oft wichtigste therapeutische Angriffspunkt, der bewußt oder unbewußt das ärztliche Handeln damals leitet. Wenn nunmehr der Philosoph mit den Worten der Logik dem Arzt ein Bild dieser Seele vermittelt, zeigt er ihm damit zugleich den Zugang zur Seele, die Möglichkeit einer Psychotherapie, den Weg zu einer gezielten Erkennung und Behandlung seelischer Störungen.

Eine weitere Wissenschaft – die Theologie – interessiert sich für *Platos* Entdeckung, für die Seele; es ist besonders der bedeutendste christliche Kirchenlehrer, der *hl. Augustinus* (354 bis 430 n. Chr.), der die aristotelischen Gedenkengänge über die Seele wieder aufgreift und ihnen eine christliche Grundlage gibt, die in der Heilslehre ihren Widerhall findet und eine große Welle religions-philosophischer und psychologischer Diskussionen auslöst.

Nun aber wird es auffallend ruhig mit neuen Ideen über die Seele, sowohl in der Medizin als auch in der Philosophie. Dabei hätte man

erwarten sollen, daß die Renaissance, die fast auf allen Gebieten der Wissenschaften zu einer Wiederbelebung und Neuorientierung geführt hat, auch die Psychologie miterfaßt hätte. Aber die menschliche Seele scheint vergessen oder bleibt uninteressant, zu sehr faszinieren in der Renaissance die Physik, Alchemie und Chemie, vor allem die bildende Kunst und Literatur.

Dabei hat es an Einzelanregungen zur Beschäftigung mit der Seele nicht gefehlt; sie sind aber überhört worden und haben deshalb zu keinen Konsequenzen geführt. Je ein Beispiel solcher frustraner Ansätze aus der Medizin und aus der Philosophie seien genannt; *Paracelsus* (1493 bis 1544) prägte das Wort: „Die höchste Arznei ist die Liebe.“ Es ist dieser Satz in einer Zeit, in der in psychiatrischen Asylen die Kranken gefesselt und angekettet werden, eine geradezu programmatische Forderung nach einer „Zuwendung“ zum Psychisch-Kranken, nach einer Psychotherapie im heutigen Sinn. Aber die Ärzte damals verstehen *Paracelsus* nicht, sie interessieren sich wohl für seine „Wundarznei“, für seine Therapie



Paracelsus
„Die höchste Arznei
ist die Liebe“

mit Schwermetallen und Pflanzen, nicht aber für seine Psychotherapie. Die zweite Anregung kommt aus der Philosophie; der französische Philosoph Descartes (1596 bis 1650) erkennt die fundamentale Unterscheidung der zwei Grundsubstanzen der Welt: der *res cogitans* (Geist und Seele) und der *res extensa* (Körper); er begründet damit einen Dualismus von Geist und Körper – von Seele und Leib. Erst das zwanzigste Jahrhundert nimmt mit der Diskussion über das Leib-Seele-Problem mit der Prägung des Begriffes der psychosomatischen Medizin diese Gedanken wieder auf.

Die Situation in der Medizin beim Eintritt in das 20. Jahrhundert mag durch eine sehr bösartige Bemerkung illustriert werden, die – wahrscheinlich zu Unrecht – Rudolf Virchow (1821 bis 1902) in den Mund gelegt wird: auf die Frage eines Journalisten, was er von der Seele halte, soll Virchow geantwortet haben, er habe noch nie in seinem Leben auf der Spitze seines Seziersmessers ein Stückchen Seele entdeckt!

Cum grano salis darf man sagen: die menschliche Seele, einem Plato,

Aristoteles, Augustinus bildhaft nahe und vertraut, bleibt der modernen Medizin zunächst verschlossen; die menschliche Seele muß im Maschinenalter erst wieder neu entdeckt werden – und sie wird wiederentdeckt ohne Maschinen, ohne Laboratorien, ohne die elektrischen, elektronischen und nuklearen Apparate

des 20. Jahrhunderts, ganz einfach im zweiten Stock eines Wiener Mietshauses, im Sprechzimmer eines begnadeten Arztes, der es versteht, seinen Patienten zuzuhören, und sich ihnen zuzuwenden. Sigmund Freud erwartet seinen ersten Patienten um 8.00 Uhr morgens und beschäftigt sich mit ihm genau 55 Minuten. Jede Stunde, zuletzt um 8.00 Uhr abends ist ein neuer Patient bestellt. Die fünf Minuten Pause verbringt Freud jeweils im Kreise seiner großen Familie. Wenn um 9.00 Uhr der letzte Patient das Haus verlassen hat, überdenkt Freud bis tief in die Nacht an seinem Schreibtisch das im Gespräch mit den Patienten gesammelte Erfahrungsmaterial und schreibt seine Gedanken nieder. Bei seiner Methode läßt er den Patienten zunächst in freier Assoziation einfach erzählen, was diesem einfällt. Dabei kommen oft auch die Träume des Patienten zur Sprache. Freud erkennt, daß diese Träume nicht zufällig auftreten, daß sie mit den Problemen des Kranken in Verbindung stehen. Freud wertet die Träume als eine Ausdrucksform des Unbewußten und als symbolische Hinweise. Ein Träumer, den man auffordert, über seine Träume und seine Gedanken hierüber zu sprechen, verrät die unbewußte Ursache seines Leidens, und zwar durch das, was er sagt, und auch durch das, was er unabsichtlich oder absichtlich verschweigt. So entwickelt sich Freuds Methode der Psychoanalyse, so entsteht Freuds Werk über das



Fesselung von Kranken in der Salpêtrière und Ihre Befreiung durch Pinel



René Descartes „Cogito, ergo sum“

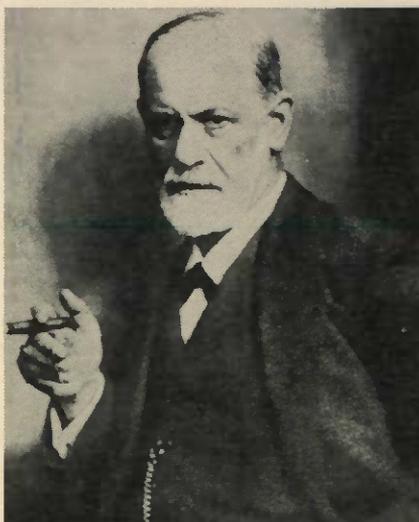
Unbewußte; und mit dem Unbewußten entdeckt er die Seele und ihre Leiden, entdeckt zugleich einen Zugang zu dieser Seele.

Die Reaktion der ärztlichen Kollegen und der Welt auf die neuartigen Gedanken und Methoden bleibt viele Jahre abweisend. Die Wiener Medizinische Gesellschaft wendet sich von ihm ab. Seine Schüler bringen eigene Erfahrungen zum Problem der Behandlung der kranken Seele und setzen sich dadurch oft in Gegensatz zu der starren Meinung des Meisters. Alfred Adler, C. G. Jung, Otto Rank und W. Stekel, vier seiner bedeutendsten Schüler, erkennen, daß nicht nur die freie Assoziation und die Traumdeutung, sondern viele andere Symbole, wie etwa psychische und somatische Verhaltensweisen, ja sogar künstlerische und schöpferische Ausdrucksformen, die Sprache der Seele sprechen und den Weg zur Seele öffnen können. In der harten Diskussion mit Freund und Feind wird im Rahmen der Fortentwicklung der modernen Medizin die wissenschaftliche Erkenntnis über die Bedeutung psychischer Störungen für die seelische und körperliche Gesundheit des Menschen zu rascher Reifung gebracht.

Für die praktische Medizin ist *Freuds* Entdeckung von großer Bedeutung geworden: wenn wir heute seine Methode der großen Psychoanalyse zur Behandlung seelischer Störungen nicht mehr oder nur ausnahmsweise benutzen, wenn statt dessen einfachere, differenziertere und oft auch wirksamere Methoden der Psychotherapie zur Anwendung kommen, so wird hierdurch das

große Verdienst *Freuds* in keiner Weise geschmälert; er ist der Wiederentdecker der menschlichen Seele in unserem Jahrhundert und zugleich der Entdecker eines Zuganges zu dieser Seele.

Die Wiederentdeckung der Psychotherapie in der Medizin kann man sich – vereinfachend – in drei Stufen vorstellen, wobei wir die praktische Tätigkeit *Freuds* und seiner engsten Mitarbeiter zu Beginn unseres Jahrhunderts als erste Stufe bezeichnen möchten. Kurz vor dem Ersten Weltkrieg und besonders zwischen den beiden Weltkriegen breitet sich dann die Kenntnis und die Nutzenanwendung der modernen Psychotherapie, zunächst noch ganz



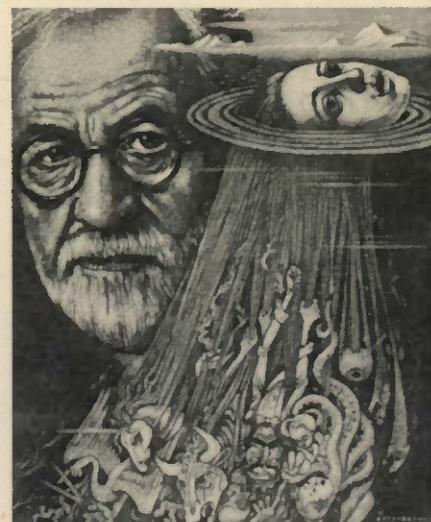
Sigmund Freud, der Entdecker des „Unbewußten“

von *Freudscher* Prägung, in allen Kulturstaaten, besonders in den USA aus. In dieser zweiten Entwicklungsstufe erweckt die Psychotherapie den Eindruck einer hochspezialisierten medizinisch-philosophischen Fachdisziplin, der oft auch ein Hauch von Geheimwissenschaft oder gar von Geistesgnadentum anzuhängen scheint. In den USA wird es modern, „zum Psychotherapeuten zu gehen“, bekannte Wirtschaftskapitäne und Politiker sollen ihre Haus-Psychotherapeuten gehabt haben, so wie einst Kaiser und Könige ihre Leibärzte.

Von diesem Zerrbild der Psychotherapie unterscheidet sich grundsätzlich die dritte Stufe, in der wir uns heute befinden; die wissenschaftlich fundierte Psychotherapie dringt immer mehr in die ärztliche

Sprechstunde ein, auch in die nicht-psychiatrische Sprechstunde! Wo immer ein Kranker die Hilfe eines Allgemeinarztes oder Facharztes in Anspruch nimmt, da hat die Psychotherapie im Rahmen des Gesamttherapieplanes oft ein wichtiges Wort mitzureden. Die „Seelenärzte“ und die „somatischen“ Ärzte sind sich heute über diese moderne Konzeption des Stellenwertes der Psychotherapie in der ärztlichen Praxis einig und somit auch einer Meinung in der Forderung nach stärkerer Berücksichtigung der Psychotherapie in der Ausbildung und Fortbildung des Arztes. Es bedarf selbstverständlich eines eigenen Fachgebietes „Psychotherapie“ mit hochspezialisierten Ärzten für Psychotherapie zum Zweck der Forschung, zur praktischen Erprobung neuer Aspekte und Methoden sowie zur therapeutischen und konsiliarischen Hilfe bei besonders schwierigen Situationen. Aber darüber hinaus muß sich heute jeder therapeutisch-tätige Arzt, besonders der Allgemeinarzt, Internist, Gynäkologe, Pädiater, Geriater, mit den Grundlagen und den therapeutischen Methoden der modernen Psychotherapie vertraut machen und sie im Bedarfsfalle bei seinen Patienten, oft auch bei „organisch Kranken“ ganz im Sinne der psychosomatischen Medizin zum Einsatz bringen.

Dieses Ziel hat das wissenschaftliche Programm des 55. Augsburger Fortbildungskongresses vor Augen, wenn folgende Einzelthemen



Seelische Konflikte, ins Unbewußte verdrängt, können Krankheitsursache werden. Künstlerischer Deutungsversuch von *Freuds* Lehre



„Artistic Self-Expression“ als Symbol seelischer Erkrankung. Angstzustände, gezeichnet von einem jungen Mädchen in einer akuten hebephrenischen Phase

im großen Kongreßsaal abgehandelt werden:

„Psychosomatische Medizin und psychosomatische Krankheiten“, stellt das grundlegende erste Referat am Samstag, 22. März 1975, vormittags, dar, das der Schweizer Psychiater Privatdozent Dr. W. Pöldinger, Wil/St. Gallen, übernommen hat. Ihm folgt Professor F. Labhardt, Basel, ebenfalls Schweizer Psychiater mit dem Thema: „die Anorexia nervosa als Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung“. „Herz-Kreislauf-Störungen – funktionell oder organisch?“ mit dieser Fragestellung spricht der Kardiologe Dr. J. Schmidt-Volgt ein Problem an, das seit Jahren in zunehmendem Maße sowohl das diagnostische wie therapeutische Können des Arztes in der Sprechstunde herausfordert. Fast jeder zweite Patient klagt über sein Herz; es gilt, die zahlreichen organischen Ursachen zu erkennen und richtig zu behandeln, es gilt aber auch, die häufigen psychischen Ursachen in der Zeitnot der Sprechstunde herauszufinden und sie einer entsprechenden Behandlung zuzuführen. „Die Psychosomatik in der frauenärztlichen Sprechstunde“ erörtert der Landshuter Frauenarzt Professor H. J. Spechter, der sich in seiner wissenschaftlichen Laufbahn eingehend mit den körperlichen gynäkologischen Zeichen beschäf-

tigt hat, die bei Frauen unter dem Einfluß von psychischem oder vegetativem Stress auftreten und die häufig Anlaß zu Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe in der Sprechstunde sind. Die psychosomatische Thematik dieses Kongreßtages wird mit einem Podiumsgespräch über die „Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen“ abgeschlossen. Gerade im Kindesalter und bei den Jugendlichen spielen heute – das haben die bitteren Nachkriegsjahre gezeigt – die psychischen Einflüsse eine gewaltige Rolle. Eine breite Palette von Störungen, angefangen vom „schlechten Esser“, von Lernschwierigkeiten über zahlreiche psychosomatische Verhaltensstörungen bis hin zur Drogensucht wird der Referent, Universitätsprofessor Dr. A. Rett, Wien, zur Sprache bringen und Ratschläge zur psychotherapeutischen Beherrschung dieser Störungen in der ärztlichen Praxis geben.

Der letzte Kongreßtag, Sonntag, 23. März 1975, beginnt mit einer Vorlesung über die „Psychopharmaka“, die Universitätsdozent Dr. G. S. Barolin, Rankweil/Vorarlberg, mit allen Vorbehalten und Warnungen vor einem Zuviel bei ungeeigneten Fällen halten wird; der Referent wird am Ende des wissenschaftlichen Vormittags seinen Zuhörern in seinem zweiten Referat „Autoge-

nes Training, Indikationen und Möglichkeiten in der Praxis“ sagen können, wie man auch ohne Psychopharmaka bei vielen psychischen Erkrankungen weiterkommen kann. Zunächst jedoch folgt nach dem Bericht über die „Psychopharmaka“ das wichtige psychiatrische Thema „Die klassischen Psychosen und ihre Therapie“, dargestellt von Primarius Dr. H. Groß, Wien; bei dieser Gruppe von Erkrankungen haben die Psychopharmaka ihr Hauptanwendungsgebiet und ihre größten Erfolge gefunden. Einer der Höhepunkte des 55. Augsburger Kongresses wird schließlich das Doppelreferat von Privatdozent Dr. Pöldinger sein: „Psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsführung in der nichtpsychiatrischen Praxis“. Auf diesem Referat ruht der Schwerpunkt der Zielsetzung unseres Kongreßthemas; das persönliche Gespräch zwischen Arzt und Patient, aus Zeitnot nicht selten aufgeschoben und in Bedrängnis, ist eine der wichtigsten therapeutischen Maßnahmen bei der Behandlung psychosomatischer Störungen. Wie diese Gesprächsführung auch unter Berücksichtigung der Überlastung des Arztes der Praxis gezielt und mit Erfolg geführt werden kann, dafür wird Pöldinger praxisnahe Anleitungen geben. Eine weitere Form der Gesprächsführung wird dann am Nachmittag von Pöldinger praktisch vorgeführt werden. Der Schweizer Psychiater wird eine Modell-Balint-Gruppe demonstrieren: Eine Balint-Gruppe (benannt nach dem verstorbenen englischen Psychotherapeuten Balint) besteht aus Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung, also aus Internisten, Gynäkologen, Pädiatern, Chirurgen usw., die unter der Leitung eines Psychotherapeuten ihre „Problemfälle“ vortragen. In der Aussprache und unter dem fachkundigen Rat des leitenden Psychotherapeuten ergeben sich dann oft therapeutische Hilfen in scheinbar ausweglosen Krankheitsfällen. Die Kongreßteilnehmer werden nicht nur Zuhörer dieser Gespräche sein, sondern werden auch aktiv eingeschaltet durch das „Mikrofon an der langen Leine“, mit dessen Hilfe jeder Zuhörer seine Meinung zum Problemfall geben kann.

Wie stets finden beim Augsburger Ärztekongreß eine große Zahl von Zusatzveranstaltungen statt. Außer den klinischen Visiten in vielen Augs-

burger Krankenhäusern lädt das dreitägige „Schilddrüsen-Seminar“ von Professor Dr. F. A. Horster, Düsseldorf, dazu ein, die Fortschritte kennenzulernen, die sich für die Praxis aus den neuen diagnostischen und therapeutischen Ergebnissen der Schilddrüsenforschung ableiten lassen. Ein mehrtägiges Laborseminar wendet sich an Ärzte und seine Helferinnen, wobei besonders die Qualitätskontrolle auf dem Programm steht.

Kehren wir nochmals zurück zu unserem Generalthema, zur „Psychotherapie in der nichtpsychiatrischen Praxis“. Obwohl heute bei der Psychotherapie die stundenlangen, oft täglichen Sitzungen wegfallen, obwohl die moderne Psychiatrie für das ärztliche Gespräch und andere psychotherapeutische Behandlungs-

methoden knappe und doch effektive Formen erarbeitet hat, verbraucht das ärztliche Gespräch in der Sprechstunde von der knappen Zeit des Arztes mehr als z. B. das Ausstellen eines Rezeptes. Die Ärzte der Praxis sind bereit, dieses Mehr an Zeit auf sich zu nehmen; dies beweist schon das große Interesse an unserem Generalthema. Aber die Ärzte fordern mit Recht, daß ihnen dieses Mehr an Zeit durch Entlastung bei der Verwaltungsarbeit ermöglicht wird. Leider sieht es heute auf diesem Sektor ganz traurig aus: Die Krankheit wird heute – wenn es nach den Machtvorstellungen der Behörden und Krankenkassen ginge – nicht behandelt, sondern *verwaltet*. Es vergeht kaum eine Woche, in der nicht neue, zeitraubende Verwaltungsaufträge und bürokratische Anforderungen den

Ärzten der Praxis aufgezwungen werden. Die Zahl der Attest- und Zeugnisanforderungen wächst ständig, da kein Amt und keine Behörde heute mehr den Mut aufbringt, selbst die Verantwortung für einen Verwaltungsakt aufzubringen, sondern versucht, alles Unangenehme auf den sozialmedizinischen Sektor abzuschieben. Hier kann viel Zeit für die *Behandlung* des Kranken, für das ärztliche Gespräch, für die Psychotherapie in der täglichen ärztlichen Sprechstunde freigemacht werden. Möge dieser Appell an die Vernunft des Verwaltungsbeamten auf fruchtbaren Boden fallen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. A. Schretzenmayr,
8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2

Gegenwärtiger Stand des Guthrie-Testprogrammes in der Bundesrepublik Deutschland

von Jürgen S c h a u b

Aus der Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital (Direktor: Professor Dr. med. K. B e t k e)

Bedeutung von Screeninguntersuchungen

Das Screening – vom englischen Wort to screen = durchsieben – ist eine Methode, um ganze Populationen, z.B. alle Neugeborenen eines Jahrganges, auf bestimmte Anomalien hin zu untersuchen und Krankheitsträger zu erfassen. Es kommen besonders solche Krankheiten in Frage, die man behandeln kann, und die unbehandelt schleichend und für die Eltern oft unbemerkt zu schwerem Schwachsinn führen, wie z.B. die Phenylketonurie. Die Screeninguntersuchung hat so früh wie möglich, am besten in der Neugeborenenzeit, zu erfolgen. Dabei sind solche Untersuchungen nicht nur vom ärztlich-ethischen Standpunkt aus zu fordern, sondern auch ökonomisch durchaus berechtigt, da

krankende behinderte Menschen ihr ganzes Leben lang eine erhebliche finanzielle Belastung für die Gemeinschaft sind. In Tabelle 1 ist grob schematisch gegenübergestellt, was es kostet, einen Patienten mit Phenylketonurie als Neugeborenes zu entdecken und ihn zehn Jahre – das reicht meistens aus – zu behandeln, und was es kosten würde, wenn der gleiche Patient nicht entdeckt, nicht behandelt und sein Leben lang in einer Heilanstalt untergebracht wäre. Die Screeninguntersuchungen gehören also in das große Gebiet der präventiven Medizin. Der Gesetzgeber hat dem inzwischen Rechnung getragen und den Guthrie-Test – eine Methode des Screening – in das Vorsorgeprogramm für Kinder aufgenommen. Dabei wird die ärztliche Leistung bei der Blutabnahme von den Kran-

kenkassen vergütet, die Untersuchung selbst aber vom Staat, und zwar von den einzelnen Bundesländern, finanziert.

Der Guthrie-Test, um bei diesem Beispiel zu bleiben, wird in der Bundesrepublik in allen Bundesländern durchgeführt. Von Neugeborenen aus der Ferse entnommenes Blut wird auf Filterpapierkärtchen getrocknet und mit der Post an die Untersuchungsstelle geschickt. Mit einem bakteriologischen Hemmtest, eben dem Guthrie-Test, genannt nach dem amerikanischen Mikrobiologen Robert Guthrie, wird dann der Blutspiegel verschiedener Substanzen gemessen und Erhöhungen werden an den Einsender, meistens eine geburtshilfliche Klinik, mitgeteilt. Diese wird dann in der Regel das Kind zur weiteren Diagnostik in

Phenylketonurie, entdeckt und behandelt		Phenylketonurie, nicht anteckt und unbehandelt	
Guthrie-Test pro Neugeborenes	DM 1,-	Labenslängliche Versorgung eines Schwachsinnigen in einer Anstalt	DM 550 000,-
Guthrie-Test pro entdeckter Fall	DM 10 000,-		
Diät und medizinische Betreuung	DM 100 000,-		
Verlust des Bruttosozialproduktes pro Leben			DM 450 000,-
Summe	DM 110 000,-	Summa	DM 1 000 000,-

Tabelle 1

Oberschlagartige Kostenberechnung für behandelte und nicht behandelte Phenylketonurie-Patienten

eine Kinderklinik einweisen. Screeninguntersuchungen auf angeborene Stoffwechselstörungen sind nicht nur mit dem Guthrie-Test aus Blut möglich, sondern auch aus dem Urin, wie Großversuche in den USA mit befriedigenden Resultaten gezeigt haben.

Organisation und Durchführung des Guthrie-Testes

Die Durchführung des Guthrie-Testes ist in der Bundesrepublik Deutschland Aufgabe der Länder. Er wird meist in den staatlich bakteriologischen Untersuchungsanstalten, die den Länderinnenministerien unterstehen, durchgeführt. In einigen Bundesländern sind andere Untersuchungsstellen meist in Kinderkliniken mit der Durchführung beauftragt worden. Zur Zeit existieren 16 solcher Guthrie-Testlabors. Außer der Phenylketonurie kann man heute mit ähnlichen Verfahren auch andere Stoffwechselkrankheiten finden. Dabei ist die Erweiterung des Programmes im Gegensatz zur Ersteinrichtung vergleichsweise billig und nur mit geringem Mehraufwand möglich. Für den Patienten bedeutet es überhaupt keine Mehrbelastung, denn es kann das gleiche Filterpapierplättchen mit getrocknetem Blut verwendet werden.

Guthrie-Test in der Bundesrepublik Deutschland seit 1969

Seit 1969 wird der Guthrie-Test für die Phenylketonurie in allen Bundesländern durchgeführt, 1965 wurde in Hessen damit begonnen. Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, betrug die

Beteiligung 1969 72 Prozent während sie 1973 dank intensiver Aufklärung der Bevölkerung auf 94 Prozent gesteigert werden konnte. Bereits 1969 wurde in einem Bundesland zusätzlich auch nach der Galaktosämie gesucht. Diese Krankheit führt in der Neugeborenenperiode zu schweren Leberstörungen bis zum Leberkoma, wenn die Kinder mit normaler laktosehaltiger Milch gefüttert werden. Die Erhöhung des Galaktosespiegels im Blut dient dabei als Indikator für den Guthrie-Test. Frühzeitiger Ersatz normaler Milch durch Sojamilchpräparate garantiert den Kindern ein normales Gedeihen. 1970 wurde dann auch die Erfassung der Ahorn-

sirupkrankheit und der Homozystinurie in das Programm aufgenommen. Bei der Ahornsirupkrankheit werden im Blut die Aminosäuren Leucin, Isoleucin und Valin erhöht gefunden. Eine frühzeitige Behandlung, die allerdings sehr schwierig ist, kann die betroffenen Kinder vor schweren Zerebralschäden schützen. Auch die Homozystinurie, die durch Erhöhung von Methionin im Blut entdeckt wird, kann diätetisch behandelt werden und ihre Träger vor Zerebralschäden, Augenveränderungen und thromboembolischen Komplikationen bewahren. 1971 ist in einem Bundesland auch die Untersuchung der Histidinämie in das Guthrie-Testprogramm aufgenommen worden. In anderen Ländern – Österreich – ist sie fast so häufig wie die Phenylketonurie. Unbehandelt werden bei einem Teil der Patienten zerebrale Schäden gefunden, die durch eine frühzeitige Diät zu vermeiden sind.

Vergleichende Statistik in den einzelnen Bundesländern im Jahr 1973 *)

Da im Jahre 1973 nur die Phenylketonurie in allen Bundesländern mit dem Guthrie-Test untersucht wurde,

*) Herrn Professor Dr. H. Bickel und Frau Dr. E. Schmid-Rüter, Heidelberg, danke ich für die Überlassung von zum Teil noch nicht publiziertem Zahlenmaterial.

Jahr	Lebendgeborene	Untersuchte Neugeborene	Prozentuale Erfassung	Untersuchte Krankheiten	
				In allen Bundesländern	in einigen Bundesländern
1969	903 456	650 210	72	PKU	Galaktosämie
1970	810 764	675 520	83	PKU	Ahornsirupkrankheit Homozystinurie Histidinämie Galaktosämie
1971	810 808	705 859	87	PKU	Ahornsirupkrankheit Homozystinurie Histidinämie Galaktosämie
1972	701 405	679 026	96	PKU	Ahornsirupkrankheit Homozystinurie Histidinämie Galaktosämie
1973	635 634	598 256	94	PKU	Ahornsirupkrankheit Homozystinurie Histidinämie Galaktosämie

Tabelle 2

Prozentuale Beteiligung der Neugeborenen am Guthrie-Test auf Phenylketonurie (PKU) und anderen angeborenen Stoffwechselkrankheiten

Bundesländer	Lebend-geborene	Prozen- tuelle Er- fassung	PKU	Gelak- tos- ämie	ASK*)	Homo- zystin- urie	Histid- inämie
Schleswig-Holstein	26 398	87	1	—	—	—	—
Hamburg	13 666	95	3	1	0	0	—
Bremen	6 760	98	0	1	0	0	—
Niedersechsen	78 979	89	12	—	—	—	—
Nordrhein-Westfalen	172 435	99	9	—	2	1	—
Hessen	55 503	100	6	1	0	0	—
Rheinland-Pfalz	37 001	96	6	1	0	0	—
Seerlend	9 845	97	0	—	—	—	—
Baden-Württemberg	102 875	100	11	2	0	0	0
Bayern	114 658	74	12	—	—	—	—
Berlin	17 514	98	9	—	—	—	—

*) ASK = Ahornsirupkrankheit

Tabelle 3

Beteiligung der einzelnen Bundesländer am Guthrie-Testprogramm 1973

ist auch nur für sie aus der Zahl der untersuchten Neugeborenen und der Zahl der gefundenen Fälle die Häufigkeit dieser Krankheit für die gesamte Bundesrepublik zu berechnen. Sie beträgt (ausgerechnet nach Tabelle 3) 1 : 8600. Für alle anderen Krankheiten, die zum Teil in einigen Bundesländern getestet werden, ist diese Häufigkeitsberechnung noch nicht möglich, doch weiß man aus Österreich, daß die Histidinämie die nächst häufige angeborene Stoffwechselstörung des Aminosäurestoffwechsels ist.

Wie aus Tabelle 3 hervorgeht, ist die prozentuale Erfassung der Neugeborenen in den einzelnen Bundesländern recht unterschiedlich. In den großen Städten und Stadtstaaten ist sie am höchsten, während sie in den Bundesländern mit überwiegend ländlicher Bevölkerung am niedrigsten ist. Bayern stand 1973 mit 74 Prozent an letzter Stelle, im Gegensatz zum Gesamtbundesgebiet mit 94 Prozent (Tab. 2). Das ist um so alarmierender, als 1972 in Bayern schon eine prozentuale Erfassung von 87 Prozent vorlag. Umgerechnet bedeuten diese Zahlen, daß 1973 28 Prozent der bayrischen Neugeborenen, das sind 32 000 nicht mit dem Guthrie-Test untersucht wurden. Nach der Häufigkeit dieser Krankheit befinden sich darunter drei bis vier Kinder mit einer Phenylketonurie, die bisher nicht erkannt und auch nicht behandelt wurde. Ob die schlechte Beteiligung am Guthrie-Testprogramm in den ländlichen Bundesländern mit der schlechteren ärztlichen Versorgung auf dem Lande zusammenhängt, sei dahingestellt.

Auch der Ausbau und die Kapazität der Untersuchungsstellen ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich.

In Baden-Württemberg, der Einwohnerzahl nach das drittgrößte Bundesland, wird der Guthrie-Test für fünf angeborene Stoffwechselkrankheiten durchgeführt, in Bayern, der Einwohnerzahl nach das zweitgrößte Bundesland, wird nur die Phenylketonurie untersucht. Auch in Niedersachsen, in Schleswig-Holstein, im Saarland und erstaunlicherweise in Berlin werden Guthrie-Teste nur für die Phenylketonurie durchgeführt.

Daß die „reiche“ Bundesrepublik Deutschland in einem europäischen Vergleich relativ schlecht abschneidet mit dem Ausbau des Guthrie-Testprogrammes zeigt Tabelle 4. Wir haben als Beispiel das gut aus-

gebaute Programm Baden-Württembergs und das schlecht ausgebaute Programm Bayerns denen von Österreich und der Schweiz gegenübergestellt. Diese vier Länder sind sich in bezug auf Einwohnerzahl, Geburtenhäufigkeit, Infrastruktur und Sozioökonomie sehr ähnlich. Das Screeningprogramm Österreichs ist vorbildlich und in der ganzen Welt anerkannt. Daß hier Interesse an präventiver Medizin und persönliche Initiative solche Screeningprogramme fördern, ist genauso unbestritten wie die Vermutung, daß allzuviel Partikularismus und Kompetenzstreitigkeiten sie hemmen.

Zukunftsaspekte

Das erste Ziel, das wir in der Bundesrepublik Deutschland erreichen müssen, ist, daß bei jedem — aber auch bei jedem — Neugeborenen Blut aus der Ferse für den Guthrie-Test entnommen wird. Dazu sind gemeinsame Anstrengungen von Kinderärzten, Geburtshelfern, Administratoren, Schwestern und Hebammen nötig.

Dann hat zumindest der mit dem Patienten und am Patienten Beschäftigte seine Pflicht, die kaum Arbeit erfordert, getan. Man soll sich nicht scheuen, immer wieder darauf hinzuweisen und auch die öffentlichen Medien in die Aufklärung mit einzubeziehen. Bei Überwindung von Nachlässigkeit und Vergeßlichkeit ist dieses erste Ziel eigentlich am leichtesten zu erreichen und nur ganz Unbelehrbare leisten hier aktiven Widerstand.

	Bayern	Baden-Württemberg	Österreich	Schweiz
Phenylketonurie	+	+	+	+
Galaktosämie		+	+	+
Ahornsirupkrankheit		+	+	+
Homozystinurie		+	+	+
Histidinämie		+	+	
Hypertryosinämie			+	
Hyperprolinämie (DC)*)			+	
Hyperglyzinämie (DC)			+	

*) OC = Dünnschichtchromatografie

Tabelle 4

Durchgeführte Screeningteste in zwei deutschen Bundesländern und in benachbarten europäischen Ländern (Stand: 1. Januar 1974)

Arzneimittelpreise sind Teil der Therapiekosten

Bei Hyperurikämie und bei Gicht

Neu



NUR

**DM
14.50**

- nach eigenem neu entwickelten Verfahren in bewährter Qualität und Galenik von Siegfried hergestellt (Entspricht B P 1973)
- individuell dosierbar

Zusammensetzung

1 Tablette enthält 100 mg Allopurinol von Siegfried.

Chemie

Allopurinol ist ein Isomer des Hypoxanthins (4-Hydroxypyrazolo-(3,4-d)-pyrimidin).

Pharmakologie

Durch Allopurinol wird das Enzym Xanthinoxidase, das zur Oxydation von Hypoxanthin zu Xanthin und von Xanthin zu Harnsäure führt, gehemmt. An Stelle der Harnsäure wird das gut lösliche Hypoxanthin und Xanthin ausgeschieden.

Allopurinol senkt den Harnsäurespiegel im Serum und beseitigt die Harnsäureablagerungen im Gewebe (Tophi etc.).

Indikationen

Hyperurikämie und Gicht

Zu Hyperurikämie (über 6 mg% Harnsäure)

können auch Erkrankungen mit starkem Nukleinsäureabbau führen wie: akute und chronische Leukämie, Polycythaemia vera und Psoriasis sowie Röntgen- und Chemotherapie von Neoplasmen und Leukosen.

Kontraindikationen

Schwangerschaft und Stillzeit.

Nebenwirkungen

Nur vereinzelt reagieren Patienten mit Juckreiz und Hauteruptionen (Urticaria), Temperaturanstieg, Eosinophilie, Leukopenie. In diesen Fällen ist Allopurinol abzusetzen.

Bei Einnahme nach den Mahlzeiten mit reichlich Wasser können Magen-Darm-Störungen vermieden werden.

Dosierung

Das Maß für die Dosierung ist die Höhe des Harnsäurespiegels.

Wenn vom Arzt nicht anders verordnet:

Anfangsdosis bis zu 8 Tabletten täglich. Nach etwa 1-3 Wochen ist es bei dieser Dosierung möglich, erhöhte Harnsäurewerte zur Norm zurückzuführen.

Die mittlere Dosis liegt zwischen 3-4 Tabletten täglich. Nach Abbau der Harnsäuredeposits ist meistens eine Erhaltungsdosis von 1-3 Tabletten täglich ausreichend.

Packung

50 Tabletten

Quartalspackung 250

Verschreibungspflichtig



Siegfried
Arzneimittel GmbH
788 Säckingen

Das zweite Ziel, nämlich möglichst viele Stoffwechselkrankheiten zu untersuchen, ist schon wesentlich schwieriger zu erreichen, denn hier müssen Spezialisten zusammen mit staatlichen Organen eine Zusammenarbeit leisten, aus der fruchtbare Ergebnisse hervorgehen. Der limitierende Faktor ist meist die finanzielle, apparative und personelle Ausstattung der Laboratorien, die für eine Kapazitätserweiterung natürlich Geldmittel benötigen, die das Bundesland zur Verfügung stellen muß.

Dabei ist die Erweiterung um jeweils eine Stoffwechselkrankheit bei weitem billiger als die Erstinstallation des Labors, da die notwendigen Geräte nahezu dieselben sind und eben das ausgestanzte Plättchen nur auf andere Nährböden gelegt werden muß. Ein Problem ist die Monotonie der Arbeit für das technische Personal. In den Vereinigten Staaten hat man hieraus schon Konsequenzen gezogen und einen Teil der Durchführung des Guthrie-Testes automatisiert. Auch in der Bundesrepublik laufen Versuche, diese automatische Stanzmaschine auf ihre Anwendung zu erproben. Automatisierung lohnt sich aber nur bei entsprechendem Materialanfall. Die beste Rentabilität eines weitgehend automatisierten Guthrie-Testlabors liegt bei etwa 100 000 Einsendungen pro Jahr. Mehr ist nicht zu übersehen und zu bewältigen, da viele Neugeborene bei fraglich positivem Test nachuntersucht werden müssen, was erhebliche Verwaltungsarbeit erfordert. Um eine optimale Ausnutzung der Kapazitäten zu erreichen, wird man in Zukunft nicht umhin können, die 16 zur Zeit in der Bundesrepublik existierenden Labors zu sechs bis zehn zusammenzulegen. Auch vermeidet man so eine gewisse Frustration, die sich beim Personal und beim zuständigen Ministerium einstellt, wenn pro Jahr nicht mehr als fünf positive Teste entfallen.

Das dritte Ziel ist es, Testverfahren auszuarbeiten und zu verwenden, mit denen man die angeborenen Stoffwechselkrankheiten diagnostiziert, bevor bedrohliche Symptome auftreten. Das Testergebnis muß so früh beim Arzt sein, daß die eingeleitete Therapie nicht zu spät kommt. Schon beim Guthrie-Test für Galaktosämie (Galaktosebestimmung im

Blut) kann es Probleme geben, dann nämlich, wenn die Krankheit sehr foudroyant verläuft und bereits erhebliche klinische Symptome (Ikterus und Erbrechen) vorhanden sind, wenn am fünften Lebenstag Blut für den Guthrie-Test aus der Ferse entnommen wird. Besser ist für diese Krankheit ein Testverfahren, mit dem aus dem Nabelschnurblut die Uridyltransferase, das bei der Galaktosämie fehlende Enzym in den Erythrozyten gemessen werden kann (Beutler-Test). Das organisatorische Problem liegt auf der Hand. Nabelschnurblut und Blut vom vierten bis sechsten Lebenstag zu verschicken, ist zumindest im Moment nicht zu realisieren.

Das vierte hier inaugurierte Ziel wird zur Zeit heftig diskutiert, nämlich die Frage, ob man beim Neugeborenen auch solche Stoffwechselkrankheiten erfassen soll, die man nicht behandeln kann, wie z.B. die Mucopolysaccharidosen.

Dem betroffenen Patienten nützt es nichts, ob man den Defekt sofort oder erst später feststellt. Viele Kinder mit Speicherkrankheiten werden klinisch erst jenseits des ersten Lebensjahres, manchmal erst jenseits des zweiten Lebensjahres, gelegentlich erst im Schul- und Erwachsenenalter klinisch manifest krank. Da diese Krankheiten meist autosomal rezessiv vererbt werden, ist die Chance, daß ein zweites Kind mit der Anomalie zur Welt kommt, mit 25 Prozent anzusetzen. Für die Familie kann es daher von großer Bedeutung sein, rechtzeitig, d.h. bevor das nächste Kind kommt, über die Belastung Bescheid zu wis-

sen. Nur so kann sie sich bei Verzicht auf weitere Schwangerschaften oder neuerdings durch eine pränatale Diagnostik vor weiteren kranken Kindern schützen.

Das fünfte Ziel ist die Durchführung von Screeningtesten aus dem Urin zur Entdeckung von tubulären Transportdefekten, wie z. B. die gut zu behandelnde Zystinurie. Die Methode ist im Bundesland Massachusetts in den Vereinigten Staaten in einer Pilot-Studie erprobt und es steht der breiten Anwendung – ähnlich wie beim Test aus dem Nabelschnurblut – nur entgegen, daß sie einen erheblichen organisatorischen Aufwand erfordert. Denn zur Untersuchung wird Urin benötigt, der zur Erlangung optimaler Resultate dann gewonnen werden muß, wenn die Kinder schon aus der geburtshilflichen Klinik entlassen sind. Ob die deutsche Mutter hier kooperativ wäre, oder ob die prozentuale Erfassung dann erheblich abnähme, weiß im Moment niemand zu beantworten.

Derzeit ist der Guthrie-Test die Methode der Wahl. Bei einer Erfassung von 100 Prozent müssen wir nach der vorliegenden Statistik jährlich mit 130 Phenylketonurien, 65 Histi-dinämien, 23 Galaktosämien, sechs Ahornsirupkrankheiten und vier Homozystinurien rechnen.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. Jürgen Schaub,
Kinderklinik der Universität München im
Dr. von Haunerschen Kinderspital, 8000
München 2, Lindwurmstraße 4

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am
14. Juni 1975

20. September 1975

29. November 1975

In München 80, Mühlbauerstraße 16, Ärztehaus Bayern, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Versorgung.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr – Ende: jeweils gegen 16.30 Uhr
Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, zu richten bis 6. Juni, 12. September und 21. November 1975.

Die Teilnehmergebühr beträgt DM 15,- und ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Es besteht die Möglichkeit, jeweils gegen eine Gebühr im Casino des Ärztehauses ein Menü einzunehmen.

Arthritis ose?

**Die Entzündung
macht den Arthrotiker zum Rheumatiker.**

Der Arthrotiker braucht ein hochwirksames Antiphlogistikum, das bereits initial eingesetzt werden kann und dabei selbst stärkere Schmerzen behebt.

Dieses Antiphlogistikum muß sich auch besonders zur Langzeittherapie eignen.

Selbst Patienten mit vorgeschädigter Leber und eingeschränkter Nierenfunktion muß es ohne Bedenken verordnet werden können.

Stärke und Darreichungsformen sollten eine Wirkungsdauer während des Tages und der Nacht ermöglichen – 24 Stunden rund um die Uhr.

Bei gleichzeitiger Gabe von Antikoagulantien oder oralen Antidiabetika dürfen keine signifikanten Wechselwirkungen auftreten.

Die Progredienz der Arthrose sollte verlangsamt werden, um den Patienten bei individuell angepaßter Dosierung längere Zeit leistungs- und arbeitsfähig zu erhalten.

Diese Voraussetzungen – klinisch überprüft und dokumentarisch weltweit belegt – sind Eigenschaften von Amuno.

Indometacin
Amuno®

Kapseln, Suppositorien

...Maßstab der Rheumatherapie

Zusammensetzung: 1-(p-Chlorbenzoyl)-5-methoxy-2-methylindol-3-Essigsäure (= Indometacin).
Kapseln 25 mg und 50 mg, orale Suspension 25 mg/5 ml, Suppositorien 50 mg und 100 mg.

Indikationen: Primär-chronische Polyarthritis, Arthrosis deformans, Koxarthrose, Spondylitis ankylopoetica (Morbus Bechterew), Gicht, akute extraartikuläre Affektionen wie Periarthritis humeroscapularis, Bursitis, Synovitis, Tendinitis, Tendovaginitis, Lumbalgie. Bei Schmerzen, Entzündungen, Trismus und Ödemen nach zahnärztlichen Eingriffen. Kurzfristig als Adjuvans bei fieberhaften Zuständen. Bei Schmerzen, Entzündungen und Ödemen nach orthopädisch-chirurgischen Eingriffen.

Kontraindikationen: Aktives Ulcus ventriculi oder duodeni oder bei entsprechender gastrointestinaler Anamnese. Ferner bei Allergie gegen azetylsalicylsäurehaltige Medikamente oder Indometacin. Mangels ausreichender Erfahrung wird die Behandlung in Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Kindern nicht empfohlen.

Vorsichtsmaßnahmen und Nebenwirkungen: Im Verhältnis zur optimalen Wirksamkeit und breiten Anwendung von Amuno® werden Nebenwirkungen selten beobachtet und durch eine stets anzustrebende individuelle Anpassung der Dosierung an Patient und Krankheitsbild weitgehend vermieden. Das trifft insbesondere zu für mitunter auftretende Magen- und Darmstörungen, die zusätzlich auch eingeschränkt werden können durch orale Verabreichung von Amuno® zusammen mit den Mahlzeiten, mit Milch oder einem Antazidum. Bei solchen Symptomen muß der mögliche Nutzen einer weiteren Therapie gegen deren Risiken abgewogen werden. Falls gastrointestinale Blutungen auftreten, muß Amuno® abgesetzt werden. Da sich als Folge einer okkulten gastro-intestinalen Blutung gelegentlich – wie bei jeder antiphlogistischen Therapie – eine Anämie entwickeln kann, werden bei längerer Anwendung von Amuno® regelmäßige Blutbildkontrollen empfohlen.

Bei sehr selten – mit und ohne medikamentöse Therapie, hauptsächlich im Krankheitsverlauf einer primär-chronischen Polyarthritis – auftretenden Sehstörungen ist augenfachärztliche Inanspruchnahme anzuraten. Die während einer Amuno®-Behandlung manchmal – vornehmlich in frühem Behandlungsstadium – zu beobachtenden Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Benommenheit sind meist nur vorübergehend. Patienten, die zu diesen Erscheinungen neigen, sollten während dieser Zeit kein Kraftfahrzeug lenken oder Tätigkeiten verrichten, die erhöhte Aufmerksamkeit erfordern.

Handelsformen und Preise lt. A. T.:			
20 Kapseln	zu 25 mg	DM	8,30
100 Kapseln	zu 25 mg	DM	32,60
20 Kapseln	zu 50 mg	DM	15,10
50 Kapseln	zu 50 mg	DM	31,50
10 Suppos.	50 mg	DM	9,30
50 Suppos.	50 mg	DM	33,95
10 Suppos.	100 mg	DM	17,15
50 Suppos.	100 mg	DM	62,—
100 ml orale Suspension	25 mg/5 ml	DM	9,75

Im übrigen unterrichtet über Einzelheiten der Anwendung, Begleiterscheinungen und Dosierung die wissenschaftliche Broschüre, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

MSD
SHARP &
DOHME

Zur Frage der „Ärztlichen Kunstfehler“

Angesichts der in der Öffentlichkeit so tendenziös geführten Diskussion über angebliche Kunstfehlerhäufungen hat Professor Dr. Sewering der „Süddeutschen Zeitung“ nachstehendes Interview gegeben:

1. Frage:

Was ist ein Kunstfehler? Ist es möglich, Grenzsituationen so zu definieren, daß keine Ungerechtigkeiten – weder für den Patienten noch für den Arzt – entstehen?

Antwort:

Wenn in der Öffentlichkeit der Begriff „Kunstfehler“ gebraucht wird, so geschieht dies immer sehr pauschal. Gemeint ist fasten Endes ein dem Patienten vom Arzt zugefügter Schaden. Es ist aber nicht unbedingt das gleiche, ob ein Arzt, trotz aller Sorgfalt, eine falsche Diagnose stellt oder eine falsche Behandlung durchführt, oder ob er durch Verletzung ärztlicher Kunstregeln oder Sorgfaltsmangel einen Patienten schädigt. Schon daraus zeigt sich, daß Grenzsituationen der Beurteilung überhaupt nicht vermieden werden können. Es muß vor allem auch berücksichtigt werden, daß – menschlich verständlich – ein Patient unter Umständen auch dann einen Fehler des Arztes vermutet, wenn eine regelrecht durchgeführte Behandlung nicht den vom Patienten erwarteten Erfolg brachte. In Grenzsituationen wird es also immer auf eine sehr sorgfältige Untersuchung im Einzelfall ankommen.

2. Frage:

Wie oft geschehen Kunstfehler? Gibt es auch Zahlenmaterial über die Häufigkeit bestimmter Kunstfehlerformen? Könnte man daraus Konsequenzen ableiten?

Antwort:

Es gibt keine statistischen Zahlen über diese sogenannten Kunstfehler.

Die in der Öffentlichkeit behaupteten Häufungen von falschen Behandlungen sind mit Sicherheit aus der Luft gegriffen und vertolgen sehr durchsichtige Ziele.

3. Frage:

Die Vertrauensfrage ist nach einem ärztlichen Fehler besonders akut. Immer wieder aber wird ein Fehler vertuscht, um das Vertrauen des Patienten nicht zu verlieren. Verstärkt aber nicht gerade dieses Vertuschen des Mißtrauens der Patienten?

Antwort:

Diese Frage enthält eine Unterstellung, welche durch nichts gerechtfertigt wird. Es kann keine Rede davon sein, daß „immer wieder“ ein Fehler vertuscht werde. Das angebliche Mißtrauen der Patienten wird vielmehr gestärkt durch die ständigen Behauptungen über solche Vertuschungen.

4. Frage:

Auf der anderen Seite wird der Arzt vielfach nicht als Mensch, sondern als unfehlbares, entrücktes Denkmal angesehen. Ist die notwendige Kooperation zwischen Arzt und Patient in ihrer komplementären Rollenstruktur von Behandelndem und Heilungswilligem vorhanden?

Antwort:

Die Kooperation zwischen Arzt und Patient ist in aller Regel unverzichtbare Voraussetzung für die Durchführung und den Erfolg einer Behandlung schlechthin. Wir Ärzte haben uns noch nie für „unfehlbar“ gehalten. Fehldiagnosen oder falsche Behandlungen hat es immer

gegeben und wird es auch in der Zukunft immer wieder geben. Die Tatsache, daß Millionen von Menschen laufend in ärztlicher Behandlung stehen und wieder gesund werden, ist aber doch wohl ein deutlicher Hinweis, daß die Ärzte sich ihrer Sorgfaltspflicht bewußt sind und auch hinsichtlich ihrer medizinischen Kenntnisse den Anforderungen gerecht werden.

5. Frage:

Können bei einer Umgehung der ärztlichen Aufklärungspflicht – etwa bei einem dem Patienten verheimlichten Krebsgeschwür oder bei den Nebenwirkungen einer Strahlenbehandlung – Probleme in Zusammenhang mit der Kunstfehlerfrage entstehen?

Antwort:

Die Verheimlichung einer tödlichen Diagnose und die Verheimlichung von Nebenwirkungen einer Strahlenbehandlung liegen auf völlig verschiedenen Ebenen. Im ersten Falle werde ich als Arzt zu entscheiden haben, ob ich meinem Patienten die volle und für ihn vielleicht vernichtende Wahrheit sage. Dies gehört sicherlich mit zu den schwersten Entscheidungen, die ein Arzt zu treffen hat. Wenn aber bei einer Strahlenbehandlung Nebenwirkungen aufgetreten sind, so wird es in erster Linie darauf ankommen, ob diese Nebenwirkungen zwangsläufig und unabwendbar waren, oder ob sie auf einen Behandlungsfehler, etwa in der Dosierung, zurückzuführen sind. Über unabwendbare Nebenwirkungen wird der Patient vorher aufzuklären sein, unerwartet aufgetretene müssen ihm bekanntgegeben werden, weil sie ja in aller Regel eine entsprechende Behandlung erforderlich machen.

6. Frage:

In Österreich müssen sich Ärzte nach bewiesenen Kunstfehlern einer neuen medizinischen Prüfung unterziehen. Was halten Sie von dieser Maßnahme?

Ihre Patienten werden dankbar sein,
wenn Sie ihnen **SULF redox**[®]
verordnen, denn ...

SULF redox[®] enthält amphotere Mineralstoffe, welche die Redox-Systeme und pH-Werte im Verdauungstrakt wiederherstellen und aufrechterhalten.

SULF redox[®] entzieht den Dysbakterien den Nährboden, so daß die Eubakterien sich auf physiologischem Milieu entwickeln können.

SULF redox[®] in die Reisetasche!

Prophylaktisch verabreicht, stabilisiert SULF redox die physiologische Darmflora und deren Lebensmilieu. Biologisch-amphotere Salzgemische halten die Redox-potentiale im Gleichgewicht und ergänzen die Salzverluste, welche durch Schwitzen entstehen.

Indikationen: Dysbakterie verschiedener Genese, chronische habituelle Obstipation und Diarrhoe, zur Wiederherstellung des Säure-Basen-Gleichgewichtes im Verdauungstrakt. Normalisierung des pH-Wertes und des Redox-Potentials im Darmmilieu, dadurch gesunde Lebensbedingungen für die physiologische Darmflora. Umstimmungstherapie, Gärungs- und Fäulnis-dyspepsien, Gastritis, Ulcus ventriculi et duodeni, Hepatopathien, Cholecystopathien, Pankreatopathien, Colica mucosa, Osteoporose, Akne vulgaris, Allergien, Adjuvans bei der internen Krebstherapie, Stoffwechselstörungen, Roemheldscher Symptomenkomplex.

Kontraindikationen: Eisenkumulation (Hämochromatosen, chron. Hämolyse), Eisenverwertungsstörungen (Sideroachrestische Anämien, Bleianämien, Thalassämien), Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen.

Zusammensetzung: 1 Dragée SULF redox enthält:
Na-Al-Silikat 320,00 mg
Sulfur dep. 115,00 mg
Calc. carb. praec. 17,50 mg
Na-l-ascorbic. 30,00 mg

Ferr. glucon. 2,00 mg
Cobalt. chlorat. 0,25 mg
Mangan. chlorat. 0,25 mg
Saccharum lact. 235,18 mg

Original-Packung
60 Dragées AVK DM 10,50
Kurpackung
250 Dragées AVK DM 31,50
Granulat
120 g AVK DM 5,30
Granulat
250 g AVK DM 10,25

Nebenwirkungen: Keine bekannt.



Muster auf Anforderung

TOSSA
ARZNEI

Arzneimittel so natürlich wie möglich

KURT MERZ · 6497 STEINAU

Antwort:

Die im alten österreichischen Straßengesetzbuch von 1803 enthaltene, von Ihnen zitierte Bestimmung, ist inzwischen aufgehoben worden. Das derzeit geltende Strafrecht in Österreich enthält eine derartige Bestimmung nicht mehr. Sie war auch mit Sicherheit nicht begründet. Wieso soll auch einem Arzt, der einmal einen Fehler begeht, eine berufsvernichtende Maßnahme auferlegt werden, während man bei keinem anderen Beruf jemals an etwas so Schwerwiegendes denken würde?

7. Frage:

Das Risiko einer jeden Narkose ist unbestritten. In vielen Kliniken aber sind die Narkoseärzte so überfordert, daß sie ihre Patienten nur ungenügend überwachen können und so vermeidbare Unglücksfälle geschehen. Wie groß ist zur Zeit der Mangel an Narkoseärzten und welche Möglichkeiten gibt es, diesen Mangel zu beheben?

Antwort:

Natürlich ist eine Narkose mit Risiken verbunden. Gerade hier muß mit unvorhersehbaren Reaktionen des menschlichen Körpers gerechnet werden. Es kann aber sicher keine Rede davon sein, daß derartige Zwischenfälle pauschal auf die Überforderung von Narkoseärzten zurückzuführen wäre. Dieses junge Fachgebiet der Anästhesiologie kann natürlich nicht von heute auf morgen voll mit Ärzten besetzt sein. Ihre Zahl nimmt aber laulend zu. Während es am 1. Januar 1964 in Bayern erst 33 Fachärzte für Anästhesie gab, beträgt ihre Zahl jetzt 281. Zahlreiche junge Ärzte befinden sich in Weiterbildung.

8. Frage:

Für Patienten und Angehörige ist es bisweilen sehr schwierig, einen Fehler in der Behandlung nachzuweisen. Die Prozesse dauern oft jahrelang, eine Entschädigung ist im Vergleich zu anderen Ländern, wie den

USA, meist sehr gering. Wäre nicht die Einführung einer gesetzlichen Haftpflichtversicherung notwendig, um wenigstens die finanziell oft verzweifelte Situation der Patienten zu mildern?

Antwort:

Die Entschädigung eines Patienten im Falle eines nachgewiesenen Verschuldens des Arztes ist bisher noch nie an einer fehlenden Haftpflichtversicherung gescheitert. Jeder praktizierende Arzt und auch jeder Krankenhausarzt ist haftpflichtversichert. Hier bedarf es also keiner gesetzlichen Regelung. Die Langwierigkeit von rechtlichen Auseinandersetzungen liegt vielmehr in der Schwierigkeit der Materie begründet. Es ist durchaus verständlich, daß der Patient, dem ein Schaden zugefügt wurde oder der glaubt, es sei ihm ein solcher Schaden zugefügt worden, so schnell wie möglich eine Entschädigung haben möchte. Es kann aber andererseits weder dem Arzt noch einer Haftpflichtversicherung zugemutet werden, ein Verschulden nur deshalb zuzugeben, weil damit Zeit gewonnen wird. Auch der Arzt hat einen Anspruch darauf, seinen Rechtsstandpunkt und sein Handeln zu verteidigen, ganz abgesehen davon, daß, wie ich schon ausgeführt habe, viele Fälle tatsächlich außerordentlich schwierig zu beurteilen sind. Wir sind aber darüber hinaus daran interessiert, ein vereinfachtes Verfahren einzuführen und haben dafür bereits erhebliche Vorarbeit geleistet. Wir hoffen, es schon in Kürze praktizieren zu können.

9. Frage:

Nicht direkt zu Kunstfehlern gehören Unglücke in Kliniken. Doch mit dem immer komplizierter werdenden technisch-medizinischen Apparat wächst auch die Gefahr eines Unfalles. Wie häufig und von wem werden Kliniken und technische Geräte — ob in der Nuklearmedizin oder Klimateanlagen — überprüft?

Antwort:

Es gibt in der Beurteilung zwischen Klinik und Arztpraxis weder bei Behandlungsfehlern noch bei Unglücksfällen eine unterschiedliche Beurteilung. Was aber die Zahl von solchen „Unglücksfällen“ angeht, so muß doch auch hier berücksichtigt werden, daß im Blickpunkt der Öffentlichkeit nur die sehr seltenen Zwischenfälle erscheinen, während zur gleichen Zeit tausendfach gleichartige Behandlungen durchgeführt werden, bei denen nichts Nachteiliges passiert ist.

10. Frage:

Könnten sich die Hamburger Todesfälle durch defekte Klimaanlage und Bestrahlungsgeräte nicht doch wiederholen, wenn man bedenkt, daß man im Schwabinger Krankenhaus aus Unkenntnis der Konstruktionspläne zunächst in zwei von vier Operationssälen keine Schwebstofffilter einbaute (auch wenn der Fehler in diesem Falle vor der Inbetriebnahme entdeckt wurde)?

Antwort:

Ich bin überzeugt, daß jeder Krankenheusträger und alle verantwortlichen Ärzte daran interessiert sind, mit technischen Einrichtungen zu arbeiten, die in Ordnung sind. Bei der Kompliziertheit der Medizintechnik wird man sich aber in einem erheblichen Umfang immer auf die Zuverlässigkeit der Ingenieure und Techniker verlassen müssen.

11. Frage:

Menschliches Versagen wird sich auch in Zukunft in der Medizin nicht vermeiden lassen. Wird sich die Problematik der ärztlichen Kunstfehler und der Klinikunglücke aber mit der immer größer werdenden Belastung, der immer stärkeren Spezialisierung und Technisierung der Medizin verändern?

Antwort:

Ich sagte schon: es hat immer einmal Fehler gegeben und es wird

auch in Zukunft solche geben. Das ist unvermeidbar. Man möge aber auch folgendes bedenken: Die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft gestatten uns heute die Diagnose und Behandlung von Erkrankungen, an denen noch vor kurzer Zeit die Menschen hoffnungslos zugrunde gehen mußten. Je wirksamer ein Medikament ist, um so eher muß man auch einmal mit einer Nebenwirkung rechnen. Die Antibiotika haben Millionen von Menschen das Leben gerettet. Sollten wir darauf verzichten, weil einige das Unglück hatten, Opfer eines Penicillinschocks zu werden? Soffen wir auf lebensrettende Röntgenuntersuchungen verzichten, weil es schon Opfer von Kontrastmittelinjektionen gegeben

hat? Soll man schwierige und umfangreiche Operationen, die heute unseren Chirurgen möglich sind, unterlassen, weil mit dem Umfang des operativen Eingriffes auch das Risiko möglicherweise ansteigen könnte? Wer in der öffentlichen Propaganda gegen die Ärzte daran mitwirkt, aus jedem Arzt primär einen „Kunstfehlverdächtigen“ zu machen, könnte eines Tages mit-schuldig werden, wenn ärztliche Behandlungen nicht mehr durchgeführt werden, weil keinem Arzt zugemutet werden kann, einen zunehmenden Teil seiner Kraft für die Abwehr von Haftpflichtforderungen zu verwenden. Die Entwicklung in den Vereinigten Staaten spricht hier bereits eine warnende Sprache.

rende und quantifizierende Methoden zur Verfügung. Bei der Anamnese angegebenes Kältegefühl nach Belastung, Ruheschmerzen im akralen Bereich oder Belastungsschmerzen in der Muskulatur sind weitgehend typische Beschwerden einer arteriellen Durchblutungsstörung. Degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenveränderungen sowie neuritische Schmerzzustände müssen abgegrenzt werden. Die Inspektion läßt bei akuter arterieller Durchblutungsstörung eine Blässe der Gliedmaßen erkennen, die bei chronischen Durchblutungsstörungen erst bei drohender Nekrose zu erwarten ist bzw. nach Belastung bereits im Stadium II. Die wichtigste Untersuchungsmethode stellt die seitenvergleichende Gefäßpalpation aller einer Betastung zugänglichen Arterien dar. Eine wesentliche Ergänzung ist die Gefäßauskultation, vor allem der einer Betastung nicht zugänglichen Arterien, eventuell nach Belastung durch drei Kniebeugen. Diese Untersuchungsverfahren erlauben eine Aussage über Akuität, Lokalisation und Schweregrad der arteriellen Mangel durchblutung. Da kompensierende Umgehungswege im distalen Extremitätenanteil seltener sind, treten bei ihnen häufiger Ruheschmerzen und Nekrosen auf. Belastungsproben, wie z. B. Geh-test, die Ratschowsche Lagerungsprobe und die Faustschlußprobe, helfen, eine Durchblutungsstörung annähernd zu quantifizieren und tragen in Zweifelsfällen zur differentialdiagnostischen Entscheidung bei. Einfache apparative Untersuchungsverfahren erlauben eine Objektivierung der mit klinischen Mitteln erhobenen Befunde. Bei der mechanischen Oszillographie werden die durchblutungsbedingten pulsatorischen Volumenschwankungen eines Gliedmaßenabschnittes grafisch registriert. Seitendifferenzen der Amplituden von mehr als 30 Prozent und plötzliche Amplitudenreduktion im Längsschnittoszillogramm einer Seite sind verlässliche Hinweise für einen proximalwärts lokalisierten Gefäßprozeß, sofern keine erheblichen Weichteildifferenzen vorliegen. Bei unauffälligem oder fraglich pathologischem Ruhezillogramm ist ein Belastungszillogramm, z. B. nach 40mal in 40 sec ausgeführtem Zehenstand, zu empfehlen. Bei einer Durchblutungsstörung tritt eine deutliche Amplitudenreduktion auf, die desto länger dauert, je stärker die Durchblutungsstörung ist. Zum

Gesundheits - Sozial - Berufspolitik

Aktuelle Angiologie der Praxis

Periphere arterielle Durchblutungsstörungen

53. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

Professor Dr. W. Schoop, Chefarzt der Aggertafklinik, Engelskirchen,

betonte in seiner Einführung, daß sich das junge Gebiet der Angiologie in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren stürmisch entwickelt hat. Nicht nur die diagnostischen Methoden haben sich erweitert und verfeinert, sondern vor allem auch die therapeutischen Möglichkeiten der Chirurgie, Thrombolyse, Kathetermethoden und die medikamentöse Entwicklung schritten rasch voran, so daß die Übersicht — insbesondere bei den Medikamenten — immer schwieriger wird.

Professor Dr. F. Heinrich, Bruchsal:

Periphere arterielle Durchblutungsstörungen — Diagnose in der Praxis

Dem Arzt in der Praxis kommt bei der Frühdiagnose peripherer arterieller Durchblutungsstörungen eine entscheidende Bedeutung zu. Zur Erfüllung seiner Aufgaben stehen ihm in der Anamneseerhebung, Inspektion, Palpation und Auskultation der Gefäße, ergänzt durch Belastungsproben, einfache Untersuchungsmethoden und in der mechanischen Oszillographie und der Ultraschall-Doppler-Sonde objektivie-

Nachweis von Blutströmung in kleinen Arterien und in Gefäßbezirken mit nicht-pulsatiler Durchblutung (Venen, postokklusive Arterienabschnitte) ist die Ultraschall-Doppler-Sonde geeignet. Auch diese Methode kann durch Wiederholung nach Belastung verfeinert werden. Eine nur in der Klinik durchführbare Arteriographie ist notwendig, wenn ein gefäßchirurgischer Eingriff in Erwägung gezogen wird. Sie ist aber auch zur Aufstellung eines alle Möglichkeiten der Therapie berücksichtigenden Behandlungsplanes wünschenswert. Zur Entscheidung der Frage, ob eine obliterierende Arteriopathie von Krankheitswert an den Gliedmaßenarterien vorliegt, ist eine Angiographie in aller Regel nicht erforderlich. Zur vollständigen Diagnostik gehört der pathogenetische Hintergrund. So muß man bei akuten arteriellen Gefäßverschlüssen, die meist auf Embolien beruhen, nach Herzerkrankungen fahnden, aber auch an seltene Möglichkeiten, wie paradoxe Embolie, Aneurysmen mit arterio-arterieller Embolie, Aneurysma dissecans aortae, denken. Bei der zur Generalisation neigenden chronischen arteriellen Verschlusskrankheit muß auch nach koronaren, zerebralen und renalen Durchblutungsstörungen, eventuell angiographisch, gesucht werden. Auch die Suche nach den bekannten Risikofaktoren ist erforderlich. Bei Lokalisation der arteriellen Durchblutungsstörung an den oberen Extremitäten sind bei der Diagnostik neurovaskuläre Kompressionssyndrome, wie das Kostoklavikular- und Skalenussyndrom, zu berücksichtigen.

Dr. med. M. Köhler, Düsseldorf:

Möglichkeiten und Grenzen der konservativen Therapie bei peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen

Die Feststellung, daß eine periphere Arterie akut oder chronisch verlegt ist, und die Kenntnis der Folgen ist für die therapeutische Konsequenz von entscheidender Bedeutung. Die Verschlußbeseitigung ist im allgemeinen zwar erstrebenswert, durchaus aber nicht immer Therapieziel. Heute ist es möglich, bei ca. 20 bis 30 Prozent der peripheren chronischen Durchblutungsstörung die verlegte Strombahn chirurgisch zu restaurieren, so daß 70 bis 80 Prozent der Patienten auf die Hilfe des Inter-

NEUESTE FORSCHUNGS- ERGEBNISSE ÜBER URICOVAC BEWEISEN:



1. Behebung der Harnsäure-Minderausscheidung durch Steigerung der Harnsäureclearance.
2. Hemmung der Purinsynthese durch Hemmung der PRPP-Synthetase und Aktivierung der Purin-Phosphoribosyltransferasen.
3. Steigerung der enteralen Harnsäureausscheidung.

„Dieser 3-fache Angriffspunkt von Benzbromaron erklärt die massive und rasche Senkung des Serumharnsäurespiegels und Entleerung des austauschbaren Harnsäurepools, die mit anderen in der Gichttherapie verwendeten Medikamenten nicht erreicht werden“.

[M.M. Müller et al., Theropiewache (im Druck)]

Zusammensetzung: 1 Tablette Uricovac enthält 100 mg Benzbromaron.

Anwendungsgebiete: Hyperurikämie jeder Genese.

Dosierung: Falls vom Arzt nicht anders verordnet, 1 Tablette tgl. (am besten nach einer Mahlzeit).

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat soll nicht angewendet werden bei mittelschwerer bis schwerer Niereninsuffizienz (Patienten, deren glomeruläre Filtratrate weniger als 20 ml/min. beträgt), es sei denn, daß der Arzt es ausdrücklich gestattet hat.

Obwohl Uricovac in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung

gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.

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

Darreichungsformen und Packungsgrößen: 30 Tabletten zu je 100 mg = 1 Monatspackung DM 29,- einschließlich MwSt. AP mit 300 Tabletten.



**LABAZ GmbH,
Pharmazeutische Präparate
Düsseldorf**

die „Nur-einmal-täglich-Tablette“

URICOVAC[®]

Benzbromaronum

Xanthinoxydase-
hemmer

(Allopurinol, Oxypurinol,
Thiopurinol)

URICOVAC

Hemmung der
Purinsynthese

+

Uricosurica

Behebung der
Harnsäure-Minder-
ausscheidung

+

vermehrte enterale
Harnsäureaus-
scheidung

Der trivalente Harnsäuresenker

nisten angewiesen sind. Unter Berücksichtigung allein der therapeutischen Aspekte erscheint es sinnvoll, die peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen in akute und chronische zu unterteilen, wobei die letzteren nochmals nach dem Befall der unteren oder oberen Extremitäten getrennt werden.

Akute periphere arterielle Strombahnhindernisse bedeuten fast immer Verlust der bedrohten Extremität, wenn das Strombahnhindernis nicht unverzüglich beseitigt wird. Eine Spätembolektomie (jenseits der Zehnstundengrenze) ist zwar möglich, jedoch sollte unbedingt die Embolus- bzw. Thrombusentfernung innerhalb von sechs Stunden angestrebt werden. Für den Krankentransport empfiehlt sich Tieflagerung der kranken Extremität, Schmerzstillung unter Vermeidung intramuskulärer Injektionen, um eine eventuelle postoperative gerinnungshemmende Therapie nicht zu blockieren, Wattepackung oder Schutz durch Decken, um Wärmeverlust und Drucknekrosen vorzubeugen. Bei längerem Transport können eventuell 20 000 IE Heparin intravenös verabreicht werden.

Bei *chronischen arteriellen Strombahnhindernissen* sind die Kollateralbahnen an den oberen Extremitäten oft besonders günstig angelegt und der hohe sympathische Gefäßtonus bietet oft im Armbereich einen guten therapeutischen Angriffspunkt. Zahlenmäßig steht der Befall der unteren Extremitäten jedoch ganz im Vordergrund. Die Behandlungsrichtlinien richten sich nach der Krankheitsintensität. Wir unterscheiden nach *Ratschow* und *Fontaine* vier Schweregrade.

Schweregrad I (fehlende oder atypische Beschwerden) werden nur ausnahmsweise behandelt. Prophylaktische Maßnahmen stehen im Vordergrund, insbesondere die Aufdeckung von Risikofaktoren.

Schweregrad II (Claudicatio intermittens) beinhaltet keine Notfallsituation; man wird deshalb nur Therapieverfahren bevorzugen, die gesichert und praktikabel sind. Die aktive Bewegungstherapie führt zur Steigerung der Blutzufuhr durch Wachstum der Kollateralen in Zahl und Weite und die Senkung des Blutverbrauches durch ein günstigeres Blutstromverteilungsmuster,

vermehrte anaerobe Kapazität und intensivere Sauerstoffzirkulation.

Wichtige Bedingungen sind gezielte intervallartige Belastungen der Muskulatur hinter der Strombahn, das Vorhandensein von ausreichenden Glykogenreserven, genügende Belastungsintensität, Ruhepausen sollen zwei bis drei Minuten nicht unterschreiten, die Übungen sollen täglich insgesamt mindestens 30 Minuten durchgeführt werden und die Belastungshöhe soll 70 Prozent der maximalen Belastung betragen. Die zweite therapeutische Möglichkeit ist die Adaption der äußeren Umstände, d. h., sowohl die private als auch die berufliche Situation, soweit sie mit einer Geheleistung verbunden oder sogar davon abhängig ist, soll – wenn irgend möglich – an den Krankheitszustand adaptiert werden. Die Verhütung exogener Schäden, wie ein Trauma oder unsachgemäßes Beschneiden der Nägel oder gar heiße Fußbäder ist die dritte konservative therapeutische Möglichkeit. Die vierte Säule ist die Pharmakotherapie mit dem Ziel, die Muskeldurchblutung zu verbessern. Bei der oralen Applikation ist die Wirkungsintensität meist nicht genügend und bei der intravenösen Anwendung sollte man bedenken, daß durch einen Steal-Effekt die Durchblutung in dem schon gefährdeten Areal noch verschlechtert werden kann. Es ist deshalb naheliegend, daß man möglichst ein Medikament wählt, das ausschließlich oder bevorzugt die Muskelstrombahn beeinflußt, wie das von energiereichen Phosphaten und Adrenalinabkömmlingen experimentell bekannt ist.

Beim *Schweregrad III* und *IV* mit Ruheschmerz und/oder Hautläsion sollte immer die Frage nach einer gefäßrekonstruktiven Gefäßoperation diskutiert werden. Ist diese nicht möglich, sollte durch konservative Maßnahmen versucht werden, die Kompensation zu verbessern, um die drohende Amputation zu verhindern. Zu diesen konservativen Maßnahmen gehören die lokale Behandlung von Ulkus und Nekrose, die Tieflagerung des geschädigten Extremitätenendes ca. 10 bis 15 cm unter die Horizontale und die induzierte Hypertension, d. h. die Erhöhung des prästenotischen Blutdruckes durch Medikamente mit anhaltender Blutdrucksteigerung, wie z. B. die blutdruckwirksamen Mine-

ralocorticoide (Percorten[®], Flurinef[®] und Astonin-H.[®]). Eine weitere therapeutische Möglichkeit besteht in der Beeinflussung der Fließeigenschaft des Blutes. Die Senkung der Blutviskosität durch Blutverdünnung, z. B. mit Dextran, wird heute nur noch selten geübt. Von gewisser klinischer Bedeutung ist jedoch die Senkung der Blutviskosität durch Defibrinierung mittels Schlangengiften (Arvin[®], Defibrase[®]). Zur Verbesserung der Hautdurchblutung kommen vor allem Nikotinsäurepräparate in Frage, die möglichst über eine längere Zeit appliziert werden sollten.

Aber auch hier sind prophylaktische Maßnahmen von großer Bedeutung, d. h. die rechtzeitige Diagnose und Therapie von Risikofaktoren, wie Diabetes mellitus, Hypertonus, Fettstoffwechselstörungen und Nikotinabusus.

Dr. R. Giessler, Engelskirchen:

Wann kann und soll der Chirurg operieren?

Im Rahmen der praktischen Angiologie wird die chirurgische Indikationsstellung kurz besprochen, um bewährte Leitlinien für die Auswahl der Kranken zur Operation herauszustellen.

Für die operative Indikationsstellung wird das Stadium II der Claudicatio intermittens in eine erträgliche Claudicatio (II a) und eine hinderliche Claudicatio (II b) unterteilt, wobei bei der letzteren die Arbeitswege schwerfallen, Arbeitsunfähigkeit besteht und/oder der private Aktionsradius unerträglich eingengt ist, so daß aktive Maßnahmen indiziert sind.

Für die Beurteilung der Operabilität ist nicht nur Verschlußlokalisierung und hämodynamische Wirksamkeit von Bedeutung, sondern vor allem die angiographisch darstellbare Verschlußausdehnung. Gute rekonstruktive Erfolgsaussichten bestehen bei isolierten Veränderungen im aortiliakalen Abschnitt. Früher als bereits im Stadium II a operiert man doppelseitige iliakale Hindernisse sowie aortale Stenosen. Im femeroplitealen Abschnitt ist man eher zurückhaltender, da hier im allgemeinen gute Chancen einer spontanen Kollateralüberbrückung be-

stehen. Bei kombinierten Hindernissen erwartet man vom Angiogramm Auskunft über den Zustand der Kollateralsysteme im Hinblick auf potentielle Anschlußstellen für die Rekonstruktion. Eine baldige Operation – unabhängig vom Schweregrad – ist indiziert, wenn thromboembolische Komplikationen durch Aszension oder Embolisation drohen, wie z. B. beim aorto-iliakalen Aneurysma. Aber auch der Wiederverschluß nach Operation verlangt Einschaltung des Gefäßchirurgen. Da Wiederherstellungseingriffe wegen chronischer Beinarterienverschlüsse weder unmittelbar lebensrettend noch lebensverlängernd sind, müssen Nutzen und Gefahren des Eingriffes genau erwogen werden. Jede Form der Immobilität, ferner begrenzte Lebenserwartung, verminderte Anforderung im Erwerbsleben sowie die mangelnde Einsicht in die Notwendigkeit unterstützender Maßnahmen erhöhen das Risiko. Nicht allein die Gefäßrekonstruktion, sondern auch die Ulkus- und Nekrosepflege und die Amputation erfordern chirurgische Indikation und Operation.

Praktisch wichtige gefäßchirurgische Anliegen sind frühzeitig konsiliatorische Vorstellung, um gezielte prophylaktische Maßnahmen hinsichtlich eines späteren Eingriffes, wie z. B. Gewichtsreduktion, Blutdrucksenkung, Bekämpfung lokaler Infekte usw., möglichst rechtzeitig durchzuführen. Unverzüglich sollte der Gefäßchirurg eingeschaltet werden bei der akuten Verschlechterung eines bekannten Verschlusses, bei Reobliteration oder anderen Spätkomplikationen. Einen besonderen Wert legt der Gefäßchirurg auf die Schonung der Femoralisgabel bei Verschlusskranken, da sie gewissermaßen die Drehscheibe für den Chirurgen darstellt und im Zweifelsfalle sollte man sich möglichst über die Indikation und den Zugangsweg bei der Angiographie mit dem Chirurgen abstimmen.

*Professor Dr. E. Zeitler,
Engelskirchen:*

Behandlung mit Kathetern bei peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen

Seit 1967 werden in mehreren Zentren der Angiologie perkutane Behandlungsverfahren angewandt, die auch in ihren Modifikationen auf den

Arbeiten von *Dotter* und *Judkins* basieren. Diese Methoden werden eingesetzt, wenn konservative Behandlung wahrscheinlich keine weitere Verbesserung ermöglicht und die operative Gefäßrekonstruktion aus lokaler oder allgemeiner Gegebenheit noch nicht oder nicht mehr eingesetzt werden kann. Die Voraussetzungen für die perkutane transluminale Gefäßplastik ist die perkutane Technik der Katheterisation von Arterien, wie sie von *Seldinger* 1953 zur Diagnostik eingeführt wurde, die Kompressibilität des thrombotischen Materials und die Tatsache, daß durch Kompression der Arterienwand vom Innenlumen der Arterie aus der Durchmesser des Arterienrohres vergrößert werden kann.

Das Prinzip der von *Dotter* und *Judkins* entwickelten Methode der perkutanen transluminalen Rekanalisation obliterierter Arterien besteht darin, daß nach Einführung eines Katheters nach der *Seldinger*-Technik eine Führungspirale unter Röntgendurchleuchtungskontrolle durch die Obliteration hindurchgeführt wird. Wenn diese Spirale sicher distal der Obliteration intraluminal gelegen ist, kann über ihr ein Katheter durch den stenosierten oder vollständig obliterierten Arterienabschnitt durchgedreht werden. Dadurch wird ein freies arterielles Lumen hergestellt, dessen Durchmesser geringer als bei der normalen Arterie ist. In Einzelfällen ist auch die Passage von Spirale und auch Katheter subintimal möglich.

Die Gefahr der Arterienwandverletzung kann durch die Kontrolle mit der Röntgen-Fernsehdurchleuchtung verhindert werden, die dosierte federnde manuelle Injektion des Kontrastmittels und die Kontrolle durch den in Lokalanästhesie befindlichen Patienten. Die Anwendung dieses Verfahrens sollte jedoch auf Kliniken beschränkt bleiben, in denen neben dem kardiovaskulären Röntgenologen auch Angiologen, Gerinnungsspezialisten und Gefäßchirurgen zum Team gehören.

Isolierte und multiple Femoralisstenosen werden nach *Dotter* in 90 Prozent, kurze Segmentverschlüsse von 2 bis 3 cm Länge in 80 Prozent, Verschlüsse von 10 cm Länge in 30 Prozent und sehr lange Femoralisverschlüsse in 10 Prozent erfolgreich beseitigt und die Durchblutungsverhältnisse für längere Zeit gebessert.

Aufgrund der Ergebnisse von mehreren angiologischen Zentren können die Methoden der perkutanen Kathetertechnik zur Behandlung arterieller Obliterationen in folgenden Fällen empfohlen werden:

1. Isolierte hämodynamisch wirksame Stenosen der Arteria iliaca communis und der Arteria iliaca externa.
2. Iliakastenosen bei Beinarterienobliterationen.
3. Segmentverschlüsse im femoropoplitealen Bereich.
4. Bei Stenosen der Arteria femoralis superficialis.

Dr. I. Schmidtke, Engelskirchen:

Behandlung von Ulkus und Nekrose

Hat sich an einem durchblutungsgestörten Bein ein Ulkus oder eine Nekrose entwickelt, so sollte zunächst immer geprüft werden, ob durch lumenöffnende Maßnahmen eine wesentliche Verbesserung der Durchblutung zu erzielen ist. Ist das nicht der Fall, so stellt sich die Frage, ob durch konservative Maßnahmen eine Abheilung erreicht werden kann. Als verloren anzusehen sind Beine mit großen Defekten bei bereits fixierten Gelenkkontrakturen. Bei peripher umschriebenen Nekrosen ist fast immer eine Abheilung möglich, so lange der Popliteapuls noch tastbar ist. Entscheidend ist auch die Ausgangslage, aus der sich die Nekrose entwickelt hat, d. h., ob vorher eine ausreichende Ruhedurchblutung bestanden hat oder nicht. Aussagekräftig ist hier auch die systolische Blutdruckmessung mit der Ultraschall-Doppler-Technik, da die Abheilungschance bei Werten über 80 mm Hg wesentlich günstiger ist als bei Werten unter 50 mm Hg. Bei der konservativen Behandlung im Stadium IV geht das Bestreben dahin, eine trockene Nekrose mit guter Demarkation zu erreichen, die wichtigsten Grundsätze dabei sind die Ausschöpfung der noch vorhandenen Durchblutungsreserven durch leichte Tieflagerung des Beines, der Vermeidung von Auskühlung durch z. B. Wattestrümpfe und die Vermeidung einer Infektion, wobei man davon ausgehen kann, daß jede feuchte Nekrose (Gangrän) und auch der Rand einer trockenen Nekrose als infiziert anzusehen sind. Austrocknung der Nekrosen bedeutet nicht kräftig pudern, da unter der dicken

Puderkruste eine Infektion sich unbemerkt entwickeln kann, am besten läßt man die Nekrose ohne Medikamente an der Luft eintrocknen, wobei flüssigkeitsabsorbierende Materialien zur Vermeidung der Mazeration zwischen den Zehen gelegt werden. Sprays erzeugen Verdunstungskälte und damit Schmerzen. Bei allen stärker infizierten Nekrosen werden Abstriche zur Bestimmung der Bakterien mit Antibiogramm vorgenommen, um eventuell eine gezielte Antibiotikabehandlung vornehmen zu können. Ungünstig für die Demarkation und Abheilung ist das Bestehen eines Ödems. Wenn es die Durchblutung erlaubt, sollte man das Bein mehrere Tage horizontal lagern und auch vorübergehende Diuretikagaben und Verabreichung von Venoruton in hoher Dosierung haben einen günstigen Effekt.

Solange stärkere Schmerzen bestehen, halten die Patienten Bettruhe ein; dann sollte man vor allem bei Diabetikern weitere Drucknekrosen vermeiden. Vorsichtige Krankengymnastik zur Vermeidung von Gelenkkontrakturen sind indiziert. Ist die Demarkation eingetreten, sollten zunehmend Gehübungen durchgeführt werden. Der Patient ist so lange in stationärer Behandlung zu halten, bis eine gute Demarkation eingetreten ist und sich keine Zeichen einer fortschreitenden Nekrose gezeigt haben, auch wenn es viele Monate dauern sollte.

Privatdozent Dr. M. Martin,
Engelskirchen:

Arterielle Thromben, Prophylaxe und fibrinolytische Therapie

Der morphologische Aufbau intravasaal entstandener Thromben kann in vier Gruppen eingeteilt werden:

Wandständige Thrombozytenaggregate, wandständige Abscheidungsthromben mit schichtweiser Ablagerung von Thrombozyten und Fibrin, Gerinnungsthromben und gemischte Thromben, bei denen ein wandständiger Abscheidungsthrombus den sogenannten Kopf und ein nachfolgender Gerinnungsthrombus den Schwanz des Gerinnsels bildet.

Nach pathologisch-anatomischer Untersuchung steht am Anfang thrombotischer Abscheidungen in der Regel eine Intimaveränderung (Ödem,

Interdisziplinäre Betreuung schwangerer Diabetikerinnen

An der II. Frauenklinik der Universität München wurde mit Unterstützung der III. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing eine spezielle Schwangerenberatung für Diabetikerinnen eingerichtet.

Sprechstunde: Donnerstag: 14.00 bis 16.00 Uhr, II. Frauenklinik der Universität, 8000 München 2, Lindwurmstraße 2a, Telefon (089) 53 99 11 / 830

Ulzeration). Wahrscheinlich können auch bindegewebige, zirkuläre Stenosen Ausgangspunkt von Apportionsthromben sein, die sehr langsam wachsen können.

Ausgangsorte venöser Thrombenbildung sind nach einigen Autoren kleinere Muskulvenen, andere betonen die Bedeutung der Venenklappen. Die Ursache für derartige thrombotische Ablagerung dürfte vielseitig sein. An erster Stelle ist die Strömungsverlangsamung mit partiellen Stasen bei Bettlägerigen zu nennen. Postoperativ spielt wahrscheinlich auch eine reaktive Hyperkoagulabilität eine gewisse Rolle.

Zur *Thromboseprophylaxe* stehen grundsätzlich folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

1. Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes durch Cumarine, Heparin, Schlangengift und Aggregationshemmer,
2. Verbesserung der körpereigenen Fibrinolyse und
3. Beschleunigung der Zirkulation.

In einer Studie von Burkhalter und Mitarbeitern von 1974 ergab sich für eine Beobachtungszeit von 3,7 Jahren im Paarvergleich mit einer nicht antikoagulierten Gruppe, daß die Antikoagulantienbehandlung eine Progression schon bestehender Stenosen verlangsamen konnte, eine Progression von Stenosen zu Verschlüssen hintanzuhalten war und eine Verlängerung von bereits bestehenden Verschlüssen zu verzeichnen war. Diese günstigen Effekte waren am ausgeprägtesten im Femoralisbereich. Der Nutzen oraler Antikoagulantienbehandlung im Rahmen venöser Thromben, insbesondere im Anschluß an Operationen, wird heute allgemein anerkannt. Eine wirksame Prophylaxe postoperativer Venenthrombosen stellt die postoperative Heparinwendung mit kleinen Dosen, z. B. dreimal 5000 E subkutan, dar. Eine

weitere neue Möglichkeit, Thrombusabscheidungen zu verringern, scheint sich durch die Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern (Acetylsalicylsäure) abzuzeichnen. In fünf von sieben Studien wurde eine signifikante Senkung der Thrombosefrequenz erzielt. Kontrollierte prospektive Studien mit dem Ziel, auch arterielle Thrombosen im Rahmen der degenerativen Arteriopathie durch Aggregationshemmer günstig zu beeinflussen, laufen.

Die *fibrinolytische Therapie* mit Streptokinase wurde erstmals 1959 eingesetzt und seit 1967/68 ist bekannt, daß durch Streptokinase nicht nur frische thrombotische Verschlüsse, sondern auch Monate alte Obstruktionen beseitigt werden können.

Die *Indikation zur fibrinolytischen Therapie* hat sich empirisch entwickelt. Heute wissen wir, daß arterielle Verschlüsse eine gute Chance für die Auflösung besitzen, sofern bestimmte lokalisatorische und zeitliche Bedingungen erfüllt sind. Femoralisverschlüsse, die nicht älter als sechs Wochen sind, können in 80 bis 90 Prozent der Fälle beseitigt werden. Iliaka- und Aortenverschlüsse haben bis zu drei Monaten eine recht gute Chance zur Beseitigung. Besonders günstige Bedingungen für die lytische Stenoseweitung bieten kurzstreckige Einengungen von verruköser, krümeliger, asymmetrischer Kontur in relativ weiten Gefäßen.

Bei *akuten embolischen Verschlüssen* sollte der Gefäßchirurg zugezogen werden, da die Gefäßöffnung mit Streptokinaseinfusionen drei und mehr Tage benötigt.

Für die *venöse Gefäßöffnung* gilt als Regel, daß Venenverschlüsse nicht älter als fünf Tage sein sollten bzw. später die Lyseaussichten insgesamt ungünstig sind.

Referent:
Dr. med. E. Weber, 8500 Nürnberg

Paul-Martini-Preis

Der mit DM 10 000,— dotierte Paul-Martini-Preis, der die Entwicklung wissenschaftlicher Methoden zur Beurteilung klinisch-pharmakologischer und therapeutischer Maßnahmen fördern soll, ist von der Medizinisch Pharmazeutischen Studiengesellschaft e. V., Frankfurt, und der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik e. V., Heidelberg, für 1975 erneut international ausgeschrieben worden. Als Einsendeschluß wurde der 31. Mai 1975 festgelegt. Die Arbeiten, die in sich abgeschlossen sein sollen, dürfen bereits publiziert, aber nicht älter als zwei Jahre sein. Sie sind in sechsfacher Ausfertigung in deutscher oder englischer Sprache an die Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e. V., 6000 Frankfurt, Humboldtstraße 94, zu richten.

Jede Arbeit ist mit einem Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. In einem zusätzlichen verschlossenen Umschlag, der das Kennwort der Arbeit tragen muß, sind auf einem besonderen Bogen anzugeben: Vor- und Zuname, Geburtsdatum, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, berufliche Stellung und Tätigkeit sowie das Kennwort der Arbeit.

Über die Zuerkennung des Preises, der zum Gedächtnis an den Wissenschaftler und Arzt Professor Dr. Paul Martini und in Würdigung seiner besonderen Verdienste um die Förderung der klinisch-therapeutischen Forschung gestiftet wurde, entscheidet eine Jury, für die sich folgende Wissenschaftler zur Verfügung gestellt haben: Professor Dr. F. Gross, Heidelberg, Professor Dr. F. Grosse-Brockhoff, Düsseldorf, Professor Dr. R. Heintz, Aachen, Professor Dr. H. Klupp, Ingelheim, Professor Dr. B. Schneider, München.

Der Preis wurde 1969 gestiftet und seither an folgende Wissenschaftler verliehen:

1969

Jules Angst, Poul Christian Baast-

Bayerisches Ärzteblatt 3/75



Tonsilgon®

bei lymphatischen Reaktionen

- steigert die Infektabwehr deutlich
- Appetit und Gesamtbefinden bessern sich
- akute Schübe bleiben allmählich aus

Basistherapeutikum bei lymphatischer Diathese und ihren akuten Katarrhen.

Leitsymptom: Infektanfälligkeit schon in der Kindheit.

Zusammensetzung: Mec. ex: Rad. Althae. 0,4 g, Flor. Chamomill. 0,3 g, Fruct. Cynosbat. 0,4 g, Herb. Equiset. 0,5 g, Fol. Jugland. 0,4 g, Herb. Millefol. 0,4 g, Cort. Querc. 0,2 g, Herb. Tarax. 0,4 g in 100 g. - 1 Dragee enthält: Rad. Althae. 0,008 g, Flor. Chamomill. 0,008 g, Fruct. Cynosbat. 0,004 g, Herb. Equiset. 0,010 g, Fol. Jugland. 0,012 g, Herb. Millefol. 0,004 g, Cort. Querc. 0,004 g, Herb. Tarax. 0,004 g, Vitamin C 0,019 g. **Indikationen:** Lymphatische Diathese und ihre akuten Manifestationen (wie Tonsillitis catarrhalis, Pharyngitis lateralis); Schwellungen der Lymphknoten, besonders bei Erkrankungen im Nasen-Rachenraum; Nachbehandlung nach Tonsillektomie. Chronische Racheninfekte. **Zusatztherapie** bei allen katarrhalischen Infekten. Zur Ergänzung der Chemotherapie. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Dosierung:** Zur Basistherapie der lymphatischen Diathese gibt man Kindern bzw. Erwachsenen 3mal täglich 15 bis 25 Tropfen oder 1 bis 2 Dragees über Wochen, bei akuten Manifestationen (Katarrhen) vorübergehend 5-6mal täglich.

Handelsformen: Tonsilgon O.P. mit 30 ml DM 5,25 O.P. mit 100 ml DM 9,85
O.P. mit 50 ml DM 7,30 O.P. mit 60 Drag. DM 7,30



BIONORICA KG · NÜRNBERG

rup, Poul Grof, Mogens Schou, Peter Weis:

„Methodological Problems of Prophylactic Trials in Recurrent Affective Disorders“

Karl-Heinz Rahn, Peter G. Dayton: „Studies of the Metabolism of Guanethidine in Hypertensive Patients“

Wilhelm Börner, Stefan Grehn, Erich Moll, Erich Rau:

„Messung der Absorption des Fingerknochens mit einem ¹²⁵J-Profilscanner“

1970

Werner Kübler:

„Pharmakokinetische Methoden zur Ermittlung der enteralen Resorption“

1971

David J. Finney:

„Statistical Logic in the Monitoring of Reactions to Therapeutic Drugs“

Helmuth C. Heinrich, Erich E. Gabbe:

„Experimental Basis of the Diagnosis and Oral Therapy of Prelatent, Latent and Manifest Iron Deficiency“

1972

Adolf Habermehl, E. Heinz Graul:

„Tracerkinetik“

Burkhard Schoene, Herbert Remmer, Reinhard Fleischmann, Hans-Felch v. Oldershausen:

„Determination of Drug Metabolizing Enzymes in Needle Biopsies of Human Liver“

Heinz Held, fünf Doktoranden:

„Über die Veränderung des Abbaus von Arzneimitteln unter verschiedenen Bedingungen. Klinische und tierexperimentelle Untersuchungen“

1973

Professor Dr. John Raymond Hobbs,

Dr. Hussein Salih, Dr. Herschel Flax:

„Evaluation of Hormone Dependence of Breast Cancer for the Individual Patient“

1974

Dr. Alasdair Muir Breckenridge, Dr.

Michael L'Estrange Orme:

„Pharmacokinetics, Pharmacodynamics and Interactions of Warfarin“

– verbesserte Zusammenarbeit zwischen klinischer Forschung und Industrie.

An der Durchführung der Projekte sollen sich auch Hochschulinstitute, Kliniken, hochschulfreie Forschungs- und Entwicklungseinrichtungen sowie Unternehmen des medizinischen Industriezweiges beteiligen. Besondere Bedeutung kommt nach Mitteilung des Bundesministeriums den medizinisch-biologisch orientierten Großforschungseinrichtungen (Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH und Deutsches Krebsforschungszentrum) zu, deren interdisziplinäres Potential für die Bearbeitung spezieller wissenschaftlicher Projektaufgaben, wissenschaftliche Dienstleistung (z. B. für tierexperimentelle Untersuchungen) und Projektträgerschaften genutzt wird. Auch das Bundesgesundheitsamt bzw. regionale Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens sollen bei bestimmten Projekten mitwirken.

Der Bericht nimmt ausführlich zu folgenden Problemkreisen Stellung:

- Technologien für Vorsorge und Früherkennung;
- Geräte und technische Verfahren für Diagnostik und Therapie;
- künstliche Organe und technische Hilfen für Körperbehinderte;
- biokompatible Werkstoffe;
- nuklearmedizinische Diagnostik;
- Strahlentherapie;
- DV-Anwendung im Gesundheitswesen.

Nachstehend in Kurzfassung die wichtigsten Aussagen zu den seitens des Ministeriums angesprochenen Forschungs- und Technologievorhaben.

Technologien für Vorsorge und Früherkennung

Hier sollen verschiedene technologische Möglichkeiten auf ihre Eignung für die Frühdiagnose schwerer und weitverbreiteter Krankheiten geprüft werden. Das gilt vor allem für Herzkreislaufkrankungen und Krebs. Notwendig ist hier nach Darstellung des Berichtes die Entwicklung von technischen Verfahren

Bericht der Bundesregierung über medizinische Forschung

von Peter Mandt

Der Bundesminister für Forschung und Technologie erstattete kürzlich den Mitgliedern des für diesen Aufgabenbereich zuständigen Bundestagsausschusses einen Bericht zum Thema „Forschung und Technologie im Dienst der Gesundheit“, der in Abstimmung mit den anderen Bundesministerien erarbeitet worden ist und ein Schwerpunktprogramm zur Förderung von Forschung und Entwicklung der Medizintechnik zum Inhalt hat. Gleichzeitig verweist der Bericht auf zahlreiche, bereits mit Unterstützung des Ministeriums eingeleitete Projekte.

Als generelle Ziele der öffentlichen Förderung im Bereich der Medizintechnik werden in diesem Bericht genannt:

– Bekämpfung von schweren Krankheiten, wie Krebs und Kreislauferkrankungen, bzw. die Einführung verbesserter Verhütungs- und Früherkennungsmaßnahmen;

– weitere Rationalisierungsmaßnahmen, wie Automatisierung von Untersuchungsverfahren, und Einsatz der Datenverarbeitung im Gesundheitswesen vor dem Hintergrund wachsender Anforderungen an das medizinische Personal bzw. weitgehend ausgeschöpfter Personalreserven;

– Abbau des Entwicklungsrisikos im Bereich der Medizintechnik parallel zu verbesserten Anreizen für die Industrie zur Forschung und Entwicklung in diesem Bereich.

Mittelübersicht (in Mio. DM)

	1974	1975	1976	1977	1978	Zusammen
	DM	DM	DM	DM	DM	DM
Medizintechnik	24,0	41,0	46,0	55,0	65,0	231,0
DV in der Medizin	36,8	32,0	41,0	51,0	70,5	231,3
Institutionelle Förderung Großforschungszentren *)						
Max-Planck-Gesellschaft	128,0	147,0	170,0	183,0	201,0	829,0
						1 291,3

*) Zur Verfügung gestellte Mittel für Forschungs- und Technologieprojekte der Bundesregierung.

und einfach bedienbaren Geräten für Reihenuntersuchungen, die sichere und schnelle diagnostische Aussagen bei weitgehender Automatisierung erlauben.

Folgende Forschungs- und Entwicklungsarbeiten sind mit Unterstützung des Bundesministeriums für Forschung und Technologie bereits in Angriff genommen:

- Automatisch arbeitende Geräte zur Krebsfrüherkennung (z. B. Mustererkennungsverfahren für die Erfassung bösartiger Zellen);

- neue bildgebende Verfahren (z. B. Thermographie und Radiographie für die Brustkrebs-Reihenuntersuchung);

- neuartige Präventivmaßnahmen für die Zahnheilkunde (z. B. Kariesverhütung durch Laseranwendung);

- neuartige und verbesserte ultraschalldiagnostische Verfahren als Ergänzung zur strahlenbelastenden Röntgendiagnostik (z. B. Ultraschallholographie);

- perinatale Meßtechnik zur Erfassung und Verhinderung frühkindlicher Schädigungen.

Geräte und technische Verfahren für Diagnostik und Therapie

Hier nennt das Ministerium nachstehende bereits eingeleitete Forschungs- und Entwicklungsarbeiten:

- Akustische Verfahren für therapeutische Zwecke, z. B. für Nierensteinzertrümmerung mit Ultraschall und mit Stoßwellen;

- optische Instrumente für Diagnostik und Therapie, z. B. in der Augenheilkunde, für die Gewebediagnostik und für die Mikrochirurgie;

- Laser für chirurgische Zwecke, für die Augenheilkunde (Netzhautbefestigung) und die Zahnheilkunde (Füllungsschweißen);

- Meßwertaufnehmer und Verfahren zur Meßwertverarbeitung für die Bestimmung von Kreislaufdaten und anderen physiologischen Parametern, u. a. für die teilautomatisierte Therapie.

Künstliche Organe und technische Hilfen für Körperbehinderte

Die notwendige hohe technische Zuverlässigkeit und Biokompatibilität (Verträglichkeit) von künstlichen Organen und Organhilfen (z. B. Herzschrittmachern und Prothesen) zur Unterstützung bzw. Wiederherstellung wichtiger Lebensfunktionen, besonders bei längerer Verweildauer im Organismus, ist nach dem Bericht vielfach noch nicht erreicht, da die entsprechende Entwicklung für diese technischen Hilfen zum Teil noch in den Anfängen steckt oder nicht dem Stand der naturwissenschaftlich-technischen Erkenntnisse entspricht.

Eingeleitete Förderungsmaßnahmen in diesem Bereich sind:

- Systeme zur Unterstützung oder zum Ersatz von Funktionen innerer Organe, z. B. intra- und extrakorporale Kreislauf-Unterstützungssysteme und Künstliche Nieren für die Hemodialyse;

- Orthopädie-technische Hilfen (z. B. Steuerungssysteme, Manipulatoren);

- Ersatz und Unterstützung von Sinnesorganfunktionen, z. B. Blindenlesegerät, Blindenschrift-Normalschriftübersetzer.

Biokompatible Werkstoffe

Für die zur Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung geschädigter Körperfunktionen implantierten technischen Hilfen, wie z. B. Herzschrittmacher, künstliche Gefäße, Knochen- und Gelenkersatz, sind nach Mitteilung des Berichtes neben der hohen technischen Zuverlässigkeit der Implantate die dabei verwendeten Werkstoffe von entscheidender Bedeutung. Sie müssen mechanisch hoch belastbar, chemisch unangreifbar, nichttoxisch, nichtkanzerogen und gewebeverträglich sein. Die bisher bekannten Werkstoffe erfüllten nur teilweise diese Anforderungen.

Der Bericht nennt hier Forschungs- und Entwicklungsarbeiten für

- Werkstoffe zum Ersatz von Teilen des Skelettsystems, z. B. nichtmetallische keramische Werkstoffe;

- Membranen für Künstliche Nieren;

- Materialien für den Gefäßersatz;

- Kunststoffe für Herzpumpen und Kreislauf-Unterstützungssysteme.

Nuklearmedizinische Diagnostik

Hierzu wird im Bericht ausgeführt, daß die Technik radioaktiver Markierung die Grundlage von Routineverfahren der klinischen Diagnostik bildet, die Anwendungsmöglichkeiten solcher Verfahren zur Erfassung von funktionellen Störungen und zur Erfolgskontrolle therapeutischer Maßnahmen jedoch noch nicht ausgeschöpft seien. Daneben sei die nuklearmedizinische Diagnostik für den Einsatz bei Reihen- und Vorsorgeuntersuchungen grundsätzlich geeignet, anwendungsreife einfache Verfahren für Reihenuntersuchungen (Screening) stünden jedoch noch nicht im gewünschten Umfang zur Verfügung.

Ziele der Förderungsmaßnahmen auf diesem Gebiet sind nach dem Bericht daher die Entwicklung und Erprobung verbesserter isotonentechnischer Verfahren sowie organspezifischer und anderer Radiopharmaka unter besonderer Berücksichtigung der Herabsetzung der Strahlenbelastung und einer gesteigerten Aussagekraft der Meßdaten zur Absicherung der Befunde.

Hierzu sind Forschungs- und Entwicklungsarbeiten auf nachstehenden Gebieten eingeleitet:

- Tumordiagnostik (Gehirn, Leber, Niere, Prostata, Knochen und Stützgewebe);
- Organfunktionsprüfung (Niere, Leber, Herz und Kreislauf);
- Radio-Immuno-Assay-Verfahren (Bestimmung von körpereigenen Substanzen mit Hilfe radioimmunologischer Verfahren, insbesondere für die Nierenfunktionsdiagnostik und bei Hochdruckerkrankungen);
- Dosisermittlung und Überwachung der Strahlendosis bei Patienten nach diagnostischer Anwendung von Radionukliden.

Strahlentherapie

Unter Hinweis auf die ständig zunehmenden Krebserkrankungen und die Vielgestaltigkeit der Tumorarten und deren Lokalisierung und Verteilung im Organismus wird hier eine erhebliche Variabilität des therapeutischen Vorgehens gefordert. In der überwiegenden Zahl von Geschwulsterkrankungen würden nach wie vor Strahlen extern oder intern therapeutisch angewendet. Ziel der Förderung sei die Nutzung neuer Isotopen- und strahlentechnischer Möglichkeiten zur Verbesserung und Optimierung der Therapie.

Das Bundesministerium für Forschung und Technologie nennt hier als primäre Forschungsziele:

- Neue Strahlungsquellen, Strahlungsarten und -geräte zur klinischen Anwendung, z. B. als Neutronentherapie;
- dosimetrische Verfahren für die Strahlentherapie;
- kombinierte Therapieformen (Strahlung und Chemotherapie);
- neue organspezifische bzw. tumorspezifische Radiopharmaka;
- tumorimmunologische Verfahren in der Krebstherapie

DV-Anwendung im Gesundheitswesen

- gefördert im Rahmen des 2. DV-Programms –

Datenverarbeitungsanlagen stellen nach Darstellung des Bundesministe-

riums für Forschung und Technologie eine entscheidende Hilfe für eine qualitative Verbesserung von Diagnose, Therapie und Vorsorgemaßnahmen dar. Außerdem könne durch Rationalisierung von Verwaltung und Funktionssteuerung die Leistungsfähigkeit von Gesundheitseinrichtungen erhöht werden. Durch den Informationsverbund von Gesundheitseinrichtungen sei darüber hinaus eine kurzfristige Bereitstellung entscheidungsrelevanter Daten, z. B. für spezielle medizinische Probleme und gesundheitspolitische Planungen, möglich.

Es gelte daher, Verfahren und Programme für entsprechende DV-Anwendungen zu entwickeln und zu erproben. Außerdem müßten geeignete Fachleute zur Verfügung stehen. Zur Zeit müsse jedoch noch von einem Personalmangel in dieser Beziehung ausgegangen werden.

Die Förderungsmaßnahmen des Ministeriums beziehen sich auf spezifisch ärztliche Tätigkeiten sowie darüber hinaus auf inner- und außerbetriebliche Organisations- und Managementaufgaben bei der medizinischen Versorgung.

– Spezifisch ärztliche Tätigkeit

Gefördert werden Forschungs- und Entwicklungsarbeiten in den Bereichen Labormedizin; Nuklearmedizin; Funktionsdiagnostik und Biosignalverarbeitung; Intensivpflege und -überwachung.

Fachliche Ziele dieser Förderungsmaßnahmen sind u. a.:

- Entwicklung diagnostischer Algorithmen;
- Erhöhung der Zuverlässigkeit und der Gültigkeit der Daten;
- Verkürzung der Befundungszeiten;
- Standardisierung der Verfahren und der Nomenklatur.

Konkrete Anwendungen liegen bereits weitgehend vor

- beim automatisierten Betrieb eines klinisch-chemischen Labors (weitgehende Ausschaltung der „Fehlerquelle Mensch“);
- bei der Aufnahme, Auswertung und Darstellung nuklearmedizinischer Daten (Darstellung der Ergebnisse in bildlich leicht zu begreifen-der Form);

- bei der Aufnahme und automatischen Auswertung von Biosignalen (z. B. EKG- und EEG-Daten);

- bei der Überwachung von Schwerkranken mit Hilfe der DV (in der Projektanlaufphase befinden sich: Intensivüberwachung in der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie bei der Operationsüberwachung);

- als diagnostische Entscheidungshilfen (z. B. „Stumpfe Bauchtraumen“).

– Innerbetriebliche Organisations- und Managementaufgaben bei der medizinischen Versorgung

Gefördert werden Forschungs- und Entwicklungsarbeiten u. a. in den Bereichen Krankenhausadministration und Funktionssteuerung im Krankenhaus; ärztliche Praxis; Blutspendedienst.

Fachliche Ziele dieser Förderungsmaßnahmen sind u. a.:

- Verbesserung und Rationalisierung der Administration und der Funktionssteuerung;
- Integration des medizinischen und administrativen Bereiches;
- Verbesserung der Überwachung von Diagnostik und Therapie.

Im Stadium der Entwicklung befinden sich u. a.:

- das „Demonstrations-DV-Projekt für das Allgemeine Krankenhaus“ (bekannt unter der Kurzbezeichnung „Projekt Kulmbach“);
- die Entwicklung eines Realzeit-Informations- und Dispositionssystems für einen Bluttransfusionsdienst.

– Überbetriebliche Organisations- und Managementaufgaben bei der medizinischen Versorgung

Hier befinden sich entsprechende Förderungsmaßnahmen erst im Anfangsstadium. Bekannt ist das in Vorbereitung befindliche Demonstrations-Projekt DOMINIG. Die Durchführung obliegt entsprechend einem Auftrag der Bundesregierung dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik – eine Gemeinschaftseinrichtung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder – sowie dem Lande Berlin und Hessen. Im Vordergrund der hier ge-

gelassen und ruhig am Tag

ADUMBRAN®

der unkomplizierte Tranquilizer
zur medikamentösen Psychotherapie

entspannt zu erholsamem Schlaf bei Nacht

zuverlässig · bewährt · gut verträglich

Zusammensetzung: 7-Chlor-1,3-dihydro-3-hydroxy-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
Anwendungsgebiete: Im psycho-vegetativen Bereich: Störungen der Schlafrythmik; kardiovaskuläre Störungen; gastrointestinale Störungen; psychogene Atemstörungen; vegetative Syndrome der Frau; Dentitionsbeschwerden bei Kleinkindern; Im effektiv-emotionalen Bereich: nervöse Reizbarkeit; Überarregtheit; nervöse Erschöpfungszustände; Sexualneurosen; Dberforderungssyndrom; Angst- und Unruhezustände, auch vor zahnärztlichen und ärztlichen Eingriffen;

Erwartungsangst vor besonderen Belastungen; Verhaltensstörungen, Eingewöhnungsschwierigkeiten.
Dosierung und Anwendungsweise: In der Regel empfiehlt sich folgendes Vorgehen: morgens 1 Tabl., mittags 1 Tabl., abends 2 Tabl.
Suppositorien für Erwachsene: morgens 1 Supp., abends 1 Supp.
Kindersuppositorien: Der Doppelkonus läßt sich leicht teilen, so daß eine individuelle Dosierung möglich ist. Als Richtlinie kann gelten bei Kindern im Alter von 1-3 Jahren 1-2 mal 7,5 mg (1/2 Doppelkonus), 4-5 Jahren 2-3 mal 7,5 mg (1/2 Doppelkonus), ab 6 Jahren

1-3 mal 15,0 mg (1 Doppelkonus).
Unverträglichkeit und Risiken: Myasthenia gravis.
Besondere Hinweise: Verkehrsteilnehmer sollten beachten, daß Adumbran die Verkehrssicherheit beeinflussen kann. Der gleichzeitige Genuß von Alkohol und die gleichzeitige Einnahme anderer beruhigender Arzneimittel sind zu vermeiden.
Darreichungsformen und Packungsgrößen:
OP mit 25 Tabletten DM 6,50
DP mit 75 Tabletten DM 17,75
Suppositorien für Erwachsene zu 30 mg DP mit 5 Suppositorien DM 5,20

Kindersuppositorien zu 15 mg
OP mit 5 Suppositorien DM 4,45
OP mit 10 Suppositorien DM 8,20
Klinikpackungen
zu allen Darreichungsformen
Unverbindl. empl. Preise lt. AT

Thomae

stellten Aufgabe steht die Frage, die Möglichkeit einer Standardisierung des Datenflusses zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu untersuchen und gegebenenfalls zu demonstrieren.

Das fachliche Ziel dieser Förderungsmaßnahme wird in der Verbesserung der Informationsgewinnung und -übertragung sowie der Qualität von Informationen gesehen.

Anschrift des Verfassers:

Peter Mendt, 5300 Bonn, Wolkenburgstraße 1

Fakultät

Würzburg

Professor Dr. med. Karl-August Bushe (bisher o. Professor an der Universität Göttingen) wurde zum „ordentlichen Professor für Neurochirurgie“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. Elmar Stöcker (Pathologisches Institut) wurde zum „ordentlichen Professor für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie“ an der Freien Universität Berlin am Klinikum Steglitz ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Claus Goecke, Chefarzt der Frauenklinik des Luisenhospitals, Aachen; Privatdozent Dr. med. Hans Haug, Ärztlicher Direktor des Klinisch-chemischen Instituts am Katharinen-Hospital, Stuttgart; Privatdozent Dr. med. Hermann Krieg, Chefarzt der Städtischen Frauenklinik, Heilbronn.

Privatdozentin Dr. med. Jutta Petz, Akademische Oberrätin an der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, wurde zur „Leitenden Oberärztin“ ernannt.

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. dent. Hans-Dieter Jude, wiss. Ass. an der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten; Privatdozent Dr. med. Josef Walter, wiss. Ass. an der Medizinischen Poliklinik.

Ausland

China: Medizin der Massen

II. Medizinische Versorgung

Mit der Bildung der Volkskommunen im Jahre 1958 begann in China die Dezentralisierung der Verwaltung. In den Provinzen wurden die ökonomisch möglichst selbständigen Kommunen zu den wichtigsten administrativen Einheiten. Sie setzten sich aus Produktionsbrigaden mit 2000 bis 4000 Mitgliedern und die Brigaden aus je 15 bis 20 Produktionsgruppen zusammen. Entsprechend dieser Struktur und dem Prinzip der „Versorgung aus eigener Kraft“ wurde auch das Gesundheitswesen mit lokalen Zentren und von der Basis her aufgebaut. Das brachte für die Landgebiete, in denen 80 Prozent der chinesischen Bevölkerung leben, zahlreiche Probleme mit sich, da man sich kaum auf bereits vorhandene Institutionen und ausgebildete Personen stützen konnte. Stärkere Förderung der Landwirtschaft und Hilfe für die Landbevölkerung waren Hauptmotive für die „Kulturrevolution“ mit ihren drei Prinzipien: Gleichmäßige Entwicklung sowohl der Industrie und der Landwirtschaft als auch der städtischen und ländlichen Gebiete sowie Gleichstellung der körperlichen mit der geistigen Arbeit.

Im Gesundheitswesen auf dem Lande führte die Anweisung Maos, alle Anstrengungen auf das Dorf zu richten, zum Aufbau einer bis heute bestehenden, aber wirksamen Minimalversorgung mit Schwerpunkten in Kommunalhygiene und Krankheitsverhütung. Konkret wurde das zunächst durch den befristeten Einsatz aller städtischen Heilpersonen auf dem Lande in Form der „mobilen Brigaden“, durch die Heranziehung von Barfuß- oder Bauernärzten und anderem Hilfspersonal, durch die Gesundheitserziehung in Verbindung mit politischen und hygienischen Kampagnen und durch die Einführung des Genossen-

schaftssystems in der Krankenversorgung erreicht.

Das wichtigste Instrument für den Aufbau des ländlichen Gesundheitsdienstes, aber auch für die Umerziehung der städtischen Mediziner, waren die mobilen Brigaden. 150 000 bis 170 000 Ärzte, Zahnärzte, Krankenschwestern, Hebammen und anderes Heilpersonal aus den Groß- und Kreisstädten zogen in diesen Gesundheitstrupps in die Dörfer und in die Gebirgsregionen. Auch in den folgenden Jahren sollte jeweils ein Drittel des medizinischen Personals der Städte auf dem Lande eingesetzt werden. Horn beschreibt aus eigener Erfahrung:

„Im April 1965 rief mein Krankenhaus in Peking Freiwillige auf, die ein medizinisches Team organisieren sollten, das ein paar hundert Meilen entfernt in einem ländlichen Gebiet im nördlichen Hopei arbeiten sollte. Innerhalb von sechs Monaten umfaßte es 107 Schwestern, Labo-ranten, Bürokräfte und Ärzte aller Fachrichtungen und Ausbildungsgrade. Es ist beabsichtigt, daß in der nächsten Zukunft mindestens ein Drittel des Krankenhauspersonals abwechselnd in den mobilen Teams arbeiten und daß diese Zahl später erhöht werden soll. Dieses Team versorgt zwölf Volkskommunen mit einer Gesamtbevölkerung von ca. 80 000 Menschen. Es ist unterteilt in drei medizinische Brigaden, von denen sich jede auf eine zentrale Klinik stützt, die die engrenzenden drei oder vier Kommunen versorgt. Außerdem ist es verantwortlich für kleinere Kliniken in ausgewählten Produktionsbrigaden. Die Ärzte der kleinen Kliniken besuchen regelmäßig jedes Dorf innerhalb eines bestimmten Gebietes und sind bei Notfällen abrufbar.“

Die Ärzte aus der Stadt lebten in den Hütten und Höhlen der Bauern und lernten, ohne den gewohnten Komfort auszukommen. Sie arbeiteten mit den Bauern auf den Feldern

und halfen beim Bau der Landkrankenhäuser. Ihre Hauptaufgaben aber waren:

a) Bekämpfung und Verhütung der in den betreffenden Gebieten am meisten verbreiteten und die Produktion am stärksten behindernden Krankheiten. Diese Aktion lief in drei Etappen ab. Nach der Behandlung der Erkrankten wurden die Bedingungen für das Entstehen und die Verbreitung der Krankheiten untersucht und Maßnahmen zu ihrer Beseitigung ausgearbeitet. Das schloß auch hygienische Aufgaben ein: reines Trinkwasser, Reinhaltung von Brunnen, Wohnungen und Ställen, Kontrolle der Fäkalien und Abfälle, Bekämpfung von schädlichen Nager, Insekten und anderen Überträgern von Krankheitskeimen. In einer dritten Etappe wurden einfache Heilmittel ausgearbeitet, möglichst aus einheimischen Pflanzen, und die Bevölkerung in ihrem Gebrauch und in den Präventivmitteln unterrichtet, um die erreichte Lage zu stabilisieren.

b) Weiterbildung der Landärzte und Ausbildung von medizinischem Hilfspersonal, besonders von Barfußärzten und Hebammen. Das Ziel war, jeder Volkskommune und auch den großen Brigaden ein Gesundheitszentrum mit examinierten Ärzten zu geben. In jeder Brigade sollten mindestens ein, möglichst jedoch mehrere Barfußärzte und Hebammen und in jedem Produktionsteam ein freiwilliger Sanitäter, der Erste Hilfe leisten konnte und elementare Kenntnisse von Heilkräutern und einfachen Akupunktur-Prozeduren hatte, vorhanden sein. Da es in China mehr als 70 000 in Brigaden und Teams unterteilte Kommunen gibt, lief der Plan darauf hinaus, mehrere Hunderttausend medizinische Hilfskräfte auszubilden. Dieses Ziel ist fast erreicht worden.

c) Aufbau eines Netzes von Krankenhäusern, Ambulatorien, Hygienestationen, Entbindungsheimen und anderen Einrichtungen für den Ge-

sundheitsdienst. Teilweise wurden ganze Krankenhäuser aus den Städten in die Kommunen verlegt. In anderen Fällen stellten städtische Anstalten das Inventar, die Röntgenapparate und andere Geräte für neue Kommune-Krankenhäuser zur Verfügung.

d) Durchführung hygienischer Kampagnen im Rahmen einer patriotischen Gesundheitsbewegung und, damit eng verbunden, die gesundheitlich-hygienische Volksaufklärung. Diese Aufgabe ging weit über die Bemühungen hinaus, regionale Krankheiten zu verhüten. Sie umfaßte die Hygiene im weitesten Sinne, besonders die Kommunal- und Arbeitshygiene. In der „Großen Gesundheitskampagne“ hatte die Massenbewegung zunächst die Ausrottung der „vier Übel“ – Fliegen, Wanzen, Moskitos und Ratten – zum Ziel. Dieser Aufgabenbereich konnte bald auch auf Entlausung, Wasserkontrolle, Lebensmittelschutz und Desinfektion der Latrinen ausgedehnt werden. Diese Aufgaben entsprechen der vierten Forderung Maos für den Aufbau des Gesundheitsdienstes, die hygienische Bewegung zu einer politischen Massenbewegung zu machen. Die Bevölkerung soll mit den Hauptproblemen der Krankheitsbekämpfung und -verhütung so weit vertraut gemacht werden, daß sie selber an ihrer Lösung mitarbeiten kann.

e) Familienplanung durch die Aufklärung der Landbewohner über die physiologischen Vorgänge bei Zeugung und Geburt und über die Möglichkeiten der Verhütung einer Schwangerschaft. Die Geburtenkontrolle unterlag in den letzten zwanzig Jahren verschiedenen taktischen Schwankungen. Sie hatte zunächst psychologische Hindernisse zu überwinden, denn Kinder galten als Reichtum. Erwachsene Söhne stellten für die Eltern oft die einzige Form der Altersversicherung dar. Konfuzius hatte es eine der „größten Pflichtvergessenheiten“ genannt, ohne Nachkommen zu sterben.

Erst seit der Kulturrevolution wird die wirtschaftlich notwendige Begrenzung der Geburtenzahl nicht mehr diskutiert, sondern allgemein praktiziert. Die Methoden dafür sind die Verwendung von Kontrazeptiva, seltener – da nicht genügend geeignete Kliniken zur Verfügung stehen – der operative Schwangerschaftsabbruch und die Vasektomie, vor allem aber die Empfehlung der Spätheirat. Die Forderungen Maos, daß Frauen erst im Alter von mindestens 25 und Männer von 28 bis 30 Jahren heiraten und daß die jungen Ehepaare sich auf zwei bis maximal drei Kinder beschränken sollen, werden in den Städten offenbar befolgt, stoßen aber auf dem Lande noch auf traditionsbedingte Widerstände. Auch die Fragen, wieviel Kinder eine Familie haben soll, und ob eine Schwangerschaft auszutragen oder abzubrechen sei, werden vom „Kollektiv“ der Arbeitskollegen diskutiert und entschieden.

Die Angehörigen der mobilen Brigaden, die Gesundheitshelfer und hier in erster Linie die Barfußärzte und Hebammen geben Anweisungen in der Anwendung mechanischer Verhütungspraktiken und im Gebrauch mechanischer und chemischer Kontrazeptiva, besonders der „Pille“. Die Mittel werden kostenlos zur Verfügung gestellt, aber nur verheirateten Frauen. Chinas Jugend ist puritanisch. Voreheliche sexuelle Kontakte gelten als unmoralisch, werden gesellschaftlich geächtet und sind angeblich sehr selten. Mit diesen Maßnahmen ist es gelungen, die Geburtenrate von früher 4,5 Prozent drastisch zu senken. Sie beträgt heute in den Großstädten 1 bis 1,5 Prozent und auf dem Lande 2 bis 2,5 Prozent (gegenüber 2,5 bis 4 Prozent in anderen Entwicklungsländern).

Die mobilen Brigaden bauten ein ländliches Gesundheitssystem auf, das sich von überregionalen Provinz- und Bezirkskrankenhäusern mit mehreren Fachabteilungen in den Volkskommunen weiter auffä-

Flatus-Pillen® Andreae



Gegen Meteorismus, Völlegefühl und Sodbrennen.

Die rationale Therapie für Verdauungsbeschwerden.
O. P. 50 Pillen DM 4,65 m. Mwst. O. P. 250 Pillen DM 18,05 m. Mwst.

cherte. Zentrum ist das Kommune-Krankenhaus mit der stationären Abteilung (mit 40 bis 100 Betten) und dem Ambulatorium. Es ist spartanisch ausgestattet, hat aber in den meisten Fällen einen Röntgenapparat und einen kleinen Operationsraum, in dem mutige Ärzte Eingriffe bis zur totalen Magenresektion ausführen können. Das nächstgelegene Bezirks- oder Stadtkrankenhaus gibt methodische Hilfe und Konsultationen und übernimmt die Fälle, für die im Kommune-Krankenhaus die diagnostischen und therapeutischen Kapazitäten nicht ausreichen. In der Apotheke des Krankenhauses dominieren die Mittel der traditionellen chinesischen Heilkunde, die zum Teil aus örtlich vorkommenden Arzneipflanzen selbst hergestellt werden. Auch im Personal der Anstalt wird das Alte mit dem Neuen kombiniert: Westlich ausgebildete und examinierte Ärzte arbeiten zusammen mit den Vertretern der Traditionsmedizin. Jedes Krankenhaus wird von einem „Revolutionskomitee“ geleitet, das sich aus drei Alters- oder gesellschaftlichen Gruppen (Mitarbeiter im jüngeren, mittleren und höheren Alter oder Mitglieder aus den Gruppen der Ärzte, Verwaltungsangestellten und dem sonstigen Heil- und Hilfspersonal) zusammensetzt und vom „Parteikomitee“ weisungsabhängig ist. Einen Chefarzt in unserem Sinne gibt es nicht.

Das Kommune-Krankenhaus hat die Aufgaben der unmittelbaren ambulanten und stationären Versorgung, die über die Kräfte des Hilfspersonals in den Brigaden hinausgeht, ferner der Aufsicht über alle medizinischen, hygienischen und präventiven Maßnahmen im Bereich der Kommune und schließlich der Anleitung und Weiterbildung des nachgeordneten Hilfspersonals. Große Brigaden können ein Zweigkrankenhaus unterhalten. In den meisten Brigaden jedoch operieren die Barfußärzte von einem Gesundheitspunkt aus, der als einfaches Sprechzimmer, als Revierstube mit Entbindungsbetten oder nur als Hygiene-station gestaltet sein kann. Auch im Gesundheitsdienst setzt jede Produktionsbrigade ihren Ehrgeiz dar ein, so viel wie möglich mit eigenen finanziellen und personellen Mitteln zu erreichen.

Das ländliche Gesundheitswesen wird durch ein genossenschaftliches System getragen und finanziert, das

die Brigaden und – weniger stark – die einzelnen Mitglieder mit den Kosten belastet. Je nach der Finanzlage der Brigade zahlen alle Mitglieder – auch Kinder und Alte – in den Fonds für die Krankenversorgung jährlich zwei, einen oder einen halben Yüan ein, oder die Brigade übernimmt die vollen Kosten. Bei einer Beteiligung der Mitglieder gibt die Brigade aus Gemeinschaftsmitteln einen festen Zuschuß in den Fonds, aus dem die Unkosten für den Unterhalt der Gesundheitspunkte, Personallöhne, Arznei- und Pflegemittel und andere Zwecke beglichen werden. Bei aufwendigen Bau- oder Sanierungsprojekten hilft die Kommune oder der Staat. Wenn ein Genossenschaftsmitglied einen Arzt konsultiert oder zur stationären Behandlung oder Entbindung in das Krankenhaus eingewiesen wird, braucht es nur 5 Fen *) „Anmeldegebühr“ zu entrichten. Alle eigentlichen Leistungen sind frei; Medikamente werden kostenlos zur Verfügung gestellt. Zu den Aufgaben der Brigaden gehört auch die medizinische und soziale Versorgung der nicht mehr arbeitsfähigen Alten. Die Brigade garantiert ihnen Wohnung, Heizung, Nahrung und medizinische Versorgung und nach dem Tode die Bestattung sowie die Erziehung der Kinder.

Nach den gleichen Prinzipien ist die Gesundheitsfürsorge der Arbeiter in den Betrieben aufgebaut. Größere Unternehmen haben eigene Krankenhäuser und/oder Polikliniken, in denen alle Arbeiter behandelt werden. Die Belegschaften kleiner Betriebe werden von einer benachbarten Bezirks- oder Betriebspoliklinik

*) 100 Fen = 1 Yüan = OM 1,50 (offizieller Touristenkurs). Monatlicher Durchschnittsverdienst eines Bauern: ca. 40 Yüan.

versorgt. Doch auch kleinere Fabriken haben zumeist einen eigenen Werkarzt, und in jeder Brigade gibt es, entsprechend dem Barfußarzt auf dem Lande, einen „Roten medizinischen Arbeiter“, der Erste Hilfe leistet und hygienische Regeln propagiert. Den größeren Teil seiner Arbeitszeit verbringt er jedoch in der Produktion. Die Behandlung der Arbeiter ist kostenfrei. Für ihre Familienangehörigen, die in Polikliniken des Wohnbezirkes versorgt werden, übernimmt der Betrieb die Hälfte der Untersuchungs- und Behandlungskosten.

Ein Vergleich der Gesundheitssysteme in China einerseits und in westlichen oder osteuropäischen Ländern andererseits ist wegen der zu unterschiedlichen Ausgangspositionen nicht möglich. Nicht zu Unrecht bezeichnen die Chinesen ihr Reich als Entwicklungsland. Doch Vergleich mit der Situation in China vor 1949 und mit anderen Entwicklungsländern Asiens und Afrikas lassen die großen Erfolge erkennen, die die Volksrepublik China mit gewaltigen Anstrengungen, mit Improvisationen und mit der Mobilisierung der „Massen“ errungen hat. Das Ziel der Gesundheitspolitik war und ist nicht, Spitzenleistungen zu vollbringen (obwohl sie im klinischen Bereich angestrebt werden), sondern durch die Hygiene als Massenbewegung, durch Krankheitsverhütung und durch die medizinische Versorgung der Landbevölkerung den allgemeinen Standard zu heben. Dafür ist eine tragfähige Grundlage geschaffen worden.

Weiterführende Literatur auf Anforderung.

H. Müller-Dietz

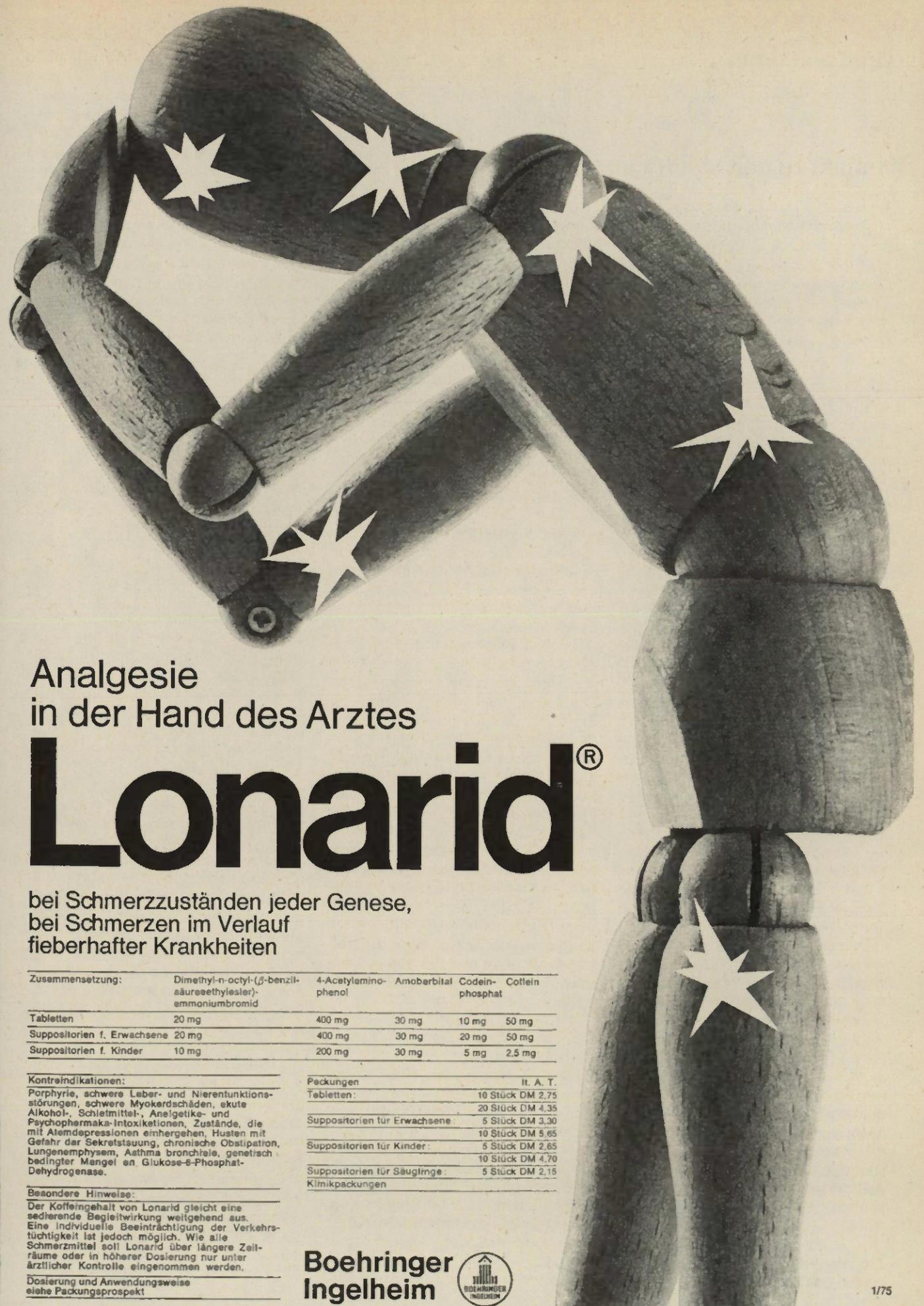
(aus „Mitteilungen des Medizinischen Literaturdienstes am Osteuropa-Institut der Freien Universität Berlin“ 1974, Beilage 7)

Band 34 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen **kostenlos** zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge der 13. Bayerischen Internistentagung in München 1973

„Vorfelduntersuchungen in der inneren Medizin“

Interessenten können Bestellungen an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 80, Mühlbaaurstr. 16, unter Beifügung von **DM 1,-** in Briefmarken als Schutzgebühr, richten.



Analgesie
in der Hand des Arztes

Lonarid®

bei Schmerzzuständen jeder Genese,
bei Schmerzen im Verlauf
fieberhafter Krankheiten

Zusammensetzung:	Dimethyl-n-octyl-(β -benzilsäureäthylester)-emmoniumbromid	4-Acetylamino-phenol	Amobarbital	Codein-phosphat	Cotlein-phosphat
Tabletten	20 mg	400 mg	30 mg	10 mg	50 mg
Suppositorien f. Erwachsene	20 mg	400 mg	30 mg	20 mg	50 mg
Suppositorien f. Kinder	10 mg	200 mg	30 mg	5 mg	2,5 mg

Kontraindikationen:

Porphyrie, schwere Leber- und Nierentunktionsstörungen, schwere Myokardschäden, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Anesthetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, Zustände, die mit Atemdepressionen einhergehen, Husten mit Gefahr der Sekretstauung, chronische Obstipation, Lungenemphysem, Asthma bronchiale, genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase.

Besondere Hinweise:

Der Koffeingehalt von Lonarid gleicht eine sedierende Begleitwirkung weitgehend aus. Eine individuelle Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit ist jedoch möglich. Wie alle Schmerzmittel soll Lonarid über längere Zeiträume oder in höherer Dosierung nur unter ärztlicher Kontrolle eingenommen werden.

Dosierung und Anwendungswiese siehe Packungsprospekt

Packungen

lt. A. T.

Tabletten:	10 Stück DM 2,75
	20 Stück DM 4,35
Suppositorien für Erwachsene:	5 Stück DM 3,30
	10 Stück DM 5,65
Suppositorien für Kinder:	5 Stück DM 2,85
	10 Stück DM 4,70
Suppositorien für Säuglinge:	5 Stück DM 2,15
Klinikpackungen	

Boehringer
Ingelheim



Auftakt zu den Landtagswahlen 1975

Die Koalition ist ins Gerede gekommen. Die Freien Demokraten ziehen den Mitbestimmungskompromiß, der noch von Brandt und Scheel geschlossen worden war, in Zweifel. Aber die Koalition wird an dieser Frage kaum brechen. Wichtiger ist das Abschneiden der Freien Demokraten bei den Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen im Mai und die Entwicklung der Konjunktur. Überall wird nach Kostenbremsen gesucht, auch in der Krankenversicherung. Arendt will die Ärzte zum Stillhalten bei den Honoraren bewegen.

Die Freien Demokraten haben das Jahr 1975 mit einem koalitionspolitischen Paukenschlag eröffnet. Auf dem traditionellen Dreikönigstreffen der FDP, das die Spitzenpolitiker gerne für Profilierungsversuche nutzen, hat FDP-Generalsekretär *Bangemann*, in seinem Landesverband nicht mehr unbestrittener Vorsitzender, das die FDP seit langem drückende Thema Mitbestimmung hochgespielt. Nahezu ultimativ verlangte er vom Koalitionspartner SPD, einer Änderung des so mühsam vor einem Jahr zustande gekommenen Mitbestimmungskompromiß zuzustimmen, und zwar beim Wahlverfahren für die Arbeitnehmervertreter zum Aufsichtsrat. *Bangemann* verlangt die Urwahl der Arbeitnehmervertreter; der Regierungsentwurf sieht ein Wahlmännergremium vor, in dem die relativ stärkste Gruppe im Unternehmen, das sind in der Regel die DGB-Gewerkschaften, darüber entscheidet, wer in den Aufsichtsrat einrückt.

Bangemanns Forderung rührt an den Kern des Mitbestimmungskompromisses, denn dieses im Hause *Arendt* ersonnene komplizierte Wahlverfahren soll dazu führen, nur dem DGB gefügige Vertreter in die Aufsichtsräte zu bringen; das gilt insbesondere für die Vertreter der Leitenden Angestellten, die auf diese Weise eben auch in die Abhängigkeit des DGB gerieten. Wenn die FDP das Prinzip der Urwahl nachträglich durchsetzen sollte, so läßt sich unschwer voraussagen, daß von den Sozialdemokraten erneut der Vertreter der Leitenden Angestellten zur Disposition gestellt würde.

Der Vorgang interessiert natürlich wegen des Themas, um das es geht.

Wichtiger aber scheinen die politischen Hintergründe zu sein. *Bangemann* versucht ganz offensichtlich, die FDP zumindest optisch aus dem Schlepptau der SPD herauszubringen. Nach dem Ausscheiden *Scheels* aus der aktiven Politik und dem Rücktritt *Brandt* macht es der Pragmatiker *Schmidt*, der die SPD zumindest in der regierungsamtlichen Politik wieder auf Mittelkurs zu bringen versucht, der FDP schwer, sich abzugrenzen und zu profilieren. *Bangemann* sucht daher sehr bewußt den begrenzten Konflikt mit der SPD und auch mit *Schmidt*, um vor den so bedeutsamen sechs Landtagswahlen dieses Jahres für die FDP die liberale Position wiederzugewinnen. Die FDP hatte in den letzten Landtagswahlen schlecht abgeschnitten; in Nordrhein-Westfalen wird sie Mühe haben, sich über der Fünf-Prozent-Grenze zu halten. Sollte die FDP dort nicht wieder in den Landtag einziehen, so bedeutete dies nicht nur, daß die CDU in die Mehrheitsposition käme. Die FDP hätte wohl zwangsläufig neue Entscheidungen über ihren künftigen politischen Kurs zu treffen. Auch hätte des Parteivorsitzenden *Genschers* Stellung als angeschlagen zu gelten.

Während *Bangemann* und auch Wirtschaftsminister *Friderichs* bewußt den begrenzten Konflikt suchen, operiert *Genscher*, durch die Ämter als Parteivorsitzender und Vizekanzler gebunden, weit vorsichtiger, was auch seinem Naturell entspricht. Auch scheint *Genscher*, wohl im Gegensatz zu *Friderichs* der Meinung zu sein, daß die Bonner Koalition nur gemeinsam Erfolg haben kann, und daß der Versuch einer der beiden Partner, sich auf Kosten des anderen Popularitätsvorsprün-

ge zu verschaffen, auf die Dauer zum Scheitern der Koalition führen muß.

Genschers Linie ist daher mehr auf Kooperation abgestellt. Dabei mag auch mitspielen, daß *Genscher* genau weiß, daß die FDP bei der heutigen Struktur ihrer Mitglieder ein Ausscheren aus der Koalition wohl mit Sicherheit mit einer Spaltung der Partei zu bezahlen hätte, die nicht zu verkraften wäre. Der Koalitionskurs der FDP liegt also weiterhin eindeutig fest. Das gilt mit Sicherheit bis zu den Wahlen in Nordrhein-Westfalen Anfang Mai, wohl aber auch für die Zeit danach. Insofern entbehren auf absehbare Zeit auch alle Spekulationen über eine Neuauflage der Großen Koalition unter dem Gespann *Schmidt-Strauß* einer realen Grundlage.

Das wäre wohl nur möglich, wenn die Talfahrt der Konjunktur anhielte und die Bundesrepublik in eine tiefe Wirtschaftskrise rutschte. Diese Gefahr ist gewiß nicht auszuschließen. Dennoch ist die Hoffnung nicht unbegründet, daß mit dem neuen Konjunkturprogramm trotz dessen Mängel die Stabilisierung der Konjunktur gelingt. Rasch wird dies freilich nicht gehen. Dafür sieht es in zu vielen Branchen nicht rosig aus. Hinzu kommt natürlich, daß die wachsenden Arbeitslosenzahlen die allgemeine Unsicherheit verstärken. Aber es wird jetzt doch eine Menge zur Konjunkturbelebungen getan. Die Bundesbank betreibt eine vorsichtige Politik der Zinssenkung. Jede Zinssenkung um einen Prozentpunkt entlastet die Wirtschaft um rund sechs Milliarden Mark. Ein fühlbarer Abbau des hohen Zinsniveaus bringt also mehr für die Kostenentlastung der Unternehmen als jedes Konjunkturprogramm. Solange sich der Preisanstieg verlangsamt, wird die Bundesbank ihre Politik des billigeren Geldes fortführen können.

Die kurzfristig beschlossene Investitionszulage in Höhe von 7,5 Prozent, sicherlich nicht die optimale Maßnahme, da sie zu kurzfristig angelegt ist, wird sicherlich auch zahlreiche Unternehmen und auch die selbständigen Berufe dazu anlocken, geplante Investitionen vorzuziehen. Bleibt nur zu hoffen, daß sich diese Zulage als Initialzündung erweist, sonst wird es schlimm.

bonn-mot

Der „alte Heim“ in seiner Zeit

(1747 bis 1834)

von H. Dietsch

Als der junge Naunyn (1839 bis 1925) vor Beginn seines Studiums über die Wälle von Göttingen schlenderte, kam ihm der Wunsch, einmal ein so populärer Arzt zu werden, wie es der „alte Heim“ in seiner Vaterstadt Berlin gewesen war. Soviel von dem alten Heim in den Anekdoten noch fortlebt, so wenig wissen wir von dem jungen Heim, und doch kennen wir den alten Heim erst dann, wenn uns auch der junge Heim nicht fremd ist.

Ernst Heim wird 1747 als der dritte von sechs Buben im Pfarrhaus von Solz, einem Bauerndorf in der Vorderrhön geboren. Es liegt zwei Wegstunden von Meiningen entfernt, der Residenzstadt des damaligen Herzogtums Meiningen, und es zählte damals knapp 300 Einwohner.

Der Pfarrer von Solz war arm, von 300 Rthlr. im Jahr konnte die große Familie nicht leben. Der tägliche Lebensbedarf mußte aus der Landwirtschaft erarbeitet werden, die zur Pfarrstelle gehörte. Hier lernte Ernst Heim mit seinen Brüdern schon früh die harte Arbeit kennen, und sinnvolle Arbeit ist bis zum Lebensende sein Lebensinhalt geblieben.

Als Haustrank wird das Bier selbst gebraut, Brennholz, Hopfen- und Bohnenstangen werden im Wald geschlagen und nach Hause geschafft, im Sommer Heu wenden und einfahren, im Herbst die Äcker düngen, Eicheln sammeln für die Schweine; Äpfeln spalten und zum Trocknen auf Schnüre ziehen. Im Winter bekommen die Pfarrersbuben die Dreschflügel in die Hand gedrückt und schon bald halten sie im Takt der alten Bauern mit. Heim lebt mit den Bauern, wie die Bauern seines Dorfes. Er wächst auf in Wald und Flur und fühlt sich sein Leben lang eng verbunden mit der Natur und etwas von einem Naturburschen ist ihm auch in Berlin geblieben.

Die Ernährung im Pfarrhaus ist so einfach wie die der Bauern. Morgens gibt es trockenes Brot und einen Trunk selbstgebräutes Bier. Nur an Sonn- und Feiertagen kommt Fleisch auf den Tisch, und zwar geräuchertes Schweinefleisch mit Kartoffelklößen und Apfelschnitt oder Erbsenbrei mit Sauerkraut. Nur im Herbst gibt es ab und zu einen Hasen oder ein Rebhuhn, das die Pfarrersbuben als Jagdbeute mit nach Hause bringen.

Die Bienen und den Arzneigarten besorgt der Vater selbst. Der alte Magister sorgt sowohl für das seelische wie das körperliche Wohl seiner Pfarrkinder. Seine Hauptarbeiten sind selbst zusammengestellte Tees, die er morgens zum Frühstück auch selbst trinkt.

Bis zum 16. Lebensjahr unterrichtet der Vater seine Söhne selbst, nur Rechnen und Musik lernen sie beim Dorfschulmeister. Morgens um acht Uhr versammeln sich die Söhne in der Wohnstube um einen großen runden Tisch. Zuerst wird gebetet, dann stimmt der Vater ein Lied an, das gemeinsam gesungen wird, und nun geht es an die Arbeit. Der Vater bearbeitet seine Predigt, die Söhne sitzen über lateinischer oder griechischer Lektüre. Punkt 11 Uhr beginnt die Mittagspause; von 13 bis 15 Uhr schriftliche Arbeiten und danach bis 18 Uhr Freizeit. Die Zucht ist streng, der alte Magister hält die Prügelstrafe für ein wirksames Erziehungsmittel. Sein Sohn Ernst behauptet, bis zu seinem 16. Lebensjahr keinen heilen Rücken gehabt zu haben. Das gute Verhältnis zwischen Vater und Söhnen wird aber durch solche Kleinigkeiten nicht getrübt.

Die geistige Regsamkeit der Familie Heim ist offenkundig, wenn wir hören, daß der Vater eine Geschichte der Grafschaft Henneberg zur Zeit des Schmalkaldischen und des Dreißigjährigen Krieges verfaßt. Der älteste Bruder beschreibt die Geologie des Thüringer Waldes; von dem Zweitältesten stammt eine Flora Germaniae. Im Haus des viertältesten Bruders — Hofadvokat in Meiningen — verkehren Künstler und Gelehrte.

Perenterol KAPSELN

bei **Durchfallerkrankungen** und **Antibiotika-Therapie**

regeneriert die Darmflora — heilt die Darmschleimhaut

Zusammensetzung:

pro Kapsel
Saccharomyces cer. H. CBS 5926,
1 x 10⁹ lebende Zellen,
lyophilisiert 50 mg
Saccharum lactis 6,5 mg
Saccharum album 93,5 mg

Indikationen:

Enteritis, Kolitis,
Dysbakterie des Darmes, insbesondere
bei Antibiotika- und Chemotherapie,
Akne, Durchfallerkrankungen. Perenterol
kann risikolos auch Schwangeren
und Säuglingen gegeben werden.

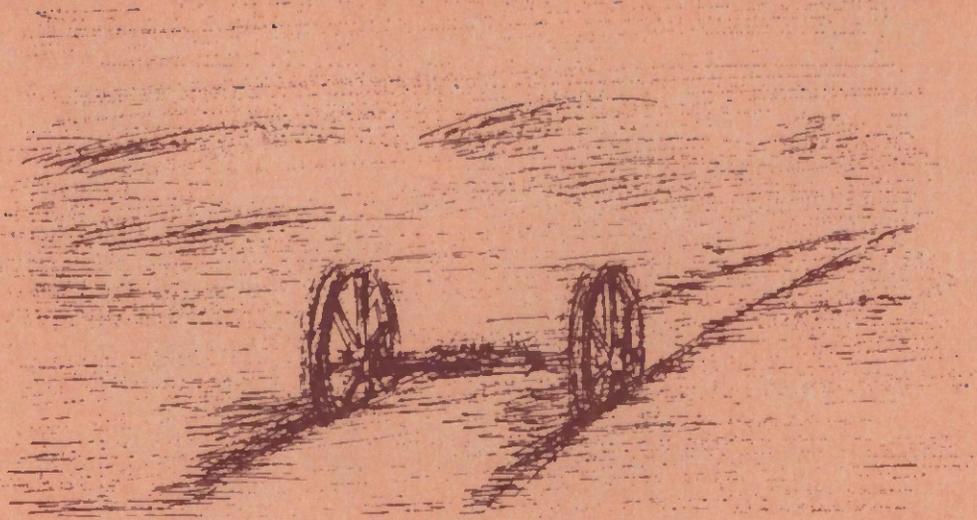
Kontraindikationen: keine

Nebenwirkungen: keine
Dosierung: Akute Diarrhoe: 3 x 2 Kapseln
täglich. Chronische Darmerkrankungen
und während einer Antibiotika-Therapie:
3 x 1 Kapsel täglich. Säuglinge und
Kinder: Gleiche Dosis wie Erwachsene.

Handelsformen und Preise:

OP mit 20 Kapseln DM 9,95
AP mit 100 Kapseln DM 42,80

PHARMACODEX GMBH
München



Festgefahren, das heißt auf konflikthafte Vorstellungen fixiert, ist der neurotische Patient und damit in eine Spur eingefurcht, die chronische Störung von Befinden und Verhalten bedeutet.

Von der psychovegetativen Symptomatik, ängstlich gespannter Nervosität bis hin zu ausgeprägten Organ-Funktionsbeschwerden oder -läsionen des psycho-somatischen Typs bewegt sich der Ausdruck seiner Leiden.

1. *Lösung* des Patienten aus einer neurotischen Fixation und Freiheit zu neuer Aktion und Interaktion.
 2. Symptomatische *Linderung*, sowohl der psychischen als auch der organischen Beschwerden,
- kennzeichnen die Wirkungskapazität und damit den therapeutischen Grundwert von *Valium® Roche*.



Vallium Roche (Diazepam)

zeichnet sich durch entspannende, angstlösende, vegetativ-stabilisierende, schlaffördernde und muskelrelaxierende Wirkungen aus und eignet sich deshalb zur Behandlung psychoneurotischer sowie psychosomatischer Krankheitsbilder des Herz-Kreislauf-Systems, des Magen-Darm-Traktes, der Haut, des Urogenital-Traktes und des Bewegungsapparates; ferner zur Ergänzung spezifischer Therapiemaßnahmen.

Hinweise:

Wie für alle psychotrop wirksamen Substanzen gilt auch für Vallium Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht vorauszu-sehen ist. Je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit kann das Reaktionsvermögen (z. B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbedienung) beeinflusst werden. Bei gleichzeitiger Gabe zentralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) kann Vallium 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. abends 5 mg, tagsüber 2 mal 2 mg Tabletten unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen. Besonders in den ersten Behandlungstagen und vor allem bei älteren und körperlich geschwächten Patienten ist einschleichend zu dosieren (ab 2 mg oral täglich).

Für die parenterale Verabreichung von Vallium Roche genügt in den meisten Fällen die im.-Applikation. Sollte sich die iv.-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. Bei zu schneller Injektion oder zu kleinem Lumen droht das Risiko einer Thrombophlebitis.

Eine intraarterielle Injektion muß wegen Nekrosegefahr und deren Folgen mit Sicherheit vermieden werden.

Vallium Roche ist stets allein zu injizieren, da es in der Mischspritze mit zahlreichen Medikamenten inkompatibel ist. Vallium 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 zugesetzt und mit der Infusion unverzüglich begonnen werden.

Wie verschiedene andere Medikamente kann auch Vallium Roche nach im.-Injektion (nicht aber nach oraler oder iv.-Verabreichung) einen Anstieg der Kreatinphosphokinase-Aktivität im Serum bewirken (Maximum 12-24 Stunden nach der Injektion). Diesem Umstand ist bei der Differentialdiagnose des Hirninfarktes Rechnung zu tragen. Bei kreislaufunfähigen und älteren Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Vallium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Vallium 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 zirkulatorischer und/oder respiratorischer Insuffizienz der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Bei diesen Patienten sollte man in der ambulanten Praxis auf die parenterale Applikation in der Regel verzichten (Ausnahme Notfalltherapie, z. B. Myokardinfarkt, Krampfstöße sehr langsam iv.). Unter Klinikbedingungen kann Vallium Roche dieser Patientengruppe auch parenteral verabreicht werden. Dabei ist bei iv.-Gabe im allgemeinen niedrig zu dosieren und langsam zu injizieren. Wegen der Möglichkeit des Auftretens einer leichten Blutdrucksenkung, oder in Einzelfällen einer kurzdauernden Beeinträchtigung der Atmung, sollten Maßnahmen für zirkulatorische bzw. respiratorische Unterstützung vorgesehen werden.

Auch gilt für Vallium Roche, daß Wirksubstanz in die Muttermilch übertritt. Bei notwendiger, regelmäßiger Einnahme wird empfohlen abzusstillen.

Wie andere Medikamente mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem kann auch Vallium Roche bei Verabreichung an die Mutter charakteristische Veränderungen im fetalen Herzfrequenzmuster (Verlust der Kurzzeitschwankungen) hervorrufen. Ein nachteiliger Einfluß auf den Fetus ist damit nicht verbunden; allerdings muß diesem Umstand bei der Interpretation von Aufzeichnungen der fetalen Herzaktion Rechnung getragen werden, weil damit die Kurzzeitschwankungen als Kriterium zur Beurteilung des fetalen Befindens wegfallen. Während der Frühschwangerschaft sollte Vallium 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: Myasthenia gravis.

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

Packungen und Preise*:

20 Tabletten Vallium	2 Roche	DM 3,20
20 Tabletten Vallium	2 Roche	DM 7,40
20 Tabletten Vallium	5 Roche	DM 5,50
30 Tabletten Vallium	5 Roche	DM 13,05
20 Tabletten Vallium	10 Roche	DM 8,85
50 Tabletten Vallium	10 Roche	DM 21,—
100 ml Sirup Vallium	2 Roche	DM 6,35
5 Zäpfchen Vallium	5 Roche	DM 4,70
5 Zäpfchen Vallium	10 Roche	DM 6,90
5 Ampullen Vallium	10 Roche	DM 8,60

Weitere Anstaltspackungen
*unverbindlich

Hoffmann-La Roche AG · 7889 Grenzach

ROCHE

Von 16 bis 18 Jahren besuchen die Söhne das Gymnasium in Meinigen und gehen dann auf die Universität.

In der Wohnstube mit der rauchgeschwärzten Decke, in der sich das Leben der Familie abspielt, steht ein Bett, ein Schrank, ein großer Tisch, an dem acht Personen zu Mittag essen, ein kleiner Tisch, ein Kachelofen, ein Großvaterstuhl, mehrere Holzstühle und eine einfache Bank. Hier wohnen die Eltern, sieben Kinder und eine Magd. Bei soviel Personen auf engem Raum muß strenge Disziplin herrschen. Nur wenn der Vater eine Frage stellt, darf gesprochen werden.

Die Brüder werden Pfarrer oder Juristen. Seinen Sohn Ernst hält der Vater ungeeignet für einen gelehrten Beruf, er ist der Meinung, daß seine Fähigkeiten für den Beruf des Arztes ausreichen.

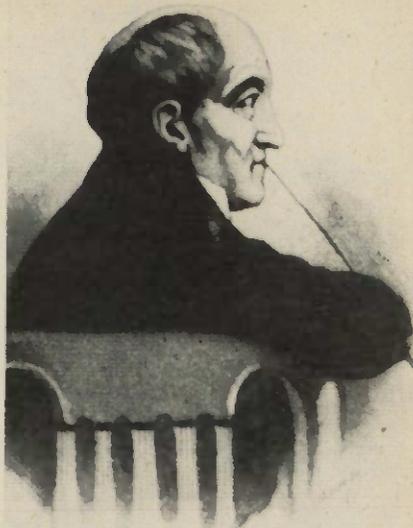
Der Vater versorgt seine Gemeinde neben der Seelsorge auch mit ärztlichem Rat; denn der nächste Arzt wohnt mehrere Wegstunden entfernt in Wasungen oder Meiningen. Deshalb wenden sich die Kranken zunächst an ihren Pfarrer, der sie berät und ihnen seine selbstgebrauten Tees verabreicht.

Ernst Heim geht nach Halle. Sein Lehrer ist Nietzky (1714 bis 1796). Nietzky war ein Schüler von Fr. Hoffmann (1660 bis 1742), der u. a. die Hoffmannstropfen eingeführt hat.

Neben seinem medizinischen Studium betreibt er ernsthaft Botanik. An seine Brüder schreibt er: „Ihr habt keinen Begriff, was für ein unbeschreiblich erhebendes Gefühl es ist, eine neue Pflanze zu finden.“ Als Kenner der Moose hat er sich einen Ruf erworben.

Nietzky, der seinen Schüler Heim stark mitgeprägt hat, faßt sein medizinisches Bekenntnis in dem Satz zusammen: „Metaphysische Ideen und Spekulationen sind für den Arzt blauer Dunst. Ich habe schon früh Francis Bakon von Verulam verehren gelernt, der nichts als Erfahrung gelten ließ.“

Sein Geldbeutel in Halle ist meist schlaff, häufig sogar leer. Fürs Mittagessen kann er einen Groschen und fürs Abendessen gerade noch vier Pfennige aufbringen.



Ernst Ludwig Heim

Einem seiner Brüder scheint es nicht besser zu gehen, ihm schreibt er: „Drücken Dich die Schulden in Jena auch so wie in Halle? Oh verdammte Schulden, verwünschte Sklaverei! Du hast ihrer wohl auch so viele als Haare auf dem Kopf. Doch wer kann es ändern! Wir können nichts tun, als ihrer noch mehr machen.“ Auf die Gefahr des Schuldenmachens hat der Vater seinen Sohn Ernst eindringlich hingewiesen, er schreibt ihm: „Machst Du Schulden, so bezahle sie auch, und wo Du es nicht kannst, so lasse Dich nach Spandau in die Karre bringen und sieh, wie es tut.“

Der Vater antwortet auf die Bettelbriefe aus Halle sehr gereizt; bei den geringen Bareinnahmen, die die Pfarrstelle in Solz bringt, ist es kaum zu begreifen, wie er alle seine sechs Söhne studieren lassen kann. Oft steht ihm aber auch das Wasser bis zum Hals. An seinen Sohn Ernst schreibt er: „Du schreibst, Du habest kein Geld mehr; ich habe auch keines mehr. Ich weiß keinen Heller aufzutreiben; die Zinsen bleiben aus, die Kapitalien kommen in Konkurs, um meine mütterliche Erbschaft betrügt mich der Kammerath und ihr plagt mich um Geld. Ich bin des Lebens satt.“ Während seines sechsjährigen Studiums in Halle hat Heim von seinem Vater nicht mehr als 500 Rthlr. erhalten.

Unmittelbar nach der Promotion geht er mit seinem Freund Munzel auf eine Studienreise, um die berühmtesten Ärzte Europas zu besu-

abends von zehn bis halb zwölf Uhr kann er einmal ein Buch lesen, einen Brief schreiben und seine Finanzen ordnen. Die Zeit ist sein kostbarstes Gut, jede Viertelstunde ist ihm heilig. Im Jahr 1802 verschreibt Heim mehr Armenrezepte als alle anderen Berliner Ärzte zusammen. Aus der Privatpraxis hat er in seiner besten Zeit ein Jahreseinkommen von 12 000 Rthlr. Jetzt kann er sich auch einen Vorleser anstellen.

Als höchst angesehener Arzt wird er öfters auch vom Hof der Hohenzollern um Rat gebeten. Am 4. Juli 1810 schreibt er in sein Tagebuch: „Heute zum ersten Mal einen König nach dem Puls gefühlt.“

Er wurde der Leibarzt bei der Prinzessin Amalie, der Schwester Friedrichs II. Viel Freude hat ihm diese Tätigkeit nicht bereitet. Er notiert, „... das Geld muß man sauer verdienen, Bücklinge und Kratzfüße genug dafür machen und manche Unwahrheit sagen. Ich schicke mich für keinen Hof. Ich habe dafür nicht Politur genug. Ich bin ein homo naturalis, die Berliner sind meist homines artificiales.“ Zu den vornehmen Familien, die Heim betreut, gehören auch die Humboldts. Die verwitwete Majorin von Humboldt bittet ihn, ihre beiden Söhne, den neunjährigen Wilhelm und den siebenjährigen Alexander in Botanik zu unterrichten. Er wird öfters eingeladen und bringt bei dieser Gelegenheit den beiden Humboldts die 24 Klassen des Linnéschen Pflanzensystems bei, welches der ältere von beiden sehr leicht auffaßt und die Namen gleich behält.

Noch mit 60 Jahren absolvierte er am Vormittag 50 und am Nachmittag 20 Krankenbesuche. Selbst der 81jährige hat die Praxis noch nicht ganz aufgegeben und seine Krankengeschichten so wie bisher genau und gewissenhaft geführt; in diesem Jahr hat er noch 604 Privatpatienten behandelt. In seinen besten Jahren hat er stets einige wissenschaftsbegierige junge Ärzte um sich gesammelt.

Sein berühmtester Schüler ist Peter Krukenberg (1787 bis 1865), später Professor an der Klinik in Halle. Er hat die physikalische Diagnostik in Deutschland eingeführt. Als man in den meisten deutschen Kliniken über das Stethoskop noch lächelt, gehört dieses einfache Instrument zu den unentbehrlichen Hilfsmitteln an seiner Klinik.

Gesellschaften schätzt er nicht sehr, weil die ihm zu viel Zeit wegnehmen. Verhindern läßt es sich aber nicht immer, daß er vom Prinzen Ferdinand oder von Minister Hardenberg zum Essen gebeten wird. Zwischen ihm und Hardenberg kommt es zu einem freundschaftlichen Verhältnis und er benutzt diese Gunst, den Minister auf manche Mißstände hinzuweisen. Viel lieber aber folgt er der Einladung, wenn sie von Bäcker Schaug oder vom Töpfer Höhler kommt, da fühlt er sich unter seinesgleichen.

Zum 50. Doktorjubiläum schreibt am 8. März 1822 das Berliner Morgenblatt, „ein Fest an dem gewiß die ganze Hauptstadt, ohne Ausnahme auch nur eines einzigen, den aufrichtigsten, wohlgemeintesten und herzlichsten Anteil nimmt... Dieser Ehrenmann ist im Sinn des Wortes der Liebling der Residenz und verdient es zu sein nach dem Urteil derer, die ihn persönlich kennen.“

Die Stadt Berlin verleiht ihm an diesem Tag das Bürgerrecht. Am 24. Mai 1810 wird er einstimmig zum Zensor der Medizinischen Gesellschaft gewählt, weil er jedem sagen könne, was er wolle, ohne daß der andere sich deshalb beleidigt fühlt. Hufeland bringt das zu Helms Doktorjubiläum in folgendem Reim:

„Heim darf jedem Wahrheit sagen,
groß und klein, alt und jung.
Niemand fällt es ein zu klagen,
Heim sprach, damit ist's genug.“

Auch zum Präsidenten der Medizinisch-Physikalischen Gesellschaft wird er einstimmig gewählt; die naturforschende Gesellschaft hat ihn

als verdienten Botaniker zu ihrem Ehrenmitglied ernannt.

Der König von Preußen verleiht ihm den roten Adlerorden mit Eichenlaub und der König von Schweden schmückt ihn mit dem Nordsternorden.

Sich selbst charakterisiert er so: „Ich weiß mich bei Jedermann zu insinnieren, indem ich keinem Vornehmen und Reichen schmeichle, auch keinen Armen verachte. Ich rede überall frei und so wie ich denke. Ich hasse und verabscheue jedes Unrecht.“

Die Berliner erzählen sich eine Anekdote, die zeigt, wessen sie den alten Heim für fähig halten.

Nach der Schlacht bei Leipzig macht Heim dem König seine Aufwartung und ist bald in ein angeregtes Gespräch verstrickt, das sich länger hinzieht als es Heims Zeitplan gestattet. Er sieht unruhig auf seine Uhr, steht auf und verabschiedet sich vom König noch ehe dieser ihn entlassen hat.

Später hat der König oft erzählt: „Der einzige Mensch, der mich in meinem Leben hat stehen lassen, war der alte Heim.“

Worin liegt nun das Geheimnis dieser Persönlichkeit? Ganz wird man dieses Geheimnis nicht aufhellen können.

Er hat keine Entdeckung gemacht, er hat keine neuen großen Gedanken in die Medizin getragen, er gehört keiner Schule an. Er nimmt das Gute und Brauchbare, wo er es findet; er ist Eklektiker. Das Geheimnis seines Erfolges liegt in seiner hinreißenden Persönlichkeit. Wer in seinen Bekanntenkreis tritt, kann sich seinem Einfluß nicht entziehen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. Dietsch, Facharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, 8450 Amberg, Herrnstraße 6

Faexojodan®



Zur internen Therapie bei Akne und Furunkulose.

Reguliert den Stoffwechsel der Haut und unterstützt die externe Behandlung.

O. P. 30 Tabletten DM 3,40 m. MwSt. O. P. 250 Tabletten DM 14,30 m. MwSt.

Hypotheken – ein vielfältiges Angebot

Während der großen Immobilienflaute hatte sich das Interesse an Ein- und Zweifamilienhäusern noch am stärksten gehalten. Seitdem seit einigen Wochen die Hypothekenzinsen sinken und die Baupreise andererseits nicht – oder noch nicht – so schnell steigen, erhöhte sich die Nachfrage nach Eigenheimen, nach fertigen, nach selbst zu bauenden nach der herkömmlichen wie nach der Fertighaus-Methode.

Bei der üblichen Baufinanzierung mit Eigenkapital, erster und zweiter Hypothek bildet die erstrangige Beleihung den Posten mit unterschiedlichen Konditionen. In dem breiten Spektrum des Angebotes können Sie in diesem Bereich den größten Vorteil erzielen. Die Voraussetzung: eine kurze Beschäftigung mit diesem Gebiet. Dazu soll diese Einführung dienen.

Grundsätzlich: Jede Institution, die erste Hypotheken ausreicht, ist in der Gestaltung ihrer Bedingungen völlig frei. Es gibt keine Absprachen, sondern nur den totalen Wettbewerb. Und davon sollten Sie profitieren.

Hypothekengeber müssen mit diesen Darlehen die Zinsen für ihre Sparer, für ihre Pfandbriefkäufer oder ihre Versicherten verdienen. Und wenn sie gerade einen hohen Geldeingang haben, sind sie um so eher bereit, günstigere Hypothekenkonditionen einzuräumen, um den Mitbewerbern die Hypothekenkunden abzugewinnen. Ein durchaus legales Verfahren zu Ihren Gunsten als Hypothekennehmer.

Zunächst: Kreditinstitute bieten Hypotheken in Kurzform mit drei Zehlen an. Beispiel: 9 + 1 bei 96. Das

bedeutet 9 Prozent Zinsen und 1 Prozent Tilgung bei einer Auszahlung von 96 Prozent der eigentlichen Schuldsumme.

Sie bekommen also 4 Prozent weniger ausgezahlt, als sie schulden. Dadurch erhöht sich natürlich Ihre tatsächliche Zinsbelastung, denn sie wird ja von 100 Prozent aus berechnet. Den Effektivzins können Sie sich nach einer Faustregel überschlägig ausrechnen: Hypothekenzins x 100 : Auszahlungskurs. Für dieses Beispiel: $9 \times 100 = 900 : 96 = 9,38$. Ein Fachmann berücksichtigt weitere Faktoren und kommt auf 9,49 Prozent, also 0,11 Prozent mehr. Für Ihren ersten Vergleich aber können Sie es mit jener Patentformel verwenden lassen.

Hypothekenbanken müssen sich in dieser so hektisch gewordenen Zeit vorbehalten, den ursprünglichen Zinssatz nach fünf oder zehn Jahren entsprechend der sodann herrschenden Zinslage zu verändern. Skeptiker raten zu zehnjähriger Bindung selbst bei etwas höherer Effektivverzinsung.

Die Sparkassen dürfen den Hypothekenzinssatz laufend dem jeweils herrschenden Zinssatz für die Spareinlagen anpassen. Vorteil bei Ermäßigung, Nachteil bei Erhöhung. Die Lebensversicherungsgesellschaften bleiben unter dem Zinsdurchschnitt, bieten eine Ansparung der Tilgung durch Lebensversicherungsvertrag mit Steuervorteilen, soweit die beschränkt ebnzugsfähigen Vorsorgeausgaben noch reichen, und eine Schuldenfreiheit der Erben bei vorzeitigem Tod des Bauherrn.

Äußerst günstig: Hypotheken der ärztlichen Standesversorgungen.

Horst Beloch

Paras der Vorsorge

Der höchste Grad von Ungerechtigkeit ist erreichte Gerechtigkeit. Aus Platons „Staat“. Auf die Steuerreform anwendbar.

Unerträglichen Nachteilen für die Vorsorge der Ärzte und vergleichbarer Steuerzahler hat sie einen neuen hinzugefügt. Mit einer ledenscheinigen Begründung dürfen solche Aufwendungen vom 50. Lebensjahr an nicht mehr doppelt steuerlich begünstigt geltend gemacht werden.

Indes: Dem Arzt bleibt nur etwa zwei Drittel der Zeit anderer für seine Altersvorsorge. Er hat sie ohne steuerfreien Zuschuß überwiegend aus versteuertem Einkommen zu betreiben. Erst ab rund 50 kann er für diesen Zweck mehr aufwenden. Bis dahin sind die höchsten Ausgaben – auch für die Kinder – bestritten.

Ärzte, Paras im Dreiklassenrecht der Vorsorge. Ungerechtigkeit im Namen erreicher Gerechtigkeit.

Prosper

Kurz über Geld

IOS-ANTEILE nicht vor voraussichtlicher Teilauszahlung billiger verkaufen.

NACHLASSENDE ZAHLUNGSMORAL legt unverzügliche Liquidationen nahe.

BUNDESSCHATZBRIEF-Durchschnittsrendite jetzt: 8,04 Prozent bei sechs-, 8,35 Prozent bei siebenjähriger Laufzeit.

NEUE SONDERMARKEN: Michelangelo, Heiliges Jahr, Eishockey-Weltmeisterschaft, Hans Böckler.

HAUSRAT-VERSICHERUNGSSCHUTZ über 60 Tage Abwesenheit hinaus erfordert Zusatzvereinbarung gegen Prämienaufschlag.

SILBERPREIS bis nächstes Jahr eher neigend.

7,5 Prozent INVESTITIONSZULAGE für Praxisausstattung wahrnehmen.

Kongresse

55. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 21. bis 23. März 1975 in Augsburg

Leitung: Professor Dr. med. A. Schretzenmeyr

Theme: Psychiatrie und Psychotherapie in der psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Praxis

Freitag, 21. März 1975

16.00 – 18.00 Uhr:

Leborseminar – Klinische Visiten in den
Krankenanstalten

20.00 Uhr:

Filmabend

Samstag, 22. März 1975

8.00 – 16.00 Uhr:

Besuch der Industrieausstellung

8.15 – 9.00 Uhr:

Schilddrüsen-Seminar: Kropf
Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf

9.00 – 10.00 Uhr:

Psychosomatische Medizin und psychosomatische Krankheiten

Priv.-Doz. Dr. W. Pöldinger, Wif

10.00 – 10.30 Uhr:

Die Anorexia nervosa als Beispiel einer psychosomatischen Erkrankung
Prof. Dr. F. Labhardt, Basel

11.00 – 11.30 Uhr:

HerzKreislaufstörungen – funktionell oder organisch?

Dr. J. Schmidt-Voigt, Bad Soden

11.30 – 12.00 Uhr:

Psychosomatik in der frauenärztlichen Sprechstunde

Prof. Dr. H. J. Spechter, Landshut

14.00 – 15.15 Uhr:

Podiumsgespräch: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Einleitendes Kurzreferat: Univ. Prof. Dr. A. Rett, Wien

15.30 – 17.00 Uhr:

Schilddrüsen-Seminar: Hyperthyreose, endokrine Ophthalmopathie
Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf

Sonntag, 23. März 1975

8.00 – 16.00 Uhr:

Besuch der Industrieausstellung

9.00 – 9.40 Uhr:

Die Psychopharmaka

Univ. Doz. Dr. G. S. Barolin, Rankweil

9.40 – 10.20 Uhr:

Die klassischen Psychosen und ihre Therapie

Prim. Dr. H. Groß, Wien

10.50 – 11.50 Uhr:

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Gesprächsführung in der nichtpsychiatrischen Sprechstunde

Priv.-Doz. Dr. W. Pöldinger, Wif

12.00 – 12.30 Uhr:

Autogenes Training – Indikationen und Möglichkeiten in der Praxis

Univ. Doz. Dr. G. S. Barolin, Rankweil

Dolestan®

bewährtes Einschlafmittel mit Durchschlafeffekt

schneller Wirkungseintritt

über 7 Stunden erquickender Schlaf

helles, klares Erwachen, kein Morgenkater

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Carbromal 300 mg, Bromisovalerianylcarbamid (Bromisoval) 150 mg, Acecarbromal 50 mg, Diphenhydramin-hydrochl. 25 mg, Mandelsäurebenzylester 25 mg.
Indikationen: Einschlaf- und Durchschlafstörungen.

Dosierung und Anwendungsweise: Bei Einschlaf- und Durchschlafstörungen 15–20 Minuten vor dem Schlafengehen 1–2 Dolestan-

Tabletten, bei vorzeitigem Erwachen in der Nacht $\frac{1}{2}$ –1 Dolestan-Tablette. Am zweckmäßigsten läßt man die Schlaftabletten in etwas Wasser zerfallen. Dadurch kommt es zu einem schnellen Wirkungseintritt.

Nebenwirkungen: Bisher nicht bekannt.
Unverträglichkeiten und Risiken: Während der Schwangerschaft, besonders während der ersten 3 Monate, sollte die angegebene Dosierung nicht überschritten werden.

Dolestan kann, wie alle Schlafmittel, die Fahrlässigkeit beeinträchtigen. Bei Verabreichung als Tagessedativum sollte daher die Einnahme vor Bedienung eines Fahrzeuges oder einer Maschine unterbleiben.
Handelsformen: OP mit 10 Tabletten DM 2,70, OP mit 20 Tabletten DM 4,75. Unverbindl. empf. Preise.

Arztmuster erhalten Sie von Prof. Dr. med. Much AG, 6232 Bad Soden, Postfach 1349.

13.00 – 14.00 Uhr:
Schilddrüsen-Seminar: Hyperthyreose,
Entzündung, kalter Knoten,
Prof. Dr. F. A. Horster, Düsseldorf

14.00 – 15.30 Uhr:
Modell-Balint-Gruppen unter aktiver Be-
teiligung der Kongreßteilnehmer
Leiter: Priv.-Doz. Dr. W. Pöldinger, Wil

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat des Augsburger Fortbil-
dungskongresses für praktische Medi-
zin, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2,
Telefon (08 21) 33 777

Sportärztliche Ausbildungstagung

am 12./13. April 1975 in München-
Grünwald

Veranstalter:
Deutscher Sportärztebund e.V.

Leitung: Dr. P. Lenhart, München – Dr.
H. Pabst, Grünwald

Thema: Trainer – Arzt – Athlet, speziell
Ballspiele

Teilnehmerzahl ist auf 25 beschränkt.

Auskunft und Anmeldung:
Dr. H. Pabst, 8022 Grünwald, Ebert-
straße 1, Telefon (0 89) 64 96 26

Mitgliederversammlung der Kampf- gemeinschaft der bayerischen Ärzte am 19. April 1975, 15.30 Uhr, in München

Ort: Ärztehaus Bayern, München 80,
Mühlbeurstraße 16

Tagesordnung:
1. Bericht des Vorsitzenden
2. Aussprache
3. Satzungsänderung
4. Wahl des Vorstandes

Gemeinsame Tagung der Öster- reichischen und Bayerischen Gesell- schaft für Geburtshilfe und Gynäkologie

vom 8. bis 10. Mai 1975 in Dornbirn

Auskunft:
Professor Dr. G. Sterk, Vorstand der
Frauenklinik der Städtischen Kranken-
anstalten Nürnberg, 8500 Nürnberg, Flur-
straße 7, Telefon (09 11) 398 - 22 22

Klinische Fortbildung in Bayern

3. Fortbildungsveranstaltung in Neurologie und Psychiatrie für Allgemeinärzte und niedergelassene Fachärzte aller Gebiete

am 5./6. April 1975 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. H. H. Wieck, Er-
langen

Thema: Psychopharmaka in der Hand
des niedergelassenen Arztes

Ort: Stadthalle Erlangen, Großer Saal

Letzter Anmeldetermin: 25. März 1975

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80,
Mühlbauerstraße 16, Telefon (0 89) 41 47 - 294

Fortbildungskurs für Phonokardiographie (Teil I) am 25./26. April 1975 in München

Leitung: Professor Dr. D. Michel, Mün-
chen

Themen: Normale Herztöne-Extratöne –
Herzgeräusche – Schallbilder bei ver-
schiedenen Herzfehlern – Auswertung
von Phonokardiogrammen

Ort: Städtische Klinik Augustinum, München
70, Stiltbogen 74

Letzter Anmeldetermin: 1. April 1975

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

7. – 11. 4. 1975
Epidemiologie und epidemiologische Me-
thodik I (Grundlagenlehrgang)

14. – 18. 4. 1975
Epidemiologie und epidemiologische Me-
thodik II (Fortgeschrittenen-Lehrgang)

23. – 26. 4. 1975
Jahrestagung der Deutschen Gesell-
schaft für Arbeitsmedizin gemeinsam
veranstaltet mit der Bayerischen Akade-
mie für Arbeits- und Sozialmedizin
Ort: PENTA Hotel, München 80, Hoch-
straße 3

2. – 13. 6. 1975
Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs
(Einführung in die betriebsärztliche Tä-
tigkeit)

22. 9. – 17. 10. 1975
C-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbil-
dung für die Erlangung der Zusatzbe-
zeichnung „Arbeitsmedizin“)

23./24. 10. 1975
Jahrestagung der Deutschen Gesell-
schaft für Sozialmedizin gemeinsam
veranstaltet mit der Bayerischen Akade-
mie für Arbeits- und Sozialmedizin

5./6. 11. 1975
Arbeitsmedizinisches Seminar

17. – 28. 11. 1975
Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs
(Einführung in die betriebsärztliche Tä-
tigkeit)

10./11. 12. 1975
Arbeitsmedizinisches Seminar

2. – 27. 2. 1976
A-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbil-
dung für die Erlangung der Zusatzbe-
zeichnung „Arbeitsmedizin“)

15. – 26. 3. 1976
Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs
(Einführung in die betriebsärztliche Tä-
tigkeit)

29. 3. – 9. 4. 1976
Epidemiologie und epidemiologische Me-
thodik I und II

27. 9. – 22. 10. 1976
B-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbil-
dung für die Erlangung der Zusatzbe-
zeichnung „Arbeitsmedizin“)

22. 11. – 3. 12. 1976
Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs
(Einführung in die betriebsärztliche Tä-
tigkeit)

Soweit nicht anders angegeben, finden
die Veranstaltungen in der Bayerischen
Akademie für Arbeits- und Sozialmedi-
zin statt.



RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Cretaequa-Adonistherapie des Altersherzens

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastroduodenales Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,8 g, Alkohol. Auszüge aus: Cretaequa 37,5 g, Adonis,
Visc. alb. 55,87 g, Apium grav., Auricul. 55,73 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. • 30 ml DM 4,95

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Für die Arbeitsmedizinischen Fortbildungskurse wird eine Gebühr von voraussichtlich DM 150,- erhoben.

Eine Teilnahme an den Veranstaltungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung möglich.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Stadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (0 89) 2 39 11

Auskunft:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (0 89) 21 84 25 9 - 2 60

25. Lindauer Psychotherapiewochen vom 21. April bis 3. Mai 1975 in Lindau

Leitung: Privatdozent Dr. H. Stolza, München

Thema: Ziele der Psychotherapie

Für die Teilnahme ist eine vorherige Anmeldung erforderlich.

Auskunft:

Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, 8000 München 2, Orlandostraße 8/IV, Telefon (0 89) 22 39 96

XXI. Ärztlicher Fortbildungskurs

am 10./11. Mai 1975 in Bad Kissingen

Leitung: Professor Dr. H. A. Kühn, Würzburg

Thema: Medikamentöse Auflösung von Gallensteinen, Leberkrankheiten, Colitis ulcerosa und Morbus Crohn

Auskunft:

Dr. H. Brügel, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20, Telefon (09 71) 30 71

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1975

9. – 22. März 1975 in Bad Gastein:

XX. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Krankheit und Therapie im Längsschnitt

10. – 22. März 1975 in Davos:

XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Krankheit und Therapie im Längsschnitt

24. März – 5. April 1975 in Meran:

VII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

Thema: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin

16. – 31. Mai 1975 in Montecatini Terme:

XIII. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Das Leib-Saale-Problem in der ärztlichen Praxis

1. – 14. Juni 1975 in Grado:

XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Das Leib-Saale-Problem in der ärztlichen Praxis

21. Juli – 2. August 1975 in Davos:

V. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

Thema: Prävention, Therapie, Rehabilitation

25. August – 6. September in Meran:

XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: Die Bedeutung der Praxis für Früherkennung und Frühtherapie

1. – 13. September in Grado:

IX. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

Thema: Diagnostisch-therapeutische Anliegen der Praxis

Auskunft:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20, Telefon (02 21) 44 60 93



Dismenol®

1 Tablette enthält: Parasulfamidobenzoesäure 0,06 g
Dimethylamino-phenylidimethylpyrazolon 0,25 g

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

Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrie.

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.–
eine Tablette Klinikpackung mit 500 Tabletten DM 58.–

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Dezember 1974*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Nachdem im November die Meldeziffer von Scharlacherkrankungen stark angestiegen war, sank sie im Dezember wieder etwas ab, und zwar von 120 auf 104 Fälle je 100 000 Einwohner, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Bei den Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung (sonstige, nicht durch Meningo-

kokken verursachte Formen) folgte dagegen einem Rückgang im November wieder ein leichter Anstieg im Berichtsmont, nämlich von 5 auf 7 je 100 000 Einwohner.

Die Erkrankungsziffer an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte

Darmentzündung) nahm im Dezember weiter ab, nämlich von 51 auf 42, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung. Ebenso erkrankten im Berichtsmont etwas weniger Menschen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) als im Vormont, nämlich 25 gegenüber 31 im November, je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. Dezember 1974 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritide infectiose				Botulismus				
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen						
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen																
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	-	-	383	-	1 ⁴⁾	-	2	1	7	-	-	-	-	-	5	-	3	-	152	-	-	-	-	-	
Niederbayern	-	-	73	-	-	-	1	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	
Oberpfalz	-	-	35	-	-	-	7	2	20	2	-	-	1	-	-	-	-	-	31	-	-	-	-	-	
Oberfranken	-	-	76	-	1 ⁴⁾	-	1	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	-	
Mittelfranken	-	-	175	-	-	-	1	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	1	-	-	-	-	
Unterfranken	-	-	57	-	-	-	2	1	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	67	-	-	-	-	-	
Schwaben	-	-	69	-	-	-	4	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	1	9	-	-	-	
Bayern	-	-	868	-	2 ⁴⁾	-	18	6	54	2	2	-	1	-	5	-	3	-	354	2	9	-	-	-	
München	-	-	155	-	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-	1	-	2	-	78	-	-	-	-	-	
Nürnberg	-	-	37	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	
Augsburg	-	-	8	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	2	-	-	-	-	-	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	
Würzburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	-	-	-	-	-	
Fürth	-	-	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	
Erlangen	-	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiose		Ornithose				Mikrosporidio		Amöbenruhr		Bang'sche Krankheit		Leptospirose (übrige Formen)		Malaria-Erkrankung		O-Fieber		Toxoplasmosose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Psittakose		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	72	1	-	-	2	-	1	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	2
Niederbayern	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Oberpfalz	18	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberfranken	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Mittelfranken	27	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Unterfranken	14	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	3
Schwaben	44	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	1	-	2
Bayern	206	5	-	-	3	-	1	-	1	-	1	-	3	1	1	-	1	-	3	-	5	4	-	7
München	32	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	13	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Regensburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-

^{*)} Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

²⁾ „ST“ = Sterbefälle.

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

⁴⁾ Infiziert im Ausland.

Mehr als eine Digitalis- Behandlung



Digipersantin[®]

Digoxin + Persantin[®]

»Unsere Erfahrungen sprechen demnach auch für eine starke Einsparung an Glykosid unter gleichzeitiger Verwendung von Persantin. Die Sättigung des Herzmuskels mit Digitalis erfolgte dabei trotz niedrigem Angebot schneller als ohne Persantin.«

WOLF, H.: Wien. med. Wochr. 111, 357-361 (1961)

»Die schweren Formen und Stadien der Herzinsuffizienz, die therapeutisch mit Digitalis allein nicht genügend zu bessern sind, können bei zusätzlicher Persantingabe eine höhere Rekompensationsstufe erreichen.«

KDNIG, E., TREPEL, F.: Med. Klin. 59, 624-633 (1964)

Zusammensetzung

1 Dragée enthält:
2,6-Bis-(diäthanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido-
[5,4-d]pyrimidin 25,0 mg
Digoxin 0,125 (1/8) bzw. 0,25 mg (1/4)

Eigenschaften

Jede Form der Herzmuskelschwäche bedarf der Behandlung mit Herzglykosiden. In Digipersantin ist die Wirkung des Reinglykosids Digoxin durch das bewährte Persantin ergänzt. So wird nicht nur das Herz gekräftigt und seine Arbeitsweise ökonomischer gestaltet, sondern dem Herzmuskel wird auch mehr Sauerstoff zugeführt und sein Energiestoffwechsel günstig beeinflusst.

Anwendungsgebiete

Alle Formen der Herzinsuffizienz

Dosierung und Anwendungswiese

Digipersantin wird seinem Glykosidanteil entsprechend individuell dosiert.

im allgemeinen kann man von einer der folgenden Grunddosierungen ausgehen:

Mittelschnelle Sättigung	Erhaltungsdosis								
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	und folgende Tage
	3	3	3	3	3	1-2	1-2	1-2	Drag. Digipersantin 1/4
	8	8	8	8	8	1-4	1-4	1-4	Drag. Digipersantin 1/8

Die mittelschnelle Sättigung ist im allgemeinen nach 3-5 Tagen erreicht, dann Übergang auf die Erhaltungsdosis.

Die Erhaltungsdosis beträgt für Digipersantin 1/4 1-2 Dragées pro Tag, Digipersantin 1/8 1-4 Dragées pro Tag. Die Dragées sind unzerkaut nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Unverträglichkeiten und Risiken
Hyperkalzämie, Kälmmangelzustände, atrio-ventrikuläre Reizleitungsstörungen, schwere Bradykardie

Besondere Hinweise

Die gleichzeitige Einnahme von Digipersantin zusammen mit Bohnenkaffee oder Schwarztee ist zu vermeiden. Vorsicht bei gleichzeitiger i.v. Kalziumtherapie.

Darreichungsformen und Packungsgrößen

Digipersantin 1/8: Dringelpackungen mit 50, 100

Dragées DM 12,25, 21,85

Digipersantin 1/4: Originalpackungen mit 50, 100

Dragées DM 13,60, 24,30

Klinikpackungen

Unverbindl. empf. Preise lt. AT

Thomae

Dr. Karl Thomae GmbH · Biberach an der Riss

Schnell informiert

Eigentum an Röntgenaufnahmen

In letzter Zeit wird unter Berufung auf ein Urteil des Amtsgerichts Ludwigsburg vom 12. Juni 1974 (NJW 1974/1431) immer wieder die Auffassung vertreten, daß nunmehr klar gestellt sei, daß der Arzt dem Patienten dessen Röntgenbilder auf Verlangen herauszugeben habe. In Wahrheit ist dieses Urteil als vereinsamt zu bezeichnen, weil es gegen eine jahrelange feststehende Rechtsprechung, insbesondere auch des Bundesgerichtshofes (vgl. NJW 63/389 und *ÄM* 63/685) steht.

Danach ist noch wie vor davon auszugehen, daß die Röntgenaufnahmen Eigentum des Arztes sind, der die Ausnahmen gefertigt hat. Diese Rechtslage wird unterstrichen durch § 29 der RöV vom 1. März 1973 (BGBl. I 1973/173), wonach der Arzt verpflichtet ist, die sich auf seine Auszeichnungen beziehenden Unterlagen — dazu zählen die Röntgenaufnahmen — aufzubewahren. Nach dieser Norm ist es sogar traglich, ob der Arzt überhaupt berechtigt ist, die Röntgenaufnahmen zeitweilig dem Patienten zu überlassen. Die „Richtlinien“, die vom Länderausschuß „Röntgenverordnung“ dazu erlassen wurden (Bundesgesundheitsblatt vom 26. April 1974, S. 119), müssen darüber noch Klarheit bringen. Im übrigen ist auch in diesen Richtlinien ausdrücklich gesagt:

„Die Röntgenverordnung schränkt das Urheberrecht an den Aufnahmen nicht ein. Die Röntgenaufnahmen bleiben im Eigentum des Herstellers.“

BLAK

Englischkurse für Mediziner

Für approbierte Ärzte, Medizinalassistenten und Studenten ab drittem klinischen Semester bietet der Ausländersprachendienst GmbH, 6079 Sprendlingen bei Frankfurt, Frankfurter Straße 50, Telefon (0 61 03) 6 60 16, auch in seinem Prospekt für das Jahr 1975 wieder zweiwöchige Spezialkurse in Colchester/England an. Sie vermitteln einen täglich (montags bis freitags) sechsstündigen Intensivunterricht, der vor allem zu einer Weiterentwicklung der fachbezogenen mündlichen Sprachfähigkeiten führen soll.

Für Ärzte sieht der Terminplan jeden Monat einen Kursus vor, während sich der Kurs für Studenten und Medizinalassistenten an das Sommersemester anschließt und vom 19. Juli bis 2. August 1975 läuft.

Der Prospekt, der eine Vielzahl weiterer Ferien- und Intensivsprachkurse für Schüler und für Erwachsene in Englisch, Französisch, Spanisch, Portugiesisch und Italienisch enthält, kann direkt vom Veranstalter angefordert werden.

Gegenstandskatalog 4 für den schriftlichen Teil des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung

Der vom Institut für Medizinische Prüfungsfragen herausgegebene „Gegenstandskatalog 4 für den schriftlichen Teil des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung“ ist beim Verlag „Druckhaus Schmidt & Bödige“, 6500 Mainz, Rheinallée 191, erschienen. Er kann im Buchhandel zum Preis von DM 8,20 bezogen werden.

Öffentlichkeitsarbeit für die deutsche Ärzteschaft: Sylvester Wöhler

Für die künftige Öffentlichkeitsarbeit der deutschen Ärzteschaft wurde der Publizist Sylvester Wöhler, Mannheim, von der Bundesärztekammer und der Kassenerztlichen Bundesvereinigung nach Köln berufen.

Informationsschrift „Aminosäuren“

Der Geschäftsbereich Chemie der Degussa, Frankfurt, hat eine Informationsschrift (20 x 26 cm, 8 Druckseiten) über Aminosäuren herausgebracht. Die Broschüre mit dem Untertitel „Aminosäuren — eine Voraussetzung für Leben“ erklärt die Bedeutung der Aminosäuren für die Proteinsynthese und gibt Hinweise auf die wichtigsten Einsatzgebiete im Humanbereich und in der Tierernährung.

J. F. Volrad Deneke erhält Lehrauftrag für „Medizinische Publizistik“

Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf hat auf Antrag des Direktors des Instituts für Geschichte der Medizin, Professor Dr. H. Schadewaldt, dem Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, J. F. Volrad Deneke, ab Sommersemester 1975 einen Lehrauftrag für das Gebiet „Medizinische Publizistik“ erteilt. Es handelt sich um den ersten von einer Medizinischen Fakultät verliehenen Lehrauftrag dieser Art in der Bundesrepublik Deutschland.

Deneke, der 1952 in Bonn die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft gegründet hatte, die er mehr als ein Jahrzehnt lang leitete, war von 1958 bis 1965 Hauptschriftleiter des „Deutschen Ärzteblattes“ in Köln. Bereits seit 1961 hält Deneke Vorlesungen an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. Von 1964 bis 1972 nahm er einen Lehrauftrag für Soziologie der freien Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen/Nürnberg wahr. In den letzten Jahren hielt er außerdem Gastvorlesungen in Peru, Venezuela und Argentinien.

Deneke ist in den zurückliegenden Jahrzehnten durch grundlegende wissenschaftliche Veröffentlichungen hervorgetreten, wobei im Zusammenhang mit der Erteilung des Lehrauftrags in Düsseldorf insbesondere auf die Monographie über „Arzt und Medizin in der Tagespublizistik des 17. und 18. Jahrhunderts“ verwiesen wird.

Akne-Andreae

auch mit
Azulen.



Trocknet die Akne aus und beschleunigt die Heilung.

Antiphlogistisch, desinfizierend, keratolytisch.

O. P. 40g Tube DM 6,05 (DM 7,10 mit Azulen) m. Mwst.

Grundlagenforschung „heute und morgen“

Forschung im Dienste der Allgemeinheit zu betreiben, ist der Auftrag der Max-Planck-Gesellschaft mit ihren zur Zeit 48 Instituten und Forschungsstellen. Ihre Aufgabe ist es, die Grundlagenforschung im Bereich der Natur- und Geisteswissenschaften mit bestimmten Schwerpunkten im medizinisch-biologischen Bereich bei einigen physikalischen Arbeitseinrichtungen und, vor allem in jüngerer Zeit, in einigen Sozialwissenschaften zu erforschen. Neue Forschungsgebiete, die sich nicht um angewandte Forschung handeln, aufgrund ihrer Aufgabenstellung für die Hochschulforschung also wenig geeignet sind, werden durch die Max-Planck-Institute übernommen. Der Max-Planck-Gesellschaft gehören etwa 8200 engestellte Mitarbeiterinnen sowie knapp 2000 in- und ausländische Gastwissenschaftler und Stipendiaten.

Es ist unmöglich, im Bereich der Grundlagenforschung Erfolgssichten und das Tempo der Realisierung für die Umsetzung der Entwicklungen vorauszusehen. Man muß sich fragen, inwieweit und nach welchen Kriterien und Prinzipien man den Bereich der Grundlagenforschung überhaupt planen kann, denn:

1. Des Forschungsvorhaben hängt nicht zuletzt davon ab, ob ein ausgezeichnete Wissenschaftler für die Durchführung zu gewinnen ist bzw. welche Forscherpersönlichkeit ihn initiiert hat.
2. Optimierung der Mittel, um seltene Talente zu nutzen, und wenn man sie findet, sie nach Kräften zu fördern. Der Nachwuchspflege kommt also besonderes Gewicht zu.
3. Erheblicher Spielraum in der Durchführung ist wichtig sowie Konzentration auf die Schwerpunkte bei der Planung und Durchführung der Grundlagenforschung.
4. Voraussetzung ist die Ausweitung grundlegenden theoretischen Wissens für die Lösung praktischer Probleme künftiger Generationen; genauso wie die jetzige Generation wichtige praktische Entwicklungen der Grundlagenforschung vergangener Generationen verdankt.
5. Konkrete Anwendungen, die eine Ausweitung des theoretischen Wissens durch die eigentliche Grundlagenforschung ermöglichen, sind grundsätzlich nur vage zu prognostizieren und können sich nur auf grobe Richtungsbestimmungen erstrecken; sie können daher nur Abschätzung der Aussicht auf Entdeckungen von allgemeiner praktischer Bedeutung oder allgemeinem Erkenntnisinteresse sein.

In allen hochindustrialisierten Ländern, also nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, wird seit kürzerer oder längerer Zeit die Aufgabenstellung für die Forschung intensiv diskutiert. Überzeugte Vertreter sind der Meinung, alle verfügbaren Forschungskapazitäten müßten dafür eingesetzt werden, die durch die wissenschaftliche und technologische Entwicklung verursachten Schäden im Bereich der Natur, und besonders im Lebensbereich des Menschen, auszugleichen.

Der Umfang der Grundlagenforschung muß uns also weiter beschäftigen, denn der Zeitpunkt, in denen benachbarte Länder uns über die Schulter schauen, ist längst vorbei.

Die Aufgabe der Industriestaaten in den kommenden Jahrzehnten wird weitgehend in der Erhaltung der Lebensqualität bestehen müssen, und die Forschung wird sicher voll in den Dienst dieser Aufgabe einzuordnen sein.

Zur Hepatitis-B-Antigenbestimmung bei Blutspendern

Dritte Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion und Immunhämatologie

Die Deutsche Gesellschaft für Bluttransfusion und Immunhämatologie hat 1970 und 1971 Stellungnahmen zur Hepatitis-B-Antigenbestimmung (früher Au-SH-Antigen genannt) bei Blutspendern veröffentlicht. Seitdem sind weitere Erfahrungen gesammelt worden, auf die sich die nachfolgende dritte Stellungnahme stützt.

Der Erreger der Hepatitis B ist noch nicht identifiziert.

Der Nachweis von Hepatitis-B-Antigen (HB-Ag) im Blut wird als Zeichen einer bestehenden oder abgelaufenen Hepatitis-B-Infektion aufgefaßt.

Das Hepatitisrisiko nach Transfusion HB-Ag-negativen Blutes ist geringer als nach Transfusion HB-Ag-positiven Blutes oder bestimmter Blutbestandteile. Die Genese der Mehrzahl „posttransfusioneller“ Hepatitiden ist weiterhin unklar. Es darf nicht übersehen werden, daß auch durch andere Übertragungswege eine Hepatitisinfektion möglich ist. In einem solchen Fall wird durch den zeitlichen ein ursächlicher Zusammenhang vorgetäuscht.

Der hinsichtlich des HB-Ag überschaubare Teil der Hepatitisprophylaxe verpflichtet bei jeder Blutspende zur Hepatitis-B-Antigen-Bestimmung. Blut von Personen, bei denen dieses Antigen nachgewiesen wird, darf nicht transfundiert oder zu Blutkomponenten bzw. Plasmafractionen weiterverarbeitet werden. Von dieser Verpflichtung der vorherigen HB-Ag-Bestimmung darf nur in unvermeidlichen Einzelfällen mit vitaler Indikation abgewichen werden.

Die zum Nachweis des HB-Ag verwendete Methodik muß empfindlich und spezifisch sein (z. B. radioimmunologische Methode, Hämagglutination, KBR). Die Überwanderungselektrophorese kann während einer Übergangsperiode angewendet werden, wenn sich der Untersucher in diesen Fällen regelmäßig an Ringversuchen beteiligt. Die Empfindlichkeit und Spezifität der jeweils verwendeten Methode ist im übrigen regelmäßig an Standards zu überprüfen.

Liquirit®
MAGENTABLETTEN

Zuverlässig wirksame Kombination
auf therap. Breite

Indikationen: Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis, Hyperacidität, nerv. Magenbeschwerden, Kontraindikationen: Bei vorgeschriebener Dosierung nicht bekannt. Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 450 mg Succus Liquiritiae dap., 25 mg Extr. Frangulae, 25 mg Extr. Calami, 15 mg Extr. Valeriana, 3 mg Extr. Chamomilla, 2 mg Extr. Melissa, 2 mg Extr. Menthae pip., 80 mg Bismutsubnitrat, 200 mg Magnesiumcarbonat, 200 mg Natriumbicarbonat, 200 mg Aluminiumhydroxydgel. Handelsformen und Preis: OP-30 Tabl. DM 5,70, OP-60 Tabl. DM 9,40

DR. GRAF & COMP. NACHF. seit 1889, Hamburg 52

Buchbesprechungen

Ärztliche Versorgung in Völkerepubliken

Beiträge von sechs Autoren über die Gesundheitssysteme in Polen, Rumänien, Ungarn, Bulgarien, China, der Tschechoslowakei und der Sowjetunion. — Erschienen in der Schriftenreihe des Hartmannbundes. 80 S., brosch. Schutzgebühr DM 7,50.

Die Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes hat mit Unterstützung des Auswärtigen Amtes und in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsministerien der besuchten Länder in den vergangenen zwei Jahren informationsintensive Studienreisen in Ostblockländer für Ärzte durchgeführt. Der Themenkatalog konzentrierte sich bei diesen Reisen auf die Struktur der Gesundheitsdienste, ihre Finanzierung und ihre Leistungen für die Bevölkerung sowie auf die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Angehörigen medizinischer Assistenzberufe.

Die Broschüre schildert knapp und nüchtern die Systeme in den einzelnen Ländern und wie sie funktionieren. Als Anhang wird die Ausbildung der Angehörigen medizinischer Assistenzberufe in den einzelnen Ländern miteinander verglichen, und in einem Registerteil werden begriffliche Unterschiede (beispielsweise „Arbeitsmedizin“, „Kreisarzt“) geklärt. Die Broschüre ist eine gut brauchbare Argumentationshilfe für Ärzte und Gesundheitspolitiker.

Brandenburg: „**Medizinisches in „1000 und einer Nacht“**“. 79 S., DM 10,—. J. Fink Verlag, Stuttgart.

Dieses kleine Werk stellt für den medizinisch interessierten Kollegen eine kleine bibliophile Kostbarkeit dar. Hat doch der Autor den Versuch unternommen, in einem kleinen Band all das zusammenzutragen, was in „1001 Nacht“ auf die arabische Medizin der damaligen Zeit Bezug nahm. Einführend wird auf die Geschichte, die Entstehung des arabischen Epos „1001 Nacht“, auf Quellen und Handschriften, Textausgaben und Übersetzungen eingegangen. Ein weiteres Kapitel widmet sich dem ärztlichen Leben und der medizinischen Ausbildung im arabischen Kulturkreis, sowie deren Auswüchse — Quacksalberei und Scharlatanerie.

Im Hauptteil ist der wohlgelungene Versuch unternommen worden, aus der riesigen kulturhistorischen Fundgrube, die

„1001 Nacht“ auch für den heutigen Menschen noch darstellt, das herauszustellen und zu ordnen, was eben die Medizin betrifft. So hören wir über innere Krankheiten, Chirurgie, Heilmittellehre, Gemütsstörungen aber auch über paramedizinische Fakten — „Liebeskrankheit“, Aphrodisiaka, Astrologie u. e. Hochinteressant gestaltet sich die Beschreibung eines medizinischen Exams, wie es sich wohl zu seiner Zeit tatsächlich abgespielt haben könnte.

Wie gesagt — eine medizinhistorische Kostbarkeit!

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

Georges Hartmann: „**Alpiner Hochleistungstest**“. 152 S., 62 Abb., 75 Tab., geb., DM 25,—. Verlag Hans Huber, Bern.

Ohne Zweifel sind medizinische Untersuchungen der alpinen Leistung wünschenswert, ist doch die Unfall- und Erkrankungsgefahr bei dieser sportlichen Betätigung besonders groß. Abgesehen von zahlreichen Untersuchungen der Höhenadaptation, ist über die rein bergsteigerische Leistung nur wenig bekannt.

Das vorliegende kleine Werk darf daher mit Recht als Prototyp einer vielleicht künftigen Forschungsrichtung angesehen werden. Ursprünglich als Pilotstudie der Schweizerischen Stiftung für Alpine Forschungen (SSAF) gedacht, zeigte es sich, daß die Ergebnisse zahlreicher medizinischer Untersuchungen, die an einer Bergsteigergruppe im Berner Oberland vorgenommen wurden, eine weitere Öffentlichkeit interessieren dürfte. Körperliche Dauerbeanspruchung in Höhenlagen zwischen 3000 und 4000 m, Stoffwechselprobleme, wie Energiehaushalt und Flüssigkeitskonsum, aber auch psychologisches Verhalten bei geringer Kontaktaufnahme mit der Umwelt, waren die Hauptthemen dieser Untersuchung. Die interessanten Ergebnisse, unterstützt durch Tabellen und zahlreiche Fotos, mögen Untersuchungen ähnlichen Charakters Anregung geben.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

Prof. Dr. H. G. Lemtis/Dr. R. Seger: „**Des Rückenlege-Schocksyndrom**“. 88 S., 7 Abb., 3 Tab., kart., DM 14,80. Walter de Gruyter & Co., Berlin-New York.

„Jeder Arzt, jede Hebamme und Schwester, jede Krankengymnastin und jeder Angehörige des Sanitätspersonals sollte wissen, daß eine Schwangere in der zweiten Hälfte der Gravidität oder unter der Geburt bei Schockzuständen unbedingt auf die Seite, wenn möglich auf die linke Seite gelegt werden muß, um ein RLS auszuschließen oder zu beseitigen“. Dies ist des meines Erachtens wichtigste Fazit

Solidago® >Dr. Klein<

Glomeruläre Nephropathien · Chronisch renale Hypertonie · Entzündungen und Spasmen der Harnwege

Zusammensetzung: Extr. fl. Herb. Solidag. virg. 50 g, -Potentill. anserin. 17 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, -Equiset. arv. 12 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.

Dosierung: Bei mittlerer Dosierung 3 x täglich 20 Tropfen in etwas Flüssigkeit.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 20 ml 5,95 DM, 50 ml 11,95 DM, 100 ml 20,45 DM

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



dieser Arbeit, die für Gynäkologen, Chirurgen und Anästhesisten zur Pflichtlektüre gehören sollte.

Im 3. Trimester einer Schwangerschaft besteht bei jeder 8. bis 10. Graviden eine potentielle Schockbereitschaft bald nach Einnahme der Rückenlage; manifeste Schockzustände betreffen 4 bis 10 Prozent der Frauen; das kann für Mutter und Kind lebensgefährliche Folgen haben. Auslösemechanismus ist der Druck des schwangeren Uterus auf die Vena cava caudalis mit einem dadurch bedingten isovolämischen Volumenmangelkollaps.

Kurz und prägnant und – wie ich meine – hinreichend erschöpfend – werden in der ersten Hälfte des Buches Klinik und Pathogenese des RLS abgehandelt, wobei das vaskuläre Geschehen (Anatomie, Physiologie, Hämodynamik) an den großen Venen in Stamm und Peripherie ganz im Mittelpunkt steht. Verfasser berufen sich auf eigene Beobachtungen und Untersuchungen zum Thema und 198 Literaturangaben, die deutlich machen: Das RLS geistert bereits seit 30 Jahren unter verschiedenen Namen durch das gynäkologische und anästhesiologische Schrifttum – als „Vena-cava-Kompressionssyndrom“, als „utero-kardiovaskuläres“ oder „klinostatisch-hypotensives“ Syndrom oder englisch: „Supine hypotensive syndrome“, Französisch: „choque posturée“.

Synoptisch handeln die Verfasser den Einfluß der Rücklage auf die arterielle Durchblutung der unteren Körperhälfte ab, auf die Plazentadurchblutung und den fötalen Kreislauf. Daß das RLS eine wesentliche Rolle bei vorzeitigen Plazentafösungen ebenso spielen kann wie bei unerklärlich scheinenden Todesfällen unter der operativen Geburt oder der einleitenden Narkose, sei kurzreferierend ergänzend erwähnt. Der Auslösemechanismus des RLS (mit Druckschwankungen im Liquor- und spinalen venösen System) macht auch menchen Zwischenfall bei geburtshilflichen Anästhesien verständlich.

Medizineldirektor Dr. med. Zillinger, Buching

Christa Meves: „Die Bibel antwortet uns in Bildern“. 160 S., Taschenbuch, DM 3,90. Verlag Herder, Freiburg.

Ja, die Bibel antwortet wirklich, auch heute noch, auf alle Fälle dem, der das tiefe Unbehagen der Jetztzeit lüht und suchend fragt: Wer leugnet, daß wir im „untergehenden Abendland“ – egoistisch-materiellistisch, verzichtsunfähig – ohne Hunger, Kriege, Krankheiten uns in großen inneren Nöten befinden? Wer leugnet, daß unsere bindungslose, nach Erlösung sich sehende Jugend der Hilfe bedarf? Hier ist sie wieder, die Führung und Kraft! Christa Meves ist es

zu verdanken, daß sie das überlieferte jüdisch-christliche Lehrgut – die alten Geschichten mit soviel zeitloser Wahrheit und Weisung – benutzt, um uns Hilfe für die jetzigen Probleme zu geben. Im täglichen Umgang mit Schulsorgen, gescheiterten Ehen, Selbstmord, Rauschgift, Generationenstreit reichlich erfahren, bringt uns die Autorin die geistigen Kräfte der Bibel wieder nahe, in einfacher, packender Sprache geschrieben. Wer wird nicht durch Hiob getröstet, durch Jona in seinem Schicksalsweg gestärkt? Wir erfahren das echte Helfen des barmherzigen Samariters. Wir werden erneut beeindruckt von den großartig-schrecklichen Bildern der Johannis-Offenbarung, wo, alles Bindende zerschlagend, der geistig-vertührte Mensch in eigensüchtiger Selbstvergöttung der entfesselten Aggressivität und Sexualität einer religionslosen Endzeit entgegengeht. Möge man erkennen, daß das, was als Triebelrelung zu angeblicher Heilung führen soll, den selbstherrlichen Menschen nur seelisch leerer und kränker macht, und daß die ehernen Gesetze der Bibel letzten Endes den Menschen bescheidener, sicherer und glücklicher gemacht haben. Was uns not tut, ist nicht „das große Fressen“, sondern das große, große Fasten! Mögen dieses Büchlein viele, viele lesen!

Dr. med. F. Lampert, München

Prof. Dr. R. Ottenjann: „Optimierte rationelle Diagnostik in der Gastroenterologie“. 166 S., 82 Abb., 54 Tab., Leinen, DM 31,50. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Durch die Einführung und Weiterentwicklung der Glasfibrerendoskope hat die Endoskopie in der Gastroenterologie zumindest diagnostisch einen Stellenwert erreicht, der es notwendig erscheinen läßt, die bisher üblichen und erprobten klinischen Methoden in ihrer Aussegekräft und Bedeutung mit denen der Endoskopie und Biopsie zu vergleichen. Dies geschieht in dem vorliegenden Band in prägnanter und übersichtlicher Form, wobei in kurzen kritischen Referaten mit anscheinlichen Tabellen und guten Abbildungen von verschiedenen Autoren der derzeitige Stand der gastroenterologischen Diagnostik abgehandelt wird. Bei den Erkrankungen der Speiseröhre können makroskopische morphologische Veränderungen bei einwandfreier radiologischer Untersuchung mit großer Treffsicherheit nachgewiesen werden, während feinere Schleimhautveränderungen besser endoskopisch zu erkennen sind. Für Motilitätsstörungen bietet sich die Manometrie an. Die quantitative Magensekretionsanalyse hat in der Magendiagnostik enttäuscht, da die Schwankungsbreite bei den verschiedenen Magenkrankheiten zu groß ist. Es bleiben nur wenige echte Indikationen,

Passiorin Dragees

1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. Incarnat. spir. eloc.	60,0 mg
Extr. Salicis aquos eloc.	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 spiss.	5 Vol. %
Tinct. Crataeg. oxycanth.	11 Vol. %

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

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

Bei Einschlafstörungen: 2–4 Teelöffel bzw. 3–6 Dragees vor dem Schlafengehen

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Pessiorin Dragees:

Packung mit	50 Dragees	DM 4,25
Kurpackung mit	250 Dragees	DM 16,–

Pessiorin liq.:

Flasche mit ca.	100 ml	DM 5,80
Kurpackung mit ca.	500 ml	DM 23,80



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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München

Passiorin®

wie Zollinger Ellison-Syndrom, Verdacht auf Anastomosenukulus nach Magenresektion und Kontrolle des Vagotomieeffekts. Wesentlich ist, daß durch die Kombination von Röntgenuntersuchung und Gastroskopie mit Biopsie der Prozentsatz an Fehldiagnosen auf ein Minimum zusammenschumpft. Die heute mögliche Erkennung des sogenannten Magenfrühkarzinoms, bei dem der Krebs auf die Mukosa und allenfalls Submukosa beschränkt ist, hat deshalb besondere Bedeutung, weil die Prognose des „early cancer“ ausgezeichnet ist und die Fünfjahresüberlebenszeit über 90 Prozent beträgt. Die endoskopische Polypektomie ist zudem auch zu einer therapeutischen Methode geworden. Bei Verdacht auf Vorliegen eines Anastomosengeschwürs bei operiertem Magen sollte die direkte endoskopische Beurteilung bevorzugt werden, da hierbei die diagnostische Ausbeute größer ist als bei der Röntgenuntersuchung. Die klinisch-chemische Dünndarmdiagnostik ist sehr aufwendig und bedarf sorgfältiger Indikationsstellung. Des morphologische Korrelat kann durch blinde Dünndarmsaugbiopsie oder im Rahmen einer Duodenoskopie gewonnen werden. Die Enteroskopie hingegen stellt keine Routinemethode dar. Bei einer rationalen Labordiagnostik der Lebererkrankungen braucht sich der Umfang der Laboruntersuchungen in einer internistischen Fachpraxis und in einer Universitätsklinik nicht wesentlich zu unterscheiden. Durch die Elektrophorese sind die Eiweißlabilitätsproben praktisch alle verdrängt worden. Bei genauer Kenntnis der Indikation ergibt sich mittels der perkutanen Leberbiopsie und Laparoskopie mit Biopsie eine optimierte Diagnostik, die auch für die Prognose bestimmend ist. Für die klinische Diagnose der chronischen Pankreatitis wird der Nachweis einer persistierenden exokrinen Pankreasinsuffizienz gefordert. Endoskopie und Biopsie des Pankreas im Rahmen einer Laparoskopie stellen neue diagnostische Möglichkeiten dar. Die endoskopische-retrograde Pankreatikographie verbessert die Diagnostik der chronischen Pankreatitis sowie des Papillen- und Pankreaskarzinoms und ist vor allem für die Operationsindikation bei chronischer Pankreatitis entscheidend. Die Aussagekraft der retrograden Cholangiographie ist mit der perkutanen transhepatischen Cholangiographie vergleichbar, wobei aber deren relativ hohe Komplikationsrate wegfällt. Die hohe Koloskopie bis zum Zökum ist der Röntgenuntersuchung in der Diagnostik von Polypen und frühen Entzündungsstadien überlegen, die endoskopische Polypektomie ist im gesamten Kolon möglich. Die proktologische und rektoskopische Untersuchung stellt eine wertvolle und einfache diagnostische Methode dar, von der vor allem der praktisch tätige Arzt leider zu wenig Gebrauch macht.

Insgesamt ist dieses preiswerte Buch jedem gastroenterologisch interessierten Arzt uneingeschränkt zu empfehlen.

Dr. med. J. Phillip, Erlangen

Prof. Dr. E. Pfeiffer: „Handbuch des Diabetes mellitus. Band II: Pathophysiologie und Klinik“. 1404 S., 285 Abb., 129 Tab., Leinen, DM 480,- (für Käufer des Bandes I DM 384,-). J. F. Lehmanns Verlag, München.

In dem zwiesprechigen Buch (die Beiträge sind teilweise in englischer Sprache abgefaßt) behandeln zahlreiche Autoren vorwiegend aus dem Bereich der Europäischen Diabetes-Gesellschaft in über 40 Kapiteln die Pathophysiologie und Klinik dieser Erkrankung. Erstmals wird ausführlich und zusammenfassend über die Verbreitung des Diabetes in der Welt berichtet; praktisch wichtig erscheinen die Abschnitte über Angiopathie, Enzephalopathie sowie über Insulinallergie und -resistenz. Gerade für den am Krankenbett tätigen Arzt könnten die Ausführungen über Schulung und Unterweisung des Diabetikers in der Praxis bis hin zu ganz praktischen Vorschlägen, wie dem Merkblatt für insulinspritzende Kraftfahrer, neue Anregungen bringen. Zu wenig ausführlich erscheint uns die Frage der Inkompatibilität der oralen Antidiabetika bei gleichzeitiger Anwendung anderer Medikamente behandelt zu sein.

Dieses Handbuch stellt wohl das gegenwärtig vollständigste Werk dieser Art dar. Dem klinisch und praktisch tätigen Arzt, der sich immer wieder mit den therapeutischen Problemen dieser Krankheit auseinandersetzen muß, oder der sich auch wissenschaftlich mit Diabetesfragen zu beschäftigen hat, wird insbesondere dieser Band als Nachschlagewerk und Ratgeber bald unentbehrlich sein.

Dr. med. A. Wunderer, Nürnberg

Prof. Dr. D. Soyka: „Der Gesichtsschmerz“. 163 S., 44 Abb., 4 Tab., lam. kart., DM 38,-. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart.

In dem vorliegenden Buch werden von namhaften Spezialisten alle Aspekte des Gesichtsschmerzes praxisbezogen abgehandelt. Nach einer Übersicht über die anatomischen Grundlagen, insbesondere auch über die Schmerzentstehung und Schmerzleitung, (J. Lang, Würzburg) wird der Gesichtsschmerz aus neurologischer Sicht (D. Soyka, Kiel), aus der Sicht der Mund- und Kieferchirurgie (N. Schwenzer, Tübingen) sowie aus HNO-ärztlicher (G. Birmeyer, Heilbronn) und eugenärztlicher Sicht (H. Meythaler, Erlangen) abgehandelt. Die neurochirurgischen Behandlungsmöglichkeiten des Gesichtsschmerzes, insbesondere die Möglichkeiten der Behandlung der Trigeminusneuralgie, werden von H.-P. Jensen (Kiel) abgehandelt.

In übersichtlicher und praxisbezogener Form sind die wesentlichen Probleme dargestellt. Vielleicht ist bei der medikamentösen Behandlung der Trigeminusneuralgie die Erfah-

Seit mehr als 25 Jahren Partner des Arztes in der Medizin-Technik

- Schlüsselartige Praxiseinrichtungen
- Beratung
- Projektierung
- Finanzierung
- Kundendienst

Röntgen- und elektromedizinische Apparate
Arzt- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

85 NÜRNBERG 1

Gleißbühlstraße 7/Ecke Merienstraße (Colonie-Haus)
Telefon (09 11) 20 39 03/04

- Röntgen-Apparate und Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker mit Fernsehkette
- Labortechnik
- Heemodialyse
- EKG - EEG - Echo-EEG - EMG

rung anderer Autoren oder Autorengruppen (auch des Referenten) nicht klar genug herausgestellt, daß im Anfangsstadium einer echten Trigeminusneuralgie eine medikamentöse Behandlung fast immer erfolgreich ist, aber die meisten Patienten nach mehr oder minder langer Zeit doch um eine Operation nicht herumkommen, da die medikamentöse Therapie entweder unwirksam wird oder die Nebenwirkungen zu stark werden.

Das vorliegende Buch kann allen Ärzten empfohlen werden, da es einen guten Überblick über die Problematik des in der täglichen Praxis so häufigen Gesichtsschmerzes gibt.

Professor Dr. H.-H. v. Albert, Günzburg

Deutscher Fremdenverkehrsverband / Deutscher Bäderverband: „Reisen in Deutschland“. — Vier Bände, Bd. I: Baden-Württemberg; Bd. II: Bayern; Bd. III: Hessen (Mitte und Süd), Saarland, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen; Bd. IV: Berlin (West), Niedersachsen, Bremen, Schleswig-Holstein, Hamburg, Hessen (Kurahessen und Waldeck), zus. ca. 3500 S., DM 16,— pro Band. Jaeger Verlag, Darmstadt.

Die Pluspunkte der vier gleichgestalteten Bände finden sich in den rund 200 Seiten des Anhangs. Zuerst, für jeden Reisenden gedacht, ein alphabetisches Verzeichnis der Fremdenverkehrsorte überhaupt. Denn, für den „gestressten“ oder schon angeschlagenen Urlauber, eine Bäderkarte, Bäderverzeichnis mit Hellanzeigen, Heilbäder mit Gradierwerken, Luttkurorte, Sanatorien und Heilanstalten, Kneipp-Sanatorien und -Kurheime. Für kränkelnde oder krenke Kinder sind Kindersanatorien und -heime aufgeführt.

Die Reihe der Gästehäuser und Hotels in Burgen und Schlössern läßt einen exklusiven Außenseiter-Urlaub planen. Wer mehr auf „Trimm-Dich“-Möglichkeiten achten muß, liest die Liste der Beherbergungsbetriebe mit Hallen- bzw. Freischwimmbad durch. Noch eine Sparte aktiver für Groß und Klein gibt sich das überreschend große Angebot für einen Urlaub im Sattel. Geruhige Wanderungen im Sommer und zünftige Ski-Urlaube in der kalten Jahreszeit lassen sich aus den Zusammenstellungen der Ferienorte über 600 m (detaillierte Angaben der Höhenmeter!) und der Seil- und Bergbahnen und Lifts (Angabe von Höhenunterschieden und Länge!) herauslesen.

Aber alle diese Angaben sind natürlich nicht ohne Risiko verwertbar. Auf jeden Fall sind es die ausgedruckten Preise, die einer Überprüfung bedürfen. Auch ist nur ein Teil der im Anhang namentlich genannten Unterkünfte im Hauptabschnitt mit Fotos und Einzelangaben aufgeführt. Als hätten die Herausgeber um dieses Problem bereits gewußt, sind alle regionalen Reisebüros zusammengestellt und man tut sicher gut daran, sich rechtzeitig dorthin um Einzelprospekte und neueste Preislisten zu wenden.

Der Preis des noch handlichen Einzelbandes ist so gehalten, daß man ohne Zögern die nächste Auflage nachkaufen wird. Praktisch sind ohne Zweifel Vordrucke für Prospekte, Zimmerreservierungen usw., aber was tut der internationale

Bettenschlüssel auf der Bestellkarte für die Neuausgabe der Bände statt bei den Zimmerreservierungen? Wünschenswert auf lange Sicht erscheint bei sonst gleicher Gestaltung eine unterschiedliche Farbgebung für die einzelnen Regionalbände (Rücken genügt), eine größere und herausklappbare Übersichtskarte ähnlich dem Kursbuch der DB, um die gleichzeitige Benützung einer Reisekarte zu vermeiden. Erstrebenswert wäre wohl auch die exakte Trennung der wenig veränderlichen Gebiets- und Ortsbeschreibungen von den doch schnell wechselnden Inseraten nebst Fotos. Völlig unverständlich ist das Format der Übersicht „Tanken und Rasten an den Bundesautobahnen“ auf der Innenklebe — kaum mit der Lupe zu entziffern, überhaupt nicht während der Autotahrt selbst.

Alles in allem stellt jeder Band eine gut gegliederte Planungs- und Orientierungsmöglichkeit dar, noch handlich, sehr preiswert. Für den geschäftlich Reisenden mag die Einzelinformation ausreichen. Zu gering sind die Angaben wohl für einen kunstinteressierten Laien. Für Jedermann sind sicherlich die Preisangaben zu unsicher. Aber dafür zeichnen weder der renommierte Verlag noch die Herausgeber verantwortlich.

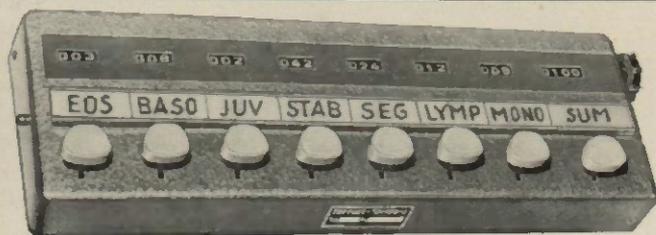
Dr. med. A. Mössmer, Landshut

Kongreßkalender

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

April 1975

- 1.—5. **Düsseldorf:** 70. Versammlung der Anatomischen Gesellschaft. — Auskunft: Prof. Dr. W. Kühnel, Abteilung Anatomie der Medizinischen Fakultät der TH, 5100 Aachen, Melatener Straße 211.
- 3.—4. **Leverkusen:** Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge: Autogenes Training für Kinder. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.
- 4.—6. **Bad Nauheim:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislauforschung. — Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, Max-Planck-Institut für Physiologie und klinische Forschung, W. G. Kerckhoff-Institut, 6350 Bad Nauheim.



Blutbildzähler „Statitest“

- 10 000fach in mehr als 100 Ländern
- mehr als 50% Zeitersparnis im Labor
- sofortige Ablesung der Werte in Prozenten

ferrari

1 Berlin 15, Kurfürstendamm 176

COROVERLAN®

...wenn
die Pumpleistung
nachläßt



Feuerlöschpumpe
von 1880
Städt.
Branddirektion
München

Zusammensetzung:

1 ml (= 25 Tropfen) enthält:
Magnesium-L-asparagin, hydrochlor. (entspr. 13,5 mg Mg) 147 mg; Kalium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg K) 65 mg; Extr. Crataegi oxyacanth. 50 mg; 7-(β -Hydroxypropyl)-theophyllin, 50 mg.

1 Dragée enthält:
Magnesium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg Mg) 200 mg; Kalium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg K) 65 mg; Extr. Crataegi oxyacanth. 50 mg; 7-(β -Hydroxyäthyl)-theophyllin, 50 mg.

Indikationen:

Praeinsuffizientes Altersherz, Myodogenaratio cordis, Kardiosklerose, Rhythmusstörungen, wie z. B. Herzstolpern, Extrasystolen, Tachykardie, paroxysmale Tachykardie, Kombinationsbehandlung mit Herzglykosiden.

Kontraindikationen:

Ausscheidungshemmung von Elektrolyten bei schwerer Niereninsuffizienz, Anurie.

Oosierung:

3mal täglich 20–30 Tropfen bzw. 1 Dragée unzerkaut vor den Mahlzeiten einnehmen. Erhaltungstherapie: 3mal täglich 15–20 Tropfen oder 2mal täglich 20 Tropfen bzw. 1 Dragée.

Handelsformen:

30 Dragées DM 5,25
100 Dragées DM 13,30
25 ml Tropfen DM 5,25
100 ml Tropfen DM 16,30

Veria-Pharm, Arzneimittelfabrik,
8132 Tutzing / Oberbayern



COROVERLAN®

steigert und normalisiert die Förderleistung
des Herzens durch
Regeneration des Myokardstoffwechsels

April 1975 (Fortsetzung)

- 6.–10. **Wiesbaden:** 81. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin. – Auskunft: Prof. Dr. P. Schölmacher, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 6.–12. **Davos:** 7. Internationaler Diagnostik-Kurs. – Auskunft: Prof. Dr. A. Rüttimann, IDKD, CH-8033 Zürich, Postfach 159.
- 7.–13. **Isny:** Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulentherapie. – Auskunft: Dr. K. Seff, 7972 Isny-Neutrauchburg, Waldburgallee 7.
- 7.–18. **Berlin:** Arbeitsmedizinischer Lehrgang zur Einführung in die Toxikologie und andere Gebiete der Arbeitsmedizin. – Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83/84.
- 8.–11. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 8.–11. **Prag:** Internationales Symposium über Insulin. – Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, 120 26 Praha 2, Sokolská 31, CSSR.
- 9.–11. **Bratislava:** Orthopädisches Donau-Symposium. – Auskunft: Slowakische medizinische Gesellschaft, 800 00 Bratislava, Mickiewiczova 18, CSSR.
- 9.–12. **Lugano:** f. Gerontologisches Symposium. – Auskunft: Dr. A. M. Kirchdorfer, Organisationskomitee I. Gerontologisches Symposium, CH-6900 Lugano.
- 9.–12. **München:** 6. Fortbildungsseminar des Verbandes Niedergelassener Dermatologen Deutschlands. – Auskunft: Dr. H. Walther, 7530 Pforzheim, Westliche 32.
- 10.–13. **Bad Nauheim:** 26. Jahrestagung der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung (D.A.H.) e.V. – Auskunft: Deutsche Medizinische Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung e.V., Sekretariat, 5160 Düren, Josef-Schregef-Straße 42.
- 11.–13. **Ambach:** Ärzte-Kurs C. Zur Erfassung der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“. – Auskunft: Dr. M. Stübler, 8900 Augsburg, Singerstraße 1.
- 12.–13. **Baden-Baden:** Landesversammlung Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund). – Auskunft: Landesverband Baden-Württemberg, 7000 Stuttgart 70, Jahnstraße 32.
- 12.–13. **Bad Pyrmont:** Ärztlicher Fortbildungskurs. – Auskunft: Dr. med. Gosslich, 3280 Bad Pyrmont, Altenauplatz 5.
- 14.–17. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 14.–18. **Dubrovnik:** fl. Europäischer Fortbildungskurs über Diabetologie. – Auskunft: Dipl.-Chem. B. Rocic, Institute for Diabetes, YU-4100 Zagreb, Petrinjska 34.

- 17.-19. **Konstanz:** 2. Europäischer Kongreß für Endoskopie. — Auskunft: Sekretariat Dr. H. Frangenheim, 7750 Konstanz, Luisenstraße 7.
- 20.-21. **Koblenz:** Unfallmedizinische Tagung. — Auskunft: Landesverband Rheinland-Westfalen der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 4300 Essen, Postfach 10 79.
- 21.-24. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
21. 4.-3. 5. **Lindau:** 25. Psychotherapiewochen. — Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, 8000 München 2, Orlandostraße 8/IV.
- 23.-26. **Erlangen:** EKG-Kurs für Sportärzte. — Auskunft: Dr. B. Moser, Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29.
- 26.-27. **Bed Nauhelm:** Informations- und Einführungskurs in die Chirotherapie von Wirbelsäule und Gelenken. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für manuelle Medizin e.V., 4700 Hamm, Ostenallee 80.
- 26.-27. **Nürnberg:** Jahrestagung der Vereinigung Südwestdeutscher Dermatoologen. — Auskunft: Kongreßsekretariat Hautklinik, 8500 Nürnberg, Flurstraße 17.
- 28.-30. **Bratislava:** 2. Europäisches Symposium über stereotaktische Therapie der Epilepsie. — Auskunft: Slowakische medizinische Gesellschaft, 800 00 Bratislava, Mickiewiczova 18, CSSR.
30. 4.-4. 5. **Augsburg:** Kongreß für Laboratoriumsmedizin. — Auskunft: Dr. H. Dahm, 6800 Mannheim, N 7, 13/15.
30. 4.-4. 5. **München:** Erstkurs für manuelle Wirbelsäulenbehandlung. — Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin, 4700 Hamm, Ostenallee 80.

Mei 1975

- 1.-3. **Berlin:** Deutscher Röntgenkongreß. — Auskunft: Frau Thomae, 8000 München 71, Mexhofstraße 43.
- 1.-3. **Düsseldorf:** 24. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Broncho-Pneumologie. — Auskunft: Prof. Dr. W. Maaßen, 4300 Essen-Heidhausen, Ruhlandklinik.
- 1.-3. **Heidelberg:** 26. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. — Auskunft: Priv.-Doz. Dr. J. Hamer, Neurochirurgische Abteilung des Chirurgischen Zentrums der Universität, 6900 Heidelberg, Kirschner Straße.
- 1.-4. **Valencie:** 2. Fortbildungsseminar für Kolposkopie und gynäkologische Zytologie. — Auskunft: Arbeitsgemeinschaft „Cervix uteri“, 6202 Wiesbaden-Biebrich, Biebricher Allee 135.

»Praxis-gerecht«

Durch die Zusammenarbeit mit Ihrer Ärztekammer können wir Ihnen ein spezielles Vorsorge-Programm für den Arzt und seine Familie bieten. Individuell auf den persönlichen Bedarf abgestimmt.

Hier einige Beispiele:

- ☐ Krankentagegeld als Einkommenssicherung bis zu 500.- DM ab dem 4. Tag, dem 8. Tag oder ab dem 29. Tag – und für den angestellten Arzt je nach Wahl von der 7. bis zur 27. Woche.
- ☐ 100%ige Erstattung im ambulanten Bereich mit den Möglichkeiten der Selbstbeteiligung für Arzneimittel oder Arzthonorar oder auch für beides. Weitere beitragsparende Programme, wie z. B. 50 % Erstattung aller Kosten.
- ☐ 100%ige Erstattung im stationären Bereich mit der Möglichkeit der Selbstbeteiligung für Arzthonorar oder 50%ige Erstattung aller Kosten.
- ☐ 75%ige Erstattung bei Zahnbehandlung, 50%ige Erstattung bei Zahnersatz, bei Zahn- und Kieferregulierung.

Lassen Sie sich doch von unserem Direktionsbeauftragten einmal unverbindlich Ihr persönliches Vorsorge-Programm zusammenstellen.

**Jetzt: Vertragspartner aller
Ärztekammern
und des Marburger Bundes**

Coupon

Ich interessiere mich für die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag

Name: _____

Anschrift: _____

Vereinigte

Krankenversicherung AG

Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Generaldirektion, 8 München 40, Leopoldstraße 24

- 1.-10. **Bad Wörishofen:** 36. Ärztlicher Fortbildungslehrgang „Durchführung und Erfolg der Kneipptherapie in Kurort und Praxis“. — Auskunft: Sekretariat des Kneippärztebundes, 8939 Bad Wörishofen, Fidel-Kreuzer-Straße 17.
- 2.-4. **Bregenz:** 19. Internationale ärztliche Fortbildungsfagung. — Auskunft: Prim. Dr. Wechter, A-6700 Bludenz, Werdenberger Straße 43A.
- 2.-4. **Wolfsburg:** Sportärzte-Wochenendlehrgang. — Auskunft: Dr. W. Wolf, 3180 Wolfsburg, Goethesfr. 32.
3. **Würzburg:** 7. Fortbildungstagung der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg (Thema: Grenzgebiete zwischen Innerer Medizin und Chirurgie). Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. P. Potzien, 8700 Würzburg, Klinikstraße 8.
- 3.-4. **Hennef:** Sportärzte-Wochenendkurs. — Auskunft: Dr. D. Schnelf, 5207 Ruppichferoth, Otto-Willach-Straße 2.
- 5.-6. **Bad Kissingen:** Fachfagung „Wasserchemie“. Auskunft: Prof. Dr. Quentin, 8000 München 70, Marchioninistraße 17.
- 5.-7. **Neuherberg:** Verkürzter Grund- und Röntgen-Therapiekurs. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landsraße 1.
- 5.-10. **Hamburg:** 78. Deutscher Ärzfefag. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärzfeammer, 5000 Köfn 41, Postfach 41 02 20.
- 7.-10. **München:** 92. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Prof. Dr. G. Maurer, Chirurgische Klinik, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22.
- 7.-10. **Paris:** 2. Internationaler Kurs über Otoneurochirurgie. — Auskunft: Dr. J. M. Sterkers, C. H. U. Chochin, 27, rue du Fg. St. Jacques, F-75 674 Paris.
- 8.-10. **Dornbirn:** Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. — Auskunft: Prof. Dr. Stark, 8500 Nürnberg, Flurstraße 7.
- 8.-10. **Hemburg:** KVDA Bundestagung — Verkehrsmedizinisches Symposium — und KVBA Bundeshauptversammlung. — Auskunft: KVDA, Kraftfahrverband Deutscher Ärzte e. V., 6000 Frenkfurt 70, Johanna-Melber-Weg 31.
- 8.-10. **Ufm:** 10. Kongreß der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. — Auskunft: Prof. Dr. F. A. Gries, Diabetes-Forschungsinstitut, 4000 Düsseldorf 1, Auf'm Henekamp 65.
- 8.-10. **Velden:** 27. Kärntner Ärztereffen (Innere Sekretion). — Auskunft: Ärztekammer für Kärnten. A-9020 Klagenfurt, Bahnhofstraße 22.
- 8.-11. **Ragensburg:** 54. Tegung der Ärztlichen Fortbildung. — Auskunft: Dr. F. Schmidl, Ärztliche Fortbildung Ragensburg, 8400 Ragensburg, Alfes Reihaus.
- 8.-13. **Opafije:** XVI. Internafioneler Kongreß für Thafessotherapie. — Auskunft: Prof. Dr. U. Jessel, 2280 Westerlend, Lornsenweg 9.
- 9.-10. **Erfangen:** 12. Kongreß der Bundesbahnärzte. — Auskunft: Dr. G. Haydn, 8500 Nürnberg, Esperantostraße 18.
- 9.-10. **Münser:** 8. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für klinische Nephrologie. — Auskunft: Prof. Dr. H. Losse, Medizinische Universitäts-Poliklinik, 4400 Münster, Wesfring 3.
10. **Würzburg:** 12. Fortbildungstagung für praktizierende Augenärzte. — Auskunft: Prof. Dr. Leydhecker, Universifäfs-Augenklinik, 8700 Würzburg.
- 10.-11. **Bed Kissingen:** XXI. Ärztlicher Fortbildungskurs. — Auskunft: Dr. H. Brügef, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20.
- 10.-11. **Düsseldorf:** 16. Neurologischer Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. — Auskunft: Neurologische Universitätsklinik, Sekretariat, 4000 Düsseldorf, Moorensfraße 5.
- 10.-11. **Grafschaft:** Fortbildungsveransfaltung: Atemwegserkrankungen. — Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4600 Dortmund, Hohenzollernsraße 35.
- 11.-15. **Wiesbaden:** 46. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Hellschirurgie. — Auskunft: Prof. Dr. J. Berendes, 6940 Weinheim, Mozartsraße 15.
- 12.-13. **München:** Wissenschaftliche Veransfaltung zum Thema „Virus-Lebendimpfungen unfer besonderer Berücksichtigung der Schwengerschaft. — Auskunft: Prof. Dr. H. Spiess, Kinderpoliklinik der Universität München, 8000 München 2, Pettenkofer Sraße 8 a.
- 12.-15. **München:** Wissenschaftlich-prektische Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. — Auskunft: Deufche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Frau E. Göcke, 4700 Hamm, Behnhofsraße 2.
- 12.-15. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen, bei der Teletherapie und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen. — Auskunft: Kurssekrefariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landsraße 1.
- 12.-16. **Berlin:** Lehrgang über die Problemfamik der Sfaubeinwirkung. — Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorsraße 83/84.

- 12.-16. **Hamburg:** 25. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. — Auskunft: Prof. Dr. Dr. N. Schwenzer, 7400 Tübingen, Osianderstraße 2-8.
- 12.-16. **München:** 2. Europäischer Kongreß für Ultraschall in der Medizin. — Auskunft: Priv.-Doz. Dr. E. Kezner, Neurochirurgische Klinik der Universität, 8000 München 70, Marchioninstraße 15.
- 14.-15. **Zidlochovice:** Europäisches Symposium über Kontrollmethoden der Tuberkulose. — Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, 120 26 Praha 2.
- 16.-31. **Montecatini Terme: XIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Seminar-kongreß).** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.
- 17.-18. **Venedig:** 9. Venezianisches Symposium. — Auskunft: Prof. Dr. J. Kugler, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.
- 18.-20. **Preg:** III. Internationales Symposium über Kinderneurologie. — Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, 120 26 Praha 2.
- 20.-23. **Kerlsbed:** IV. Internationales Symposium über nukleare Medizin. — Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, 120 26 Praha 2.
- 20.-24. **Berlin:** 24. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung in Verbindung mit dem 8. Deutschen zahnärztlichen Fortbildungskongreß und der Internationalen pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung. — Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V., 1000 Berlin 41, Klingsorstraße 21.
- 20.-24. **Kiel:** 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. — Auskunft: Prof. Dr. G. Dhom, Pathologisches Institut der Universität des Saarlandes, 6650 Homburg.
- 22.-25. **Würzburg:** Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. — Auskunft: Dr. U. Holm, 2000 Hamburg 1, Lübecker Tordamm 5.
- 24.-25. **Bad Harzburg:** 13. Ärztliches Fortbildungswochenende. — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Bezirksstelle, 3300 Braunschweig, Am Fellersleber Tore 1.
- 24.-25. **Bad Nauheim:** NAV-Symposium. — Auskunft: Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e.V., 5000 Köln 1, Belfortstraße 9/III.
- 24.-25. **Hennef:** Sportärzte-Wochenendkurs. — Auskunft: Dr. D. Schnell, 5207 Ruppichterath, Otto-Willach-Straße 2.
- 24.-28. **Bad Brückenau:** Ärzte-Kurs A (Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“). — Auskunft: Dr. Buchmann, 2000 Hamburg, Hammersteindamm 123.
- 26.-30. **Florenz:** Internationale Konferenz über Prostaglandine. — Auskunft: Dr. G. C. Folco, Via A. del Sarto, 21, I-20 100 Milano.
- 27.-28. **Rom:** Jahrestagung der Europäischen Akademie für Allergologie und klinische Immunologie. — Auskunft: Prof. Serefini, Policlinico Umberto I, I-00 108 Rom.
28. 5.-1. 6. **Pula:** XV. Neuropsychiatrisches Symposium. — Auskunft: Doz. Dr. G. Grinschgl, A-8010 Grez, Johanneumring 3.
- 29.-31. **Bad Brückenau:** 127. Jahrestagung des Deutschen Zentralvereins Homöopathischer Ärzte e.V. — Auskunft: Dr. Eichelberger, 8000 München 19, Guntherstraße 7.
- 29.-31. **Bad Homburg:** Jahreskongreß der Arbeitsgemeinschaft für Kieferchirurgie. — Auskunft: Doz. Dr. Dr. F. Härle, 7800 Freiburg, Hugstetter Straße 55.
29. 5.-1. 6. **Regensburg:** Wissenschaftliche Tagung der Süddeutschen Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose. — Auskunft: OMDr. Dr. Fr. J. Bassermann, Krankenhaus, 8405 Donaustauf.
- 30.-31. **Nürnberg:** Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. — Auskunft: Dr. H. Kaiser, 8900 Augsburg, Westkrankenhaus.
30. 5.-2. 6. **Rom:** Internationales Symposium über Intensivtherapie. — Auskunft: Istituto di Anestesiologia e Rianimazione Università Cattolica del S. Cuore, Largo A. Gemelli 8, I-00108 Roma.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rite Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzertelungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hens Zeuner jr., 8060 Dacheu.

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

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

Das Kreis Krankenhaus 8302 Mainburg (Niederbayern) Landkreis Kelheim — 126 Betten — wird gegenwärtig in seiner Funktion zu einem Krankenhaus der ersten Versorgungsstufe ausgebaut. In Folge der zugewiesenen Aufgabe in der Krankenhausversorgung für den Landkreis Kelheim steht ein Erweiterungs- oder Neubau auf 180 bis 200 Betten an.

Für die zu errichtende Innere Abteilung ist die Stelle des

Chefarztes

zu besetzen.

Der Inneren Abteilung werden im gegenwärtigen Betrieb des Krankenhauses ca. 60 Betten zugewiesen.

Der Chefarzt der Inneren Abteilung soll nach seinem beruflichen Werdegang, seinem Können (auch in der Röntgen- und Labordiagnostik) und Charakter befähigt sein, neben seiner ärztlichen Tätigkeit gegebenenfalls auch die Funktion des Leitenden Arztes des Kreiskrankenhauses auszuüben.

Dienstvertrag nach privatrechtlichen Grundsätzen, Vergütung nach dem BAT, Beitrag zur Altersversorgung und übliche soziale Leistungen. Genehmigung zur Ausübung einer Sprechstundenpraxis im Krankenhaus wird vom Krankenhausträger erteilt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden alsbald erbeten an den Landrat des Landkreises Kelheim, 8420 Kelheim, Schloßweg 3.

Vorstellungen nur nach Aufforderung.

In der Rheumeklinik Oberammergau ist zum Frühjahr oder Sommer des Jahres 1975 eine

Oberarztstelle

zu besetzen. Der Bewerber sollte Facharzt für Innere Medizin sein oder kurz vor Beendigung seiner Facharztweiterbildung stehen.

Ferner wird zum gleichen Termin die Position eines

Assistenzarztes

frei. Zwei Jahre der hiesigen Tätigkeit werden auf die interne Facharztweiterbildung durch die vorliegende Ermächtigung des Chefarztes hierzu angerechnet. Es erfolgt Weiterbildung in Diagnostik und Therapie entzündlicher und degenerativer rheumatologischer Erkrankungen inklusive der rheumatologischen Röntgendiagnostik.

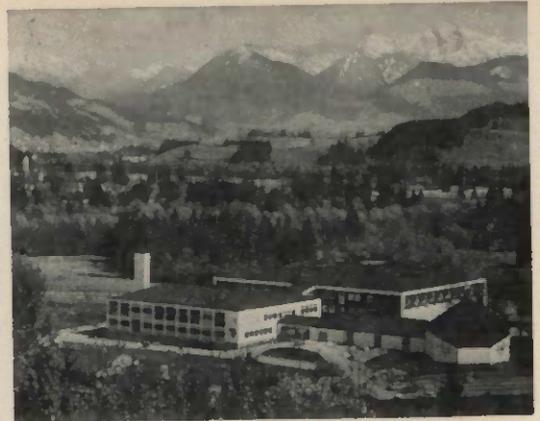
Die Rheumeklinik Oberammergau mit 280 Betten verfügt über eine eigene Röntgenabteilung, klinisches Labor, Elektrokardiographie, Ergometrie und Spirometrie sowie über eine große physikalische Therapieabteilung mit Schwerpunkt Krankengymnastik. Auf 280 Patienten entfallen zehn ärztliche Planstellen einschließlich zwei Oberärzten.

Die Bezahlung erfolgt übertariflich zuzüglich Weihnachtsgattifikation und Umzugskostenvergütung. Nebenleistungen erfolgen durch den Chefarzt. Verpflegung und Unterkunft sind im Hause zu günstigen Bedingungen möglich. Bei Bedarf mieten wir für Sie eine Wohnung an und zahlen gegebenenfalls eine Mietzulage. Der Bereitschaftsdienst wird gesondert honoriert.

Eine Grundschule ist am Ort, Realschule und humanistisches Gymnasium befinden sich in unmittelbarer Nähe.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbiten wir an den Chefarzt der Rheumeklinik Oberammergau, 8103 Oberammergau, Herrn Dr. med. H. J. Albrecht, Telefon (0 88 22) 45 45 - 47.

Der Landkreis Oberallgäu sucht für sein 1968 bezogenes Kreis-Krankenhaus Immanstadt, 220 Betten mit den Disziplinen Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie, HNO und Augen



zum 1. Juni 1975 einen

Oberarzt

für die Chirurgische Abteilung.

Die Abteilung mit 70 Betten und eigener Intensivstation ist nach modernsten Gesichtspunkten ausgestattet. DA- und Verletztenartenverfahren, große Unfallambulanz. Der Bewerber soll die Facharztanerkennung besitzen oder kurz vor der Anerkennung stehen. Dem Oberarzt sind vier Assistenten nachgeordnet. Er muß in der Lage sein, den Chefarzt verantwortlich zu vertreten. Deutsche Bewerber erhalten den Vorzug. Tarifgerechte Vergütung mit Pauschale für Rufbereitschaft, Nebeneinkünfte durch Chefarztvertretung und Gutachten, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen nach den gesetzlichen Vorschriften.

Bewerbungen erbeten an das Personalamt des Landratsamtes Oberallgäu, 8972 Sonthofen, Telefon (0 83 21) 511.

Nervankrankenhaus des Bezirks Schwaben in Kaufbeuren/Allgäu

Für unser modern eingerichtetes Nervenkrankenhaus (1000 Betten, 21 Arztstellen, zwei Psychologen) suchen wir

1 Abteilungsarzt

(VergGr. Ib/Ia BAT)

oder

1 Bezirksoberrheumatiker/ Medizinaldirektor

Es erwartet Sie eine interessante Tätigkeit auf psychiatrischen Stationen. Möglichkeiten zu vielseitiger Gutachter- und Lehrtätigkeit an unserer Krankenpflegeschule mit entsprechender Entschädigung werden zugesichert.

Daneben gewähren wir alle weiteren im öffentlichen Dienst üblichen Vergünstigungen (Bereitschaftsdienst- und Überstundenvergütung, geregelte Arbeitszeit, 13. Monatsgehalt usw.). Eine schön gelegene moderne 5-Zimmerwohnung mit Garten steht ab 1. Juni 1975 zur Verfügung.

Der Bewerber sollte die Facharztanerkennung als Psychiater besitzen und über entsprechende Erfahrungen verfügen.

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

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

Arzt-Garagenteur: ferngesteuert

Öffnen und schließen — vom Wagen aus — bei vollkommener Sicherheit. Ausgereifte Konstruktion, Lösungen für jedes Tormodell. Unverbindliche Beratung und Service in ganz Bayern: Wiegand, 8012 Ottobrunn/München, Telefon (0 89) 8 01 41 84



Die Rhön-Kurklinik der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Bad Kissingen sucht für sofort oder später

1 Assistenzarzt (-ärztin)

und

1 Medizinalassistenten (-assistentin)

Im letzten Ausbildungsgang.

Die Kurklinik verfügt über 251 Betten, deren Patienten von einem aktiven Arztekollegium mit Chefarzt, 2 Oberärzten und 8 Assistenzärzten betreut werden. Es ist nur je eine freie Planstelle neu zu besetzen. Der leitende Arzt ist bis zu 2 Jahren zur Facharztweiterbildung ermächtigt. Bei rotierendem Einsatz in den verschiedenen Kliniken der BfA kann die gesamte Facharztweiterbildung im Rahmen der Tätigkeit bei der BfA abgeleistet werden.

Die ärztlichen Aufgaben sind bei einem ausgewählten Krankengut interessant, vielseitig und ausgesprochen praxisnah. Besondere Fortbildungsmöglichkeiten bestehen auf dem Gebiet der Hepatologie, Gastroenterologie und der Sozialmedizin mit gutachterlicher Tätigkeit. Möglichkeiten zu wissenschaftlichen Arbeiten sind ebenso gegeben wie Aufstiegsmöglichkeiten im Rahmen unseres Aufbauprogramms. Voraussetzung für die angeführten Möglichkeiten bieten moderne diagnostische wie auch therapeutische Einrichtungen (Röntgen-Fernsehen, großes Laboratorium, Kreislaufdiagnostik, Endoskopie mit Laparoskopie, Gastroskopie usw.).

Wir bieten: Vergütung nach Gruppe II/1b MTAng-BfA (BAT); bei Vorliegen der Anerkennung als Facharzt für innere Medizin Vergütung nach Gruppe I b/1a MTAng-BfA (BAT); ein Medizinalassistent wird ebenfalls nach 4-wöchiger Einarbeitung bei Bewährung nach MTAng-BfA Verg.Gr. II bezahlt; großzügige Vergütung des Bereitschaftsdienstes, 13. Monatsgehalt als Sonderzuwendung, monatliche Zulagen, zusätzliche Altersversorgung sowie Beihilfe und Erstattung der Umzugskosten nach den gesetzlichen Vorschriften. Übernahme in das Beamtenverhältnis ist möglich. Dienstwohnungen verschiedener Größe oder Apartments in modern eingerichteten Personalwohnhaus stehen zur Verfügung. Auf Wunsch Teilnahme an der Personalverpflegung zu günstigen Sätzen.

Bei einer Arbeitszeit von 40 Stunden im Rahmen der 5-Tage-Woche haben Sie genügend Zeit für Ihre Patienten, aber auch für sich selbst und für Ihre Weiterbildung.

Die Stadt Bad Kissingen und ihre unmittelbare Umgebung bieten bei einem Maximum an Lebensqualität (keine Umweltbelastungen, viel natürlich erhaltener Raum) alle Möglichkeiten einer größeren Stadt (Theater, Ausgleichssportarten wie Wandertouren, Tennis, Reiten, Golf, Segelfliegen usw.).

Bewerbungen erbeten an den leitenden Arzt der Rhön-Kurklinik, Dr. H. G. Dehnhardt, 8730 Bad Kissingen, Pfaffstraße 10, Telefon (09 71) Durchwahl 85 21 61 oder Vermittlung 85-1.

Das Krankenhaus in 8783 Hammelburg/Unterfranken sucht zum baldigen Eintritt:

1 Oberarzt (Facharzt) für die innere Medizin, zugleich Chefarztteilvertreter

Assistenzärzte

für die Innere Medizin und Chirurgie

Vergütung des Oberarztes erfolgt nach Vereinbarung mit der Krankenhausträgerin, zusätzlich großzügiger Sonderleistungen durch den Chefarzt bei Vertretung oder Aushilfe in der Privatpraxis und sonstigem Nebentätigkeitsbereich; sonst nach BAT mit allen im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzlicher Altersversorgung und Beihilfenversicherung.

Hammelburg ist eine Garnisonsstadt mit rund 12 000 Einwohnern, liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung am Südrand der Rhön. Günstige Verkehrslage nahe der Universitätsstadt Würzburg und der Kreisstadt des Großlandkreises Bad Kissingen. Alle weiterführenden Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Krankenhaus - Personalabteilung -, 8783 Hammelburg.

Der Landkreis Rottal-Inn sucht:

Je 1 Medizinalassistenten

für Kreis Krankenhaus Eggenfelden - interne Abteilung
Kreis Krankenhaus Simbach/Inn - Chirurgische Abteilung

Das Kreis Krankenhaus in Eggenfelden umfaßt 300 Planbetten, davon 115 interne Betten. Das Haus wurde 1974 in Betrieb genommen. Die interne Abteilung steht unter der Leitung des Chefarztes, Dr. Wolfgang Schmid.

Das Kreis Krankenhaus in Simbach/Inn umfaßt 231 Planbetten. Die Chirurgische Abteilung hat 74 Betten. Das Haus wurde 1968 in Betrieb genommen. Die Chirurgische Abteilung steht unter der Leitung des Chefarztes, Dr. Felix Anthuber.

Persönliche Vorstellungen nach vorheriger telefonischer Absprache bei den Chefarzten, Dr. Wolfgang Schmid (Telefon [087 21] 29 91 - Krankenhaus - oder [087 21] 509 - Dr. Schmid -), bzw. bei Chefarzt Dr. Felix Anthuber (Telefon [085 71] 20 31 - Krankenhaus - oder [085 71] 86 70 - Dr. Anthuber -) erbeten.

Bewerbungen sind zu richten an die Landkreisverwaltung Rottal/Inn - Personalabteilung -, 8340 Pfarrkirchen, Postfach 80, Telefon (085 61) 60 71.

Beim Nervenkrankenhaus Lohr am Main sind durch Erweiterung des Stellenplanes einige Stellen für

Ärzte und Ärztinnen

zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach BAT bzw. bei Beamten nach dem Bayerischen Besoldungsgesetz.

Vergütung für Bereitschaftsdienst, Nebeneinnahmen durch Unterricht an der Krankenpflegeschule und durch Gutachten. Das Nervenkrankenhaus verfügt über 1050 Betten.

Moderne Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sozialarbeit, EEG, Echoenzephalographie, physikalische Therapie mit Bäderabteilung. Ermächtigt für Facharztweiterbildung in Psychiatrie.

Lohr (17 000 Einwohner) liegt im Maintal am Rande des Spessarts, bietet viele Freizeitmöglichkeiten. Frankfurt, Würzburg und Aschaffenburg sind leicht erreichbar. Gymnasium am Ort.

Anfragen und Bewerbungen erbeten an

Direktor des Nervenkrankenhauses Dr. Kroll, 8770 Lohr am Main, Nervenkrankenhaus, Telefon (093 52) 20 21, 20 22.

Zytologische Assistentin

gesucht.

Dr. Mommsen, 8018 Grafing bei München, Telefon (089 92) 444

Marktgemeinde Nordhalben – Kreis Kronach – sucht

Arzt für Allgemeinmedizin

für Ende 1975 wegen Praxisaufgabe aus Altersgründen.

Marktgemeinde: ca. 2700 Einwohner und ca. 1000 Einwohner Einzugsgebiet. Zweitarzt am Ort.

Schulen: Grund- und Hauptschule am Ort, weiterführende Schulen in der Kreisstadt Kronach.

Verkehrslege: Nahe der Autobahn Berlin–München.

Erholung und Entspannung: staatlich anerkannter Erholungsort (Frenkenwald, Ködeltalsperre, beheiztes Freischwimmbad).

Wohnung: Arzthaus steht mietweise zur Verfügung; späterer Kauf möglich; soweit gewünscht, ist die Gemeinde bei der Grundstücksbeschaffung für einen Neubau behilflich; Baugelände steht zur Verfügung.

Bewerbungen erbeten an: **8648 Marktgemeinde Nordhalben, Kreis Kronach, Telefon (0 92 87) 2 03.**

Am Kreis Krankenhaus Immenstadt im Allgäu (220 Betten, Herbst 1968 bezogen) ist die Stelle eines

Assistenzarztes

auf der **Chirurgischen Abteilung** (75 Betten) sofort zu besetzen.

Vergütung nach BAT, Bereitschaftsdienstzulage, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen nach den gesetzlichen Vorschriften.

Schöne moderne Einzelzimmer bzw. Appartements mit Dusche und Balkon stehen im neuen Personalhaus zur Verfügung. Verpflegung im Hause ist möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die

Kreis Krankenhausverwaltung, 8970 Immenstadt im Allgäu

Junge Ärztin mit Interesse für Allgemeinmedizin und physikalische Therapie, persönlich und beruflich ungebunden, bietet sich in Hamburger Fecherzpraxis, nahe Centrum,

Mitarbeit

oder selbständige Niederlassungsmöglichkeit.

Kontaktaufnahme unter **A 618** über **Media-Agentur Dahlgrün**, 2000 Hamburg 36, Postfach 303 622.

Gegen Enuresis nocturna

ist **HICOTON** als Spezifikum seit vielen Jahren bestens bewährt und in allen Apotheken erhältlich!

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. sacch. 50 mg, Sojolezithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhols arom. 5 mg, Extr. Humul lupull 2,5 mg, Extr. chinae 2,5 mg, Camph. monobr. 0,05 mg. 35 Tabl. 6,85 DM, 300 Tabl. 39,50 DM.

Arztmuster durch: „**MEDIKA**“ Pharm. Präparate, 8024 München-Deisenhofen, Am Alten Weg 20

Neu in Deutschland Eurosignal

die überregionale UKW-Personensuchanlage

Über ein von der Deutschen Bundespost errichtetes Sendernetz können Sie jetzt jederzeit und überall erreicht werden. Der Suchvorgang kann von jedem Telefon aus durch Wahl einer Kennziffer erfolgen.

Nähere Informationen sowie Kauf oder Miete der Rufempfänger durch die autorisierte Fachfirma

a + n dipl.-Ing. meyer KG
8000 München 90, Bruggspergerstraße 60
Telefon (0 89) 64 56 16 und 64 69 25

Service durch eigene Werkstätte.

Württembergisches Allgäu/Bodensee-Gebiet

Wangen im Allgäu

Schwerpunkt-Kreis Krankenhaus

Wir suchen für die Chirurgische Abteilung (120 Betten) zum 1. März 1975 oder später

1 Assistenzarzt und 1 Medizinalassistenten

Chirurgische Weiterbildung für vier Jahre. Umfangreiches Krankengut in Abdominal- und Unfallchirurgie. Anästhesieabteilung.

Vergütung nach BAT. Bereitschaftsdienst- und Oberstundenvergütung, Sonderzulagen. Geregelte Arbeitszeit.

Bewerbungen werden erbeten an: **Chefarzt Dr. H. Lindner, 7988 Wangen im Allgäu, Kreis Krankenhaus.**

An der

Orthopädischen Klinik 8445 Schwarzach über Straubing (ca. 100 Betten) ist ab sofort eine

Assistenzarztstelle

frei.

Jungen Kollegen, die eine Fachweiterbildung in Orthopädie anstreben, werden zwei Jahre engerechnet.

Bewerbungen an **Chefarzt Dr. med. Eichelmann.**

Die Heilung von Hautleiden und -schäden

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

BEFELKA-ÖL

ist von überzeugender Ausdruckskraft

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g, Öl. Chemom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl. Viol. tric 3 g, med. Weißöl 76 g, Arom.

Arztmuster durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,60, 200 ml DM 13,50
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 45 Osnabrück - Postfach 13 51

Dtsch., 36 J., vor d. int. Facharztanerk. sucht

Stelle an vollermächt. Haus

Südbayern. Erfahr. auch in Rö. u. Infektionskr. (Tropenaufenth.).

Zuschritten erbeten unter Nr. 331/383 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.**

Schwesternhelferin

(21 Jahre) mit Krankenhaus- und ein Jahr Arztpraxiserfahrung sucht Stellung in München.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/388 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.**

Spezialklinik für alle Erkrankungen der Atmungsorgane

KLINIK ST. BLASIEN

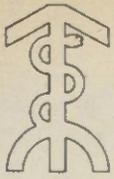
Leitende Ärzte:
Dr. E. Polz
Fr. Dr. E. v. Witzleben

Differentialdiagnostik und Therapie auch schwerer Formen spezifischer und unspezifischer Lungen- und Atemwegkrankungen.

3 getrennte, modern eingerichtete Abteilungen: 1. Intensivbehandlung unspezifischer Lungen- und Bronchialkrankheiten. 2. Tuberkulose. 3. Leichtkranke und Erholungssuchende. Alle Abteilungen mit Ein- und Zweibettzimmern, vorwiegend mit Balkon, z.T. mit Dusche und WC.

Privatpatienten (beihilfefähig), Sozialkostenträger, RVO-Kassen.

Eigentümer: Sanatorium St. Blasien GmbH, 7822 St. Blasien (Hochschwarzwald)
Postfach 99 - Fernruf-Sammelnr. (0 76 72) 8 31



24. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung

Internationale pharmazeutische
und medizinisch-technische Ausstellung

20. 21. 22. 23. 24.

Feierliche Eröffnung
um 11.00 Uhr mit einem
Rundtischgespräch
»Staatliche Kontrolle
der Fortbildung«

Der Diabetiker und
seine Jahre

Was kann der praktische
Arzt vom Kinder- und
Jugendpsychiater erwar-
ten?

Labormedizin

Autogenes Training

Hepatology/
Gastroenterologie

Antibiotika –
Antimykotika
Prophylaxe und Therapie
– Resistenzprobleme

EKG-Kurs

Labormedizin

Kritische Bewertung der
Rheumatherapie

Autogenes Training

Fortbildungskongreß für
Krankenschwestern und
Krankenpfleger

Deutscher zahnärztlicher
Fortbildungskongreß
Rundtischgespräch über
»Moderne Arzneimittel«

Der Problemfall in der
Allgemeinpraxis

Eidophor-CIBA-GEIGY
über Hypertonie und
Psychosomatik des
Herzinfarktes

Immunpathologische
Krankheitsbilder im
ärztlichen Alltag

EKG-Kurs

Labormedizin

Aktuelle Fragen der Kar-
diologie-Angiologie (Bei-
träge aus den Universi-
tätskliniken Israels)

EEG-Seminar

Schwesternkongreß

Zahnärztlicher Kongreß
Zahnerhaltung beim
Kind – Prophylaxe und
Therapie –

Der chirurgische Not-
talleingriff

Endokrine Überfunk-
tionszustände

Früherkennung arterieller
Durchblutungsstörungen

EKG-Kurs

Aktuelle Diagnostik und
Therapie der Venenkrank-
heiten (Varicen, Thrombo-
sen, chron.-venöse Insuf-
fizienz)

Andrologie

EEG-Seminar

Schwesternkongreß

Zahnärztlicher Kongreß

Bösartige Tumoren
Parodontopathien

Die Behandlung von
Angina pectoris und
Koronarinsuffizienz in
der Praxis

Sexualhormone in der
Praxis

Klinische Pharmakologie

Andrologie

Eidophor-Demonstration
mit CIBA-GEIGY über
jugendpsychiatrische
Probleme in der Praxis

EEG-Seminar

Schwesternkongreß

Zahnärztlicher Kongreß
Myoarthropathien

Berlin 75
20. - 24. Mai
Messegelände am Funkturm

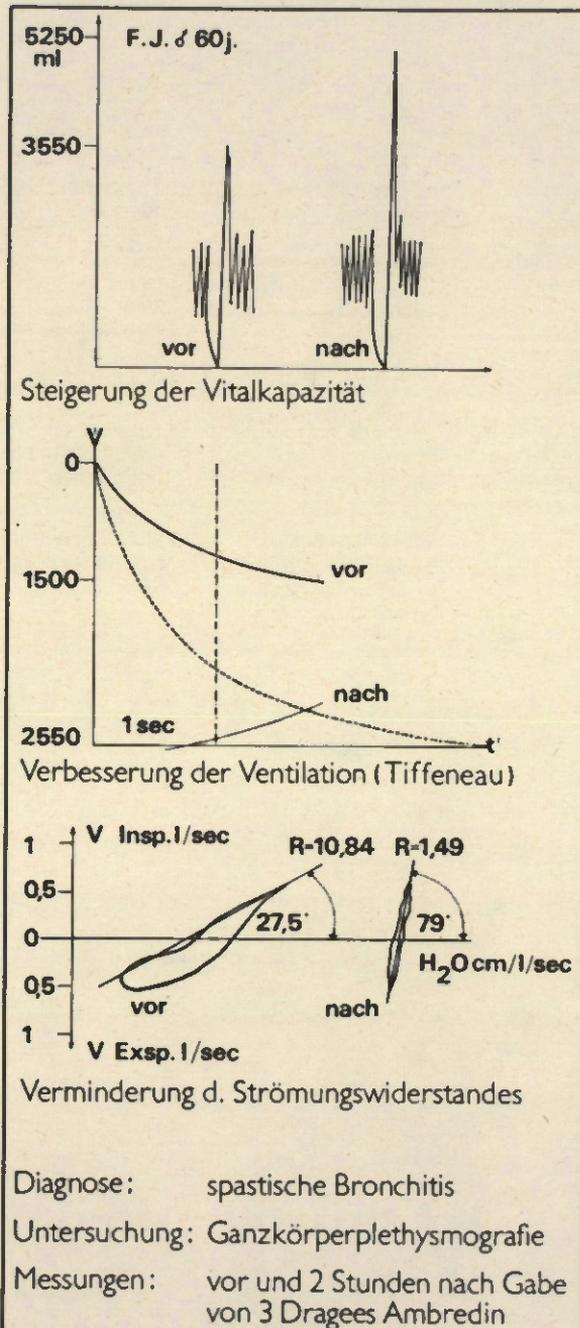


Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V.
1 Berlin 41, Klingsorstraße 21, Teleton (030) 791 30 91

Zur sicheren und unkomplizierten Langzeittherapie
bei Asthma Bronchiale chronischer Bronchitis

Ambredin®

Wenn Sie das Herz Ihres Patienten nicht unnötig belasten wollen*



Ambredin® Unproblematisch in der Anwendung

- Ephedrin frei
- Corticosteroid-sparend
- Keine Tachyphylaxie
- Keine Herzfrequenzsteigerung
- Keine Schlafstörungen
- Keine Gewöhnung
- Langanhaltende Wirkung
- Einfach-sichere Dosierung

Ambredin® Sicher in der Wirkung

Durch zahlreiche klinische Untersuchungen
sowie durch vielfache erfolgreiche Anwendung
in der Praxis bewiesen:

- Ambredin verbessert die Ventilation
- steigert die Vitalkapazität
- erhöht anhaltend das Wohlbefinden und
die Leistungsfähigkeit des Patienten

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält:

C-Phenyl-glycin-n-heptylester · HCL 15 mg, 2-Amino-6-methylheptanphosphat 10 mg, Theophyllin 50 mg.

Indikationen: Besonders für die Langzeittherapie bei chron. Bronchitis, Bronchialasthma, altersbedingter Alveolarinsuffizienz, Emphysem, Emphysebronchitis, Cor pulmonale.

Kontraindikationen: keine, **Hypertoniker bitte überwachen!**

Dosierung: Erhaltungsdosis: 3×1 Dragee täglich
Anfangs (über 10-14 Tage): 3×2 Dragees täglich

Handelsformen:

Durchdrückpackung mit 60 Dragees DM 11.50
mit 100 Dragees DM 18.80
Anstaltspackung mit 1000 Dragees DM 145.10 incl. MWSt.